

**LE SECRET PROFESSIONNEL :
UN PRINCIPE ET DES CONTROVERSES**

**L'HÔPITAL, UNE ENTREPRISE À RISQUE
... POUR LA SANTÉ DE SES TRAVAILLEURS ?**

**HOSPITALISATION À DOMICILE :
UN CHOIX QUI SE PRÉCISE**

SURDOSAGE (OVERDOSE)

Une prise trop importante de *Lexotan* peut s'avérer dangereuse. Si vous constatez des manifestations marquées suivantes :

- confusion mentale grave
- endormissement profond

Appelez IMMEDIATEMENT un médecin.

PRÉSENTATION :

- Comprimés à 3 mg de couleur rose;
- Comprimés à 6 mg de couleur verte;
- Comprimés à 12 mg de couleur bleue.

COMPOSITION :

7 - Bromo- 1, 3 - DIHYDRO - 5 (2-pyridyl) - 2H-1, 4 - benzodiazépine. - 2 - ONS (Bromazepam)
par comprimé sécable : 3 mg ou 6 mg ou 12 mg.

FABRICANT (...)

(juin 1985)

SOINS DE BASE



HOSPITALISATION À DOMICILE : UN CHOIX QUI SE PRÉCISE.

Collectif de santé de Gilly-Haie*
Dr. M. Jamouille

Le Collectif de Santé de Gilly-Haies (*) est un groupe pluridisciplinaire. Médecins, infirmières, kinésithérapeutes, bien qu'économiquement indépendants, se sont associés pour tenter de réaliser un Centre de Santé Intégré (C.S.I). Le C.S.I. est défini comme une unité de distribution de soins en Soins de Santé Primaires.

(*) Rue du Calvaire 185, B-6060 Gilly (Belgique).
Infirmières : Ioanna Coucoudi, Azaléa Barichello.
Kinésithérapeutes : François Kovacs, Thierry Goffinet, Chantal Nonnon.
Médecins Généralistes : Renata Fedullo, Victor Wiliski, Marc Jamouille.

Toutefois, nous ne nous voulons pas exclusifs et nous pensons que l'activité des praticiens travaillant en solo doit être respectée et renforcée. Un des moyens de ce renforcement est à notre avis la Coordination entre les secteurs concernés. J. Van Thillo a particulièrement bien développé ce point dans son compte-rendu d'une soirée débat organisée par la Revue du Jeune Médecin au sujet du traitement à domicile des patients cancéreux (2). L. Gunning et X. Leroy en présentent une analyse détaillée dans leur étude sur l'organisation sanitaire de la commune de Braine-le-Château (3).

Or, nous avons, en groupe, répondu de plus en plus souvent à des demandes de soins complexes qui, sans notre présence, auraient justifié une hospitalisation.

Faute de terme plus approprié nous appelons cette forme particulière de soins : "Hospitalisation à domicile" (H.A.D.). Le mot est bien sûr abusif. L'hôpital n'est remplaçable que dans sa fonction non technique (4) et l'institution hospitalière n'est pas mise en question. L'hôpital est devenu un hôtel de luxe et son système de gestion repose sur l'utilisation de techniques dont l'expansion est sans limite.

Il y a en chacun de nous deux personnages : celui qui veut que ça change et celui qui a peur que cela change.

Jean Carpentier (1)

Par contre la médecine générale a l'humain comme territoire et peut rarement escamoter la souffrance.

Confrontés à ce problème de prise en charge particulière, nous avons voulu nous doter d'une méthode et d'une possibilité d'évaluation de l'effort fourni.

Les difficultés à résoudre sont multiples.

L'accessibilité, en terme temporel, est primordiale. Nous avons eu deux échecs, dus au fait que des patients n'ont pu nous toucher et qu'ils ont préféré la sécurité de l'hôpital.

La Continuité des soins : il ne s'agit pas là seulement de la notion habituelle de continuité temporelle. Il s'agit de la responsabilité vis-à-vis de l'ensemble des situations auxquelles doit faire face le patient pour rétablir son état de santé.

Ceci implique une Coordination. Celle-ci peut être externe aux soins : repas chauds, assistante sociale, aide familiale, prêt de matériel, etc. L'information doit être disponible et la mise en route très rapide. Elle peut également être interne aux soins. A ce sujet nous avons employé un outil de travail appelé "Dossier H.A.D.". Cet outil peut être utilisé par des prestataires travaillant en solo ou en groupe.

LE DOSSIER H.A.D.

Il s'agit d'une série de feuilles stencylées, incluses dans un transparent de couleur, et qui reste constamment au domicile du patient en cause. Le cas échéant, le dossier peut être confié à un des membres de la famille. Les notations y sont faites par tous les intervenants, qu'ils soient médecins, infirmières, kinésithérapeutes, assistante sociale, aide familiale ou même proches du patient.

Il comprend essentiellement les zones suivantes : le relevé administratif, le relevé des antécédents médicaux, l'examen d'entrée, la synthèse (hebdomadaire et finale), le journalier.

Ce journalier permet de noter les dates, le temps de passage, le nom et la qualité de l'intervenant et le code INAMI correspondant et en-

TABLEAU 1 : LISTE DES CAS PRIS EN CHARGE EN 1984

Initiales du patient	Sexe	âge	diagnostic principal	issue	Nombre de jours	Coût INAMI/jour
A.S.	F	81	Déc. Card. et infect. pulm.	Rétablissement	4	632
G.V.	F	80	Fract. Col fémur	Remarche	38	528
C.F.	M	78	Pneumopathie term (Nec?)	Décès	20	759
E.C.	F	43	Phlebite post-op	Rétablissement	17	667
B.Z.	F	56	A.V.C. mineur	Stabilisation	8	648
L.M.	F	80	Pneumonie virale	Rétablissement	7	836
G.A.	F	45	Adenocarc. Mammaire	Décès	20	1.022
D.A.	M	74	Polyop. artéritique	Stabilisation	61	1.116
L.M.	F	84	Grippe	Rétablissement	4	704
B.M.	F	49	Adenocarc. Uterus	Décès	93	1.592
M.G.	M	50	Insuf. respir. (neo pulm)	Stabilisation	8	534
B.M.	F	80	Déc. cardiaque	Rétablissement	17	722
D.J.	M	56	Carc. Larynx	Décès	58	-
L.H.	M	75	Carc. Colon	Stabilisation	45	-
D.F.	M	51	Carc. prostate	Hospitalisation	1	-
C.A.	M	63	Déc. cardio resp.	Hospitalisation	1	-
V.J.	F	28	Angine pultacée	Hospitalisation	1	-

fin une place "journal" pour le relevé des informations. Chaque dossier est complété par une liste de critères d'entrée, une liste de critères de sortie et d'une fiche d'évaluation. La fiche d'évaluation reprend les données administratives, le diagnostic codé suivant la classification ICHPPC-2 (5), les critères d'entrée et de sortie, les dates de début et de fin de prise en charge ainsi qu'une zone d'évaluation du coût. Les actes techniques autres que les prestations à domicile, le matériel utilisé, les médicaments, la référence au spécialiste, la composition de famille et la catégorie socio-professionnelle font l'objet de sous-rubriques.

Une feuille est prévue en cas de transfert du patient à l'hôpital ainsi que pour la réponse éventuelle de l'hôpital.

Ce système a été mis au point à partir de l'expérience des Maisons Médicales de Seraing (6) et de Forest (7), pionnières en la matière, du groupe de recherche H.A.D. de la Fédération des Maisons Médicales (8) et du Dr. L. Berghmans de l'Ecole de Santé Publique de l'U.L.B. (9).

Nous l'avons utilisé de manière méthodique depuis le 1er janvier 1984. Nous avons ainsi ouvert 18 dossiers sur l'année, représentant 400 jours d'hospitalisation.

Deux dossiers ont été ouverts par un médecin non membre de notre groupe qui a coordonné l'activité avec les infirmières du Collectif et un kinesithérapeute extérieur.

Ceci permet de supposer que cet outil pourrait être utilisé par des généralistes pratiquant en solo. L'expérience de l'année 84 est rapportée dans le tableau 1. Deux cas particulièrement instructifs sont rapportés in extenso. Une évaluation du coût en personnel à charge de l'INAMI, la répartition des critères et l'analyse des difficultés sont présentées pour 13 cas représentant 305 jours d'H.A.D.

Les trois cas terminés par une hospitalisation l'ont été pour des raisons intéressantes à souligner. Dans un cas l'accessibilité était dé-

ficiente; ne pouvant nous toucher par téléphone, la famille a pris peur, le patient est entré à l'hôpital le lendemain de la prise en charge par notre équipe et il est décédé quelques jours plus tard en cachexie néoplasique. Dans le deuxième cas, le patient avait refusé l'hospitalisation immédiatement proposée au vu de son état cardio-pulmonaire. Il y a été décidé peu après par la perception de la difficulté de la prise en charge à domicile. Le diagnostic du troisième cas, même associé à un syndrome méningé, ne justifiait pas une hospitalisation. Mais l'angoisse a été plus forte et notre intervention perçue comme peu rassurante. L'hôpital a joué ici un rôle psychologique important.

On est frappé par l'importance du nombre de patients cancéreux (30 %). La Maison Médicale de Seraing rapporte 7 % pour l'année 1980 et le service de soins à domicile du C.P.A.S. de Bruxelles 2 % en 1981 (10). Même si ce taux paraît exceptionnel, ce sont les patients cancéreux qui requièrent le plus de soins et le plus de temps de la part du secteur infirmier (tableau 2).

TABLEAU 2 : TEMPS PRESTÉ MOYEN PAR PASSAGE POUR 13 CAS

	médecins	infirmières
Temps moyen presté par passage (minutes)		
patients cancéreux (n = 3) (120 jours)	32'	30'
tous les cas (n = 13) (305 jours)	27'	19'

L'abord et le suivi à long terme (min. 20 jours, max. 93 jours) des patients cancéreux est extrêmement exigeant non seulement pour l'équipe mais aussi pour le milieu familial. Dans les 4 cas terminaux, le choix de mourir à la maison avait

été clairement exprimé par le patient avec en plus un refus très net de rentrer à l'hôpital. Le désir de mourir à domicile est très respectable mais la famille et l'équipe ont du mal à tenir le coup devant la durée du processus. En effet, les progrès de la thérapeutique, même dans le cadre du domicile, allongent les derniers moments et retardent l'échéance. Cette durée n'est pas prise en considération au départ par le patient, par sa famille ni même par l'équipe soignante et il en résulte des situations psychologiquement très dures.

DEUX CAS REPRÉSENTATIFS

B.M. 49 ans F

Adenocarcinome de l'utérus avec sténose intestinale post-radiothérapique et anus artificiel. Aidée par son mari. Présence du fils de 15 ans à la maison mais extérieurement indifférent au problème. Aide d'une voisine. Maison confortable.

Il s'agit d'une femme de 49 ans, hypertendue, bien connue de l'équipe auparavant. Le diagnostic initial a été posé par un médecin de l'équipe. Au retour de l'hôpital (HRT-Radioth.-Anus Artificiel) la patiente a manifesté le désir de rester chez elle. Malgré l'aggravation des douleurs et l'altération de l'état général, avec apparition d'un herpès étendu du visage, un contact chaleureux bien que psychologiquement épuisant a été maintenu. Le décès est survenu à domicile après 93 jours de prise en charge.

Soins infirmiers complexes deux à trois fois par jour (sonde urinaire, anus artificiel, sonde intrathèque, prévention d'escarre, irrigation vaginale, toilettes, assistance psychothérapeutique à la patiente et à son mari). Kinésithérapie quotidienne (entretien musculature, prévention des escarres, rôle psychothérapeutique). Visite du médecin quasi quotidienne. Intervention extérieure à l'équipe : mise en place d'une sonde intrathèque lombaire pour analgésie en continu (Service de gynéco-obstétrique, Hôp. Ste Thérèse, Montignies S/S). Matériel extérieur nécessaire: lit avec perroquet, sonde intrathèque.

Données chiffrées :

	<u>Medecins</u>	<u>Infirmières</u>	<u>Kinésithérapeutes</u>
93 jours			
Nombre de passages :	83	250	26
Nombre de prest. par jour	0,9	2,9	0,3
Temps presté efficace total	2.400'	10.740'	780'
Temps presté efficace moyen	29'	43'	30'
Coût INAMI total	33.646	108.111	10.868
Coût par heure prestée effic.	840	604	836

Coût total: 152.625 FB.

Coût/jour: 1.642 FB.

G.V. 80 ans F

Impotence fonctionnelle totale après intervention pour fracture du col du fémur. Cette patiente avait été victime d'une chute à domicile. Fracture sans déplacement du col du fémur. Elle revient d'une première hospitalisation. Elle est alors quasi grabataire. On la réhospitalise immédiatement pour revalidation. A-

près trois semaines elle revient à nouveau chez elle, cette fois-ci incapable de se lever de son lit. Devant cette situation nous avons décidé de la reprendre en main en équipe. Objectif, la faire remarcher. Résultat acquis après 38 jours. Elle sort de sa maison. Matériel extérieur: une tribune louée à la Mutuelle de la patiente.

Données chiffrées :

	<u>Medecins</u>	<u>Infirmières</u>	<u>Kinésithérapeutes</u>
38 jours			
Nombre de passages :	9	18	26
Nombre de prest. par jour	0,24	0,47	0,68
Temps presté efficace total	180'	330'	780'
Temps presté efficace moyen	20'	18'	30'
Coût INAMI total	4.392	4.837	10.868
Coût par heure prestée effic.	1.464	879	836

Coût total: 20.097 FB.

Coût/jour: 528 FB.

ÉTUDE DU COÛT

Cette étude n'a été réalisée qu'en terme de prestation de personnel. Les montants afférents à la Radiographie, le Laboratoire, les médicaments sont de toute évidence trop faibles pour justifier une étude détaillée.

La comparaison avec les prix de journée d'hospitalisation n'a qu'un sens relatif. En effet, les cas pris en charge l'ont été parce que l'hospitalisation n'était pas jugée nécessaire. Il faudrait donc trouver une estimation chiffrée de cas hospitalisés et dont l'hospitalisation aurait a posteriori été jugée non nécessaire. Nous n'avons pas trouvé de tels chiffres (4).

Quoi qu'il en soit, le coût moyen par jour est très proche des chiffres déjà connus (6) (3). Il est de 819 FB par jour, ce qui semble très faible par rapport à ceux des hospitalisations classiques dont les frais d'hôtellerie sont déjà de plus de 3.000 FB par jour. Un montant aussi faible ne signifie rien en soi et c'est la détermination de l'équipe qui a permis de réaliser ces H.A.D.. Les efforts fournis et la charge psychologique ne sont pas rencontrés par de tels honoraires.

TABLEAU 3 : RÉSUMÉ DES DONNÉES CHIFFRÉES : MOYENNES PAR CAS POUR 13 CAS (305 JOURS) D'H.A.D.

: Nombre de jours	: 305			
: Age moyen	: 64 ±17 ans			
: Sexe	: 9 femmes, 4 hommes			
: Issues fatales	: 4			
: Coût moyen par jour	: 819 FB			
: Durée moy. H.A.D.	: 23 jours (min. 4, max. 93)			
: Activité comparée :	<u>Med.</u>	<u>Inf.</u>	<u>Kinés</u>	<u>Equipe</u>
: Nombre de passages moyen	13,2	39	14,8	--
: Nombre de prest. par jour	0,54	1,29	0,75	2,60
: Temps presté efficace moyen en minutes	27'	19'	30'	25'
: Coût par heure prestée efficace en FB.	1113	716	639	822

Une constatation intéressante est le nombre de passages par jour pour l'équipe (tableau 3). Il est de 2,60. Cela signifie près de trois passages par jour d'un membre de l'équipe. Ce point pourrait être retenu comme un des critères d'identification d'hospitalisation à domicile.

La différence entre H.A.D. et Soins Intégrés Continus n'est en effet pas très nette. La définition de l'H.A.D. de M. Gautheron est celle que nous appliquons :

"L'état du patient doit être tel qu'il exigerait, faute d'H.A.D., une hospitalisation ou un séjour dans un établissement de convalescence ou de ré-éducation fonctionnelle" (11).

M.J., mai 1985

Cette étude a pu être réalisée grâce au support financier du Ministère de la Communauté Française et au support logistique de l'École de Santé Publique de l'U.L.B.

REFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- (1) Médecine générale, Jean Carpentier, Maspero, 1978.
- (2) Le traitement à domicile des patients cancéreux, J. Van Thillo, Revue du Jeune Médecin, déc. 84; 16-22.
- (3) La coordination des Soins Primaires, une alternative à l'hospitalisation, L. Gunning et X. Leroy, Rapport au Ministre de la Communauté Française, U.C.L. 1982.
- (4) Entrées et sorties de l'hôpital, Drs Roland, Struelens et Thomas, carrefour 8, G.E.R.M., 1978.
- (5) ICHPPC - 2 Defined (International Classification of Health Problems in Primary Care), WONCA, Oxford University Press, 1983.
- (6) Un lit familial, l'expérience de la maison médicale de Seraing en hospitalisation à domicile, Cahier du G.E.R.M. n° 150, 1981.
- (7) Hospitalisation à domicile : approche des possibilités de réalisation en Belgique et description d'une expérience au départ d'une équipe de Soins de Santé Primaires, Bustillo Vazquez A., Mémoire de licence en Sciences Hospitalières, E.S.P. - U.L.B., 1982.
- (8) Fédération des Maisons Médicales et des Collectifs de Santé Francophones, Ch. de Bruxelles 47 A, 1190 Bruxelles.
- (9) Ecole de Santé Publique, Université Libre de Bruxelles, campus Erasme, 808 route de Lennik, Bruxelles.
- (10) L'organisation des soins à domicile aux personnes atteintes d'un cancer en phase avancée, C. Arrigo, Mémoire de licence en Sciences Hospitalières, E.S.P. - U.L.B., 1982.
- (11) L'hospitalisation à domicile de l'assistance publique de Paris, M. Gautheron, La Revue de la Médecine, n° 37. 1976; 2009-2011.

Hospitalisation à domicile

A SIGNALER

Trop vaste et trop riche que pour pouvoir être présenté valablement en quelques mots, un numéro spécial de la revue française Prospective et Santé vient d'être consacré au thème "L'hôpital hors les murs" (n° 32, 150 p., 40 FF). Nous ne pouvons que recommander la lecture de ce document qui comporte, "outre les interventions des hauts fonctionnaires chargés (du dossier controversé de l'hospitalisation à domicile) dans les ministères (français) de tutelle, celles de praticiens qui furent souvent des pionniers dans le traitement à domicile de certaines pathologies lourdes, celles des animateurs de groupes volontaristes, d'économistes, de sociologues et d'administrateurs hospitaliers".

A noter que ce dossier consacre un important volet à la prise en charge ambulatoire de divers problèmes spécialisés (insulinothérapie, chimiothérapie, dialyse, etc.) et que, bien que centré sur la France, il comporte divers articles sur le "Home care" au Québec, aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne.

Prospective et Santé, 9 rue Alfred de Vigny, F - 75008 Paris, France.