

CREDES

CENTRE DE RECHERCHE D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ



QUEL AVENIR POUR L'HOSPITALISATION A DOMICILE ?

Analyse des freins et des facteurs
en faveur de son développement

■ L. COM-RUELLE
N. RAFFY

1994

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Président	Jean-Marie THOMAS
Vice-Président	Pierre JEANSON
Trésorier	Gilles JOHANET
Secrétaire	Gabriel MAILLARD
Membres	Jean-Marie BENECH, Catherine SERMET François TONNELIER, Jacques VATTIER
Directeur	Pierre-Jean LANCRY
Chargé de mission scientifique et technique	Alain FERRAGU

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Président	Dominique JOLLY
Membres	Jean-Marie BENECH, Jean-Pierre DESCHAMPS, Maryse GADREAU, Jean-Paul JARDEL, Ludovic LEBART, Jacques MAGAUD, Emile PAPIERNIK, Henri PICHERAL, Jean-Pierre POULLIER, Gérard de POUVOURVILLE, Annie TRIOMPHE, Alain TROGNON

EQUIPE DE RECHERCHE

Directeurs de Recherche	Thérèse LECOMTE, Andrée MIZRAHI, Arié MIZRAHI Simone SANDIER
Maitres de Recherche	Philippe LE FUR, Marie-Jo SOURTY-LE GUELLEC François TONNELIER
Chargés de Recherche	Agnès BOCOGNANO, Laure COM-RUELLE, Nathalie GRANDFILS, Véronique LUCAS, Georges MENAHEM, Valérie PARIS, Nadine RAFFY, Catherine SERMET
Attachés de Recherche	Fabienne AGUZZOLI, Franck LAFERTE, Suzanne WAIT
Documentation-Diffusion	Agnès GRANDIN, Nathalie MEUNIER, Marie-Odile SAFON
Informaticiens	Franck DELANTE, Grégoire DRONNIKOV, Jacques HARROUIN, Thierry HENSGEN, Gregory MIASKOVSKI, Catherine ORDONNEAU, Philippe ROUBACH
Assistants de recherche	Catherine BANCHEREAU, Martine BROIDO, Frédérique RUCHON
Responsable administratif et financier	Zette DAYAN
Cadre administratif	Etiennette LAFILLE
Comptabilité	Isabelle DICTUS
Secrétaires	Valérie LEGROS-COLLARD, Michèle NAON, Charlotte SCHEIBLIN

Conseiller Scientifique permanent	Henri PEQUIGNOT
--	-----------------

QUEL AVENIR POUR L'HOSPITALISATION A DOMICILE

Analyse des freins et des facteurs
en faveur de son développement

L. COM-RUELLE
N. RAFFY

Rapport n° 412 (biblio n° 998)

Janvier 1994

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-878-12-110-4

Avertissement

*Les auteurs tiennent à exprimer leurs sincères remerciements à l'ensemble des médecins hospitaliers, des médecins libéraux, des gestionnaires et du personnel de direction des différentes structures d'hospitalisation à domicile, et des Caisses Régionales d'Assurances Maladie, qui ont bien voulu les recevoir dans leur cabinet ou leur établissement et leur consacrer de leur temps en répondant à un grand nombre de questions sur l'hospitalisation à domicile.**

Cette enquête est entreprise à l'initiative de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés qui en assure le financement.

Les auteurs remercient également l'équipe du CREDES et en particulier :

- *P.-J. LANCERY et Th. LECOMTE pour leurs commentaires et critiques,*
- *C. MARTINO pour le travail informatique,*
- *V. LEGROS-COLLARD pour la composition et la mise en page de ce rapport,*
- *S. WAIT pour la correction des résumés en anglais.*

* voir liste des personnes page 61

INTRODUCTION	1
PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE - Méthodologie	5
PREMIERE PARTIE : LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DE L'HAD	11
I.1. Des freins imputables aux acteurs de la demande	13
I.1.1. Un mode de prise en charge méconnu par les patients	13
I.1.2. Un phénomène culturel	13
I.2. Des freins imputables aux prescripteurs d'HAD	15
I.2.1. Le médecin traitant	15
♦ Des responsabilités parfois plus lourdes à assumer mais floues et irréelles	15
♦ Une mauvaise connaissance du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile	15
♦ Une formation au traitement de la douleur quasi-inexistante dans le cursus universitaire	16
♦ Des médecins de ville attachés à leurs infirmières libérales	16
I.2.2. Le médecin hospitalier	16
♦ Un hospitalo-centrisme tenace	16
♦ L'HAD : synonyme de perte de pouvoir	17
♦ L'HAD : souvent une réponse à une demande excédentaire	17
I.3. Des freins imputables à la structure d'HAD	19
I.3.1. Les freins relatifs à son fonctionnement médical	19
♦ Une absence de surveillance continue 24 heures sur 24.	19
♦ Un mode de prise en charge basé sur la présence de l'entourage.	19
♦ Un reproche dominant dans l'organisation des soins : le passage irrégulier du personnel	24
♦ Un système de soins pas forcément adapté à certaines pathologies lourdes.	24
♦ Un problème de partenariat avec les autres acteurs de santé	25
♦ Une exigence pour adresser le patient en HAD : sa sécurité	25
I.3.2. Freins relatifs à son fonctionnement administratif	25
♦ Un cadre juridique inexistant	25
♦ Une contrainte dans les structures d'HAD de statut public ou PSPH : le budget global	27
♦ Problème du recrutement du personnel soignant	28
♦ Problème du redéploiement	29

DEUXIEME PARTIE : LES FACTEURS DE DEVELOPPEMENT DE L'HAD	31
II.1. La satisfaction des patients et de leur entourage	33
II.1.1. Un haut niveau de satisfaction des patients	33
II.1.2. Des avantages ressentis à la fois par le patient et son entourage	33
II.1.3. Les avantages ressentis	36
♦ Un mieux être du patient chez lui	36
♦ Un gain de temps et des frais supplémentaires moindres pour l'entourage du patient	36
♦ Une grande compétence et qualité du personnel	36
II.2. La satisfaction des différents prescripteurs d'HAD.....	39
II.2.1. Les avantages médicaux	39
♦ Des indications médicales multiples	39
♦ Les intérêts médicaux	40
♦ Une sortie anticipée du patient de l'hôpital	40
II.2.2. Un mode de prise en charge ouvert à tous milieux sociaux.	41
II.3. Des besoins non satisfaits	43
II.3.1. La présence de liste d'attente	43
II.3.2. Des demandes provenant d'hôpitaux non satisfaites	43
II.3.3. L'HAD doit se développer dans les zones géographiques rurales	43
II.3.4. Des besoins émanants du secteur hospitalier privé à but lucratif	44
II.3.5. Des besoins en soins palliatifs à domicile	44
II.3.6. Des besoins spécifiques dont la charge en soins est lourde	45
II.3.7. De nouveaux besoins avec la possibilité pour les médecins généralistes de prescrire eux-mêmes l'HAD et avec la présence obligatoire au sein de chaque structure d'un médecin coordonnateur	45
II.3.8. Des besoins face à l'évolution de la démographie française	46
II.4. Une logique d'économie	47
II.4.1. Les dépenses en hospitalisation à domicile - Evolution 1985-1991	47
♦ Un poids marginal dans les dépenses hospitalières	47
♦ Une forte progression au court des 6 dernières années	47
♦ L'influence capitale de l'augmentation de l'activité des structures d'HAD sur la croissance des dépenses	49
II.4.2. Un mode de prise en charge moins onéreux.	51
♦ Résultat de deux études	51
♦ Etude du CREDES	52

CONCLUSION	57
Liste des personnes ayant participé à l'enquête	57
ANNEXE 1	63
ANNEXE 2	69
ANNEXE 3	77
ANNEXE 4	81
ANNEXE 5	85
Liste de graphiques	129
Liste de tableaux	131

RESUME

Avec 41 structures opérationnelles au 1er janvier 1992, l'hospitalisation à domicile occupe une place marginale dans le système de soins. Après une phase de stagnation dans les années 80, quel peut-être l'avenir de l'hospitalisation à domicile ?

- L'hospitalisation à domicile en 1993 doit faire face à un certain nombre de freins aussi nombreux du côté de la demande que de l'offre.
- ◆ Les freins imputables aux acteurs de la demande concernent les patients qui, face à une information insuffisante et à un phénomène culturel, sont réticents à s'éloigner des centres de soins lourds.
- ◆ Les freins imputables aux acteurs de l'offre sont partagés entre, d'une part les prescripteurs d'HAD et d'autre part la structure d'HAD
 - ◇ Le médecin traitant se trouvait jusqu'au décret d'octobre 1992 en situation charnière entre l'offre et la demande. Ne pouvant lui-même prescrire une HAD, il était chargé de suivre son malade à son domicile. L'intensité du suivi à assurer et la gravité des patients supposent des responsabilités plus lourdes à assumer mais qui sont parfois ressenties chez certains médecins comme irréelles. De plus, sa formation concernant la douleur est souvent inexistante. Sa méconnaissance du fonctionnement réel de l'HAD explique parfois sa crainte de perdre une partie de sa clientèle.
 - ◇ Le médecin hospitalier a tendance à entretenir un hospitalo-centrisme persistant, se traduisant en HAD par une communication souvent inexistante entre le médecin hospitalier et le médecin traitant. De plus la référence "lit" reste pour le médecin hospitalier une référence d'activité. Ainsi, le système est en quelque sorte dévié : on remplit d'abord les lits à l'hôpital puis ceux en HAD
 - ◇ La structure d'hospitalisation à domicile réunit certains freins concernant son fonctionnement administratif et son fonctionnement médical.

L'absence de cadre juridique autour de l'HAD a constitué le premier frein à son développement. A ce cadre juridique inexistant, s'ajoute à partir de 1983, une nouvelle contrainte pour les structures d'HAD de statut public, celle du budget global qui a renforcé et prolongé la période de récession dans ce secteur. De plus, les structures d'HAD comme l'hôpital doit faire face au problème de recrutement des infirmières qui constituent le pivot essentiel de l'équipe en HAD

La structure d'HAD connaît également un certain nombre de freins relatifs à son fonctionnement médical, problèmes ressenties par le patient au cours de son séjour et par les prescripteurs d'HAD

L'absence de surveillance ou de présence 24h sur 24 nécessite la présence d'un entourage qui ressent un plus grand nombre d'inconvénients vis à vis de ce mode de prise en charge. Parallèlement, certains médecins hospitaliers considèrent que l'HAD n'est pas adaptée à certaines pathologies lourdes.

- Si les freins à l'hospitalisation à domicile sont nombreux, quatre facteurs devraient contribuer à son développement.

◆ Un haut niveau de satisfaction des patients

90 % des patients de l'enquête sont à la fois très satisfaits et satisfaits de leur prise en charge en HAD. Le principal avantage déclaré par le patient est "le mieux être chez soi". L'entourage apprécie le gain de temps permis par cette formule de soins et les frais supplémentaires moindres. Le patient comme l'entourage reconnaissent la qualité et la compétence du personnel.

◆ Des avantages médicaux

Le principal intérêt médical à l'HAD est le soutien psychologique du patient qui constitue une aide à la guérison. Ce mode de prise en charge diminue également les risques infectieux.

L'hospitalisation à domicile permettant avant tout d'abrèger une hospitalisation prolongée, reste ouvert à tous milieux sociaux et souvent aux plus démunis.

◆ Des besoins encore non satisfaits

La présence de liste d'attente, des demandes d'hôpitaux non satisfaites, traduisent des besoins en HAD encore non satisfaits.

De nombreux efforts restent à faire pour développer l'HAD dans les zones rurales. De plus, avec la possibilité récente des médecins libéraux de prescrire une hospitalisation à domicile, l'activité de certaines structures a augmenté, mettant en avant d'une part, la réticence des médecins hospitaliers vis à vis de ce mode de prise en charge et d'autre part, apportent la preuve que les besoins existent.

◆ Une contribution à la diminution des dépenses hospitalières

L'hospitalisation à domicile reste un mode de prise en charge moins onéreux vis à vis de l'hôpital surtout quand le mode de substitution est le court séjour. En effet, dans l'hypothèse que l'HAD n'existerait pas, les autres modes de prise en charge étant disponibles en 1991, l'Assurance Maladie aurait réalisé une dépense supplémentaire de 415 millions de francs pour ces malades qui ont été effectivement pris en charge en HAD et auxquels on a attribué un mode de substitution.

Cependant, malgré une croissance soutenue des dépenses en HAD au cours de ces six dernières années, le poids des dépenses en hospitalisation à domicile reste marginal dans les dépenses hospitalières. Cette augmentation concerne surtout 2 postes : "les Biens Médicaux " avec le plus grand nombre de transfusions sanguines et le développement de l'alimentation diététique et le poste "Matériel" marqué par le développement de l'informatique et des techniques.

Si les freins au développement de l'HAD sont importants du côté de l'offre, un souffle d'optimisme se ressent notamment du côté du secteur public qui a connu des années difficiles aux cours des années 80.

INTRODUCTION

En 1993, l'hospitalisation à domicile occupe en France une place marginale dans le système de soins. Seules, 41 structures sont opérationnelles en France en 1992, représentant 0,8 % de la capacité totale en lits en hospitalisation complète (non compris la psychiatrie), 0,9 % des journées et 0,3 % des admissions. La majorité d'entre elles ont été créées à l'initiative du secteur privé à but non lucratif.

Pourtant, l'HAD est apparue en France il y a plus de 35 ans, avec comme pionniers deux structures, l'une publique "l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris", créée en 1957, à l'initiative du professeur Seguy à l'hôpital Tenon à Paris, l'autre privée "Santé Service" à Puteaux, créée en 1958 à l'initiative du Professeur Denoix, directeur d'un centre de lutte contre le cancer. Ces deux structures les plus anciennes restent aujourd'hui les deux plus importantes, concentrant à elles seules 58 % de la capacité totale d'accueil en France métropolitaine. Très rapidement, apparaissent au cours des années 60 et au début des années 70, les structures offrant aujourd'hui plus de 70 places (Cahire, Bagnolet, Angoulême, Nice, Grenoble et Talence). Seule parmi elles, la structure d'HAD de Nantes est créée plus tard en 1980 et compte 80 places.

Mais le développement de l'hospitalisation à domicile s'essouffle au début des années 80.

- ◆ L'HAD ne se développe dans les années 80 qu'au rythme d'une à deux structures par an, la majorité d'entre elles étant de petite taille (20 places en moyenne). Les 41 structures d'HAD recensées en 1992 sont implantées très inégalement sur le territoire, excluant ainsi certaines régions. De plus, plusieurs tentatives de création de structures publiques d'HAD dans le sud de Paris ont échoué.
- ◆ Parallèlement à la stagnation du nombre de structures durant cette décennie, une phase de régression de l'activité pour l'ensemble des structures tant publiques que privées apparaît très nettement entre 1981 et 1984. Cette période difficile qui se caractérise par une baisse du nombre d'entrées, de journées et du taux d'activité des structures d'HAD, se prolonge dans le secteur public jusqu'en 1988.

Nous assistons aujourd'hui à une évolution du concept d'hôpital mettant l'accent non plus sur l'hospitalisation mais sur le développement du plateau technique qui concoure au diagnostic et au traitement des malades en dehors des unités d'hospitalisation. Dans un tel contexte, pourquoi l'hospitalisation à domicile reste-t-elle encore une formule de soins marginale dans le système de soins français ? Cette situation paraît d'autant plus paradoxale que l'indice de satisfaction des patients bénéficiant de ce mode de prise en charge est élevé.

On constate depuis 1989 une reprise des principaux indicateurs d'activité concernant essentiellement le secteur public qui était le plus touché.

Quel peut-être l'avenir de l'hospitalisation à domicile ? Faut-il ou non développer ce mode de prise en charge ?

Suite à la présentation générale de la méthodologie de cette étude, la première partie de ce rapport présente les freins et les obstacles au développement de l'hospitalisation à domicile. Nous étudierons dans une seconde partie, les facteurs qui pourraient favoriser le développement de ce mode de prise en charge.

PRESENTATION GENERALE DE L'ETUDE

Méthodologie

L'objectif de ce rapport est de faire la synthèse des points de vue des différents acteurs intervenant autour de l'hospitalisation à domicile : les patients pris en charge en HAD, les directeurs de structures d'HAD, les médecins hospitaliers, les médecins généralistes exerçant en ville et les gestionnaires des CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) qui interviennent dans les négociations du prix de journée.

Les informations contenues dans ce rapport sont issues de plusieurs sources.

- ◆ Le degré de satisfaction des patients a été analysé à partir de l'échantillon de patients tirés au hasard un jour donné dans les 41 structures d'hospitalisation à domicile opérationnelles en France métropolitaine en 1992.
- ◆ Une quarantaine d'entretiens ont été réalisés par les auteurs du rapport auprès des prescripteurs d'HAD au cours du premier semestre 1993 : 39 médecins généralistes installés en ville et hospitaliers exerçant dans les régions possédant ou ne possédant pas une structure d'HAD, ont bien voulu répondre à nos différentes questions.
- ◆ L'équipe du CREDES a rencontré les directeurs d'une dizaine de structures d'hospitalisation à domicile dans les villes où se trouvaient interrogés les médecins hospitaliers et les médecins généralistes exerçant en ville. De plus, trois autres médecins ont été interviewés, remplissant la nouvelle fonction de médecin coordonateur au sein de ces structures d'HAD
- ◆ Plusieurs rencontres ont eu lieu avec les gestionnaires des principales Caisses Régionales d'Assurance Maladie : Lyon, Marseille, Paris et Rennes.
- ◆ Les dépenses en hospitalisation à domicile en 1985 et 1991 ont été analysées à partir du questionnaire "STRUCTURE" qui a été rempli par 39 services d'HAD (sur les 41 structures existantes) (voir rapport "l'hospitalisation à domicile en 1992 : méthodologie et variables observées").

1. Degré de satisfaction des patients bénéficiant de l'hospitalisation à domicile et de leur entourage

La méthodologie correspondant à cette partie de l'enquête 1992 est présentée dans la publication du CREDES : "L'HOSPITALISATION A DOMICILE - METHODOLOGIE ET VARIABLES OBSERVEES". Les pages correspondantes au questionnaire figurent en annexe 1.

La satisfaction des patients pris en charge en HAD et de leur entourage constitue le troisième module du questionnaire "PATIENT". Cette partie du questionnaire est remise par l'infirmière au patient et à son entourage qui la remplissent : un échantillon de 433 patients, représentatif des patients pris en charge en HAD un jour donné ont ainsi répondu.

Quatre types d'informations y figurent :

- ◇ Comment le patient est-il entré en HAD ?
- ◇ Description des inconvénients ressentis par le patient d'une part et son entourage d'autre part au cours de son séjour actuel en HAD,
- ◇ Description des avantages ressentis à la fois par le patient et par son entourage,
- ◇ la satisfaction générale du patient au cours du séjour actuel.

2. Tirage des médecins hospitaliers et des médecins généralistes exerçant en ville

L'équipe du CREDES a rencontré ces médecins à la fois dans les villes où se trouvent des structures d'HAD et dans celles ne bénéficiant pas de ce mode de prise en charge. Le choix de la ville a donc été déterminé avant de définir la méthode de tirage des médecins.

♦ Choix des villes

On distingue les villes possédant une structure d'H.A.D et celles n'en possédant pas.

◊ Tirage des villes possédant une structure d'HAD

Sur 41 structures existantes, 40 villes étaient susceptibles de participer à l'enquête, la ville de Limoges regroupant deux structures d'hospitalisation à domicile. Le nombre de villes retenues dans cette enquête a été fixé à 10 dans un but essentiellement pratique, afin que les auteurs puissent assurer l'ensemble des déplacements.

- Les deux plus importantes et anciennes structures d'HAD "Paris" et "Puteaux" font partie des villes désignées pour interroger les médecins.
- Dans le reste de la région parisienne, 2 villes sur trois ont été tirées au sort : Courbevoie, et Bagnolet.
- En dehors de Paris et sa région, ont été tirées au sort 6 villes correspondant à un découpage par taille de structures d'HAD Ainsi ont été tirées au sort les villes de :
 - Lyon, parmi les structures de 100 à 250 places,
 - Grenoble, parmi les structures de 50 à 100 places,
 - Rodez, parmi les structures de 30 à 50 places,
 - Aurillac, Dax et Carhaix-Plouguer parmi les structures de moins de 30 places.

◊ Tirage des villes ne possédant pas une structure d'HAD

Afin de tenir compte du point de vue des médecins exerçant dans une ville non pourvue en HAD, 7 départements ne possédant pas de structures d'HAD ont été tirés au sort en tenant compte du contexte régional plus large, à savoir le nombre de départements d'une région offrant une structure d'HAD On a donc ainsi déterminé pour chaque région française le nombre de départements possédant une ou plusieurs structures d'HAD

Ainsi ont pu être définis six groupes selon la densité de couverture par l'HAD

- *Le groupe n°1* : les régions ne possédant aucune structure d'HAD La Franche-Comté est la seule région qui répond à ce critère.
Le groupe n°2 : un seul département d'une région possède une ou plusieurs structures d'HAD 12 régions sont ainsi repérées : l'Alsace, la Basse Normandie, la Bourgogne, la Bretagne, le Centre, la Champagne-Ardenne, le Languedoc-Roussillon, le Limousin, la Lorraine, le Nord Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et le Poitou-Charente.
- *Le groupe n°3* : deux départements d'une région possèdent une ou plusieurs structures d'HAD- ce critère permet de distinguer 2 régions : "l'Auvergne et la Picardie".

- *Le groupe n°4* : trois départements d'une région possèdent une ou plusieurs structures d'HAD - ce critère permet de distinguer 1 seule région, "l'Aquitaine".
- *Le groupe n°5* : quatre départements d'une région possèdent une ou plusieurs structures d'HAD- une seule région répond à ce critère "la Provence Alpes Côte d'Azur".
- *Le groupe n°6* : l'Île-de-France a été désignée à part du fait de grande capacité d'accueil en HAD

Pour chaque groupe a été tiré au sort un département ne possédant pas de structure d'HAD, à l'exception du groupe n° 2. Celui-ci regroupant plus de 12 régions, il a été tiré au sort deux départements.

Ce tirage au sort désigne les sept départements suivants :

Pour le groupe n° 1,	⇒	le Doubs
Pour le groupe n° 2,	⇒	l'Aude et le Cher
Pour le groupe n° 3,	⇒	le Puy-de-Dôme
Pour le groupe n° 4,	⇒	la Dordogne
Pour le groupe n° 5,	⇒	l'Isère
Pour le groupe n° 6,	⇒	le Val-de-Marne

Pour chacun de ces départements, une ville a été choisie de manière à ce que les déplacements s'effectuent sans problème.

◆ **Choix des médecins hospitaliers et des médecins généralistes exerçant en ville**

- ◇ les médecins libéraux installés en ville ont été tirés au sort par Minitel pour chaque ville retenue dans l'enquête.

Le nombre total de médecins de la ville retenue, multiplié par un nombre décimal (à 6 chiffres après la virgule) compris entre 0 et 1, donne le numéro de la place dans la liste sur Minitel du médecin interviewé. Ainsi 19 médecins de ville ont été interrogés. Leur âge varie entre 31 ans et 47 ans. Parmi eux, six sont des femmes.

- ◇ 21 médecins hospitaliers exerçant dans les secteurs public et privé ont été interrogés. Deux entrevues supplémentaires ont été accordées à des médecins de connaissance. Pour chaque ville, le statut de l'établissement hospitalier a été tiré au sort. Le statut désigné, le 16^{ème} établissement d'hospitalisation complète du statut correspondant a été sélectionné puis la 16^{ème} spécialité en court séjour. Ces médecins hospitaliers sont tous des hommes dont l'âge varie entre 36 et 63 ans.

PREMIERE PARTIE

Les freins au développement de l'hospitalisation à domicile

Le faible développement de l'hospitalisation à domicile s'explique par la présence de freins aussi nombreux du côté de la demande que de l'offre .

I.1. DES FREINS IMPUTABLES AUX ACTEURS DE LA DEMANDE

I.1.1. Un mode de prise en charge méconnu par les patients

Les médecins hospitaliers, qui étaient jusqu'en 1992 les seuls à pouvoir prescrire une hospitalisation à domicile soulignent la méconnaissance de leurs patients à l'égard de cette alternative à l'hospitalisation complète.

Le médecin hospitalier est généralement le premier "informateur" dans le circuit "hôpital, médecine de ville, structure d'HAD", mettant au courant son patient de l'existence de ce mode de prise en charge et de son organisation.

Les directeurs de structures d'hospitalisation à domicile confirment ce manque d'information de la population en général. Cependant, l'HAD aurait trouvé depuis trois ans plus d'échos auprès de la population.

Dans l'enquête du CREDES, parmi les patients favorables à ce mode de prise en charge avant leur premier séjour en hospitalisation à domicile, seuls 2,5 % d'entre eux expliquent leur opinion positive de l'HAD par la connaissance de l'existence de la structure d'HAD

Plus étonnant est de voir que l'hospitalisation à domicile est très mal connue dans les grandes agglomérations telles que Paris et sa région, Lyon, qui possèdent des structures ayant plus de 30 ans de fonctionnement. En revanche, dans les villes de taille plus modeste et possédant une structure d'HAD dont la création remonte aux années 1970 (telles que la structure de Grenoble, deuxième structure d'H.A.D publique créée en 1969 après l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, la structure de Rodez créée en 1979, Dax, créé en 1975,.....), les habitants de ces villes connaissent bien, voire même très bien, ce mode de prise en charge.

Par rapport à certains pays, peu d'efforts sont réalisés pour inciter les patients à choisir une alternative plutôt qu'une autre. De plus, les médias divulguent peu ce type d'information. La question est de savoir s'il faut ou non développer une information réelle auprès des patients ou de la population dans son ensemble ? Pour les directeurs de structures d'HAD, l'hospitalisation à domicile doit être réservée à des patients qui répondent aux indications médicales de prise en charge en HAD et bénéficiant d'un entourage. Certains directeurs soulignent qu'un véritable travail d'information se justifie avant tout auprès des médecins hospitaliers et des médecins de ville.

I.1.2. Un phénomène culturel

En effet, la France a sa culture propre, ses propres moeurs, habitudes et ses idées reçues. Ainsi, chez les patients consommateurs français, l'hôpital reste souvent synonyme de "sécurité". Des différences se ressentent même à un niveau régional.

Les chirurgiens-hospitaliers mettent en évidence ce frein culturel au développement des alternatives à l'hospitalisation classique. Dans ces cas précis de suites d'opération où

l'hospitalisation à domicile apparaît comme un substitut à la fin d'un séjour hospitalier, les patients sont souvent réticents à écourter leur séjour à l'hôpital.

Cependant, il semblerait, d'une manière générale que les patients sont de plus en plus favorables à ce mode de prise en charge ou si ce n'est le cas, se laissent convaincre de plus en plus facilement par les médecins hospitaliers d'accepter leur prise en charge en HAD. Les refus proviennent essentiellement de l'entourage des patients quand ceux-ci sont des personnes âgées. Se pose ici le problème du transfert d'un grand nombre de charges qui doivent être assumées par la famille à la place des personnels hospitaliers.

I.2. DES FREINS IMPUTABLES AUX PRESCRIPTEURS D'HAD

L'examen de la situation présente en France fait apparaître des responsabilités partagées par les acteurs de l'offre et prescripteurs d'HAD, que ce soit le médecin traitant ou le médecin hospitalier.

I.2.1. Le médecin traitant

◆ *Des responsabilités parfois plus lourdes à assumer mais floues et irréelles*

Le suivi d'un patient en HAD est considéré par un certain nombre de médecins traitants comme une responsabilité plus lourde à assumer. Deux raisons sont évoquées : l'intensité du suivi à assurer et le degré de gravité des patients.

La prise en charge de ces patients relevant de soins plus lourds suppose une disponibilité plus importante de la part du médecin traitant, un temps de visite plus long, et parfois des réponses à des appels d'urgence durant les nuits ou les week-ends. Dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, le médecin traitant se rend chez le patient au moins une fois par semaine en général. Pour les patients en phase terminale, le nombre de visites est plus élevé, autour de 2 à 3 fois par semaine en moyenne.

Cette responsabilité plus lourde à assumer n'est pas pour autant une contrainte pour la majorité des médecins traitants. La responsabilité est entière et globale et ne fait que valoriser le rôle du médecin de famille ou du médecin généraliste. D'ailleurs, le nombre de médecins traitants ayant refusé de suivre un patient en HAD reste négligeable.

Cependant, selon ces médecins, ces responsabilités plus lourdes sont également floues, voire irréelles. Les textes juridiques ne donnaient pas jusqu'en octobre 1992, la possibilité aux médecins libéraux de prescrire une HAD. La décision d'admission d'un patient en HAD relevait du médecin hospitalier qui, suite à un séjour hospitalier ou à une consultation externe, prescrivait le traitement. Ainsi, le médecin traitant, chargé de suivre le patient en HAD, ne prescrit pas son traitement. Le problème de partage de responsabilité entre le médecin hospitalier et le médecin traitant est clairement posé. Certaines structures d'HAD contournaient ce problème en autorisant les médecins traitants à prescrire une HAD, ces derniers étant couverts par un médecin hospitalier.

Cette dualité entre cette responsabilité plus lourde à assumer et cette responsabilité irréelle est accentuée par une communication souvent inexistante entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants.

◆ *Une mauvaise connaissance du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile*

D'une façon générale, les médecins généralistes connaissent très mal ce mode de prise en charge.

A l'exception de ceux qui ont déjà suivi un malade en HAD, les médecins généralistes connaissent le terme "HOSPITALISATION A DOMICILE" mais évaluent mal ce qu'il recouvre. Très souvent, une confusion très nette apparaît entre "SOINS A DOMICILE" et "HOSPITALISATION A DOMICILE".

Sur l'ensemble des médecins interrogés, seuls trois d'entre eux avaient eu connaissance par la presse ou par une structure d'HAD des nouveaux décrets d'octobre 1992, leur permettant désormais de prescrire une HAD

♦ *Une formation au traitement de la douleur quasi-inexistante dans le cursus universitaire*

Les responsabilités parfois plus lourdes à assumer par un médecin traitant dans le cadre d'une hospitalisation à domicile peuvent s'expliquer par une formation inadaptée au problème de la douleur, problème omniprésent pour la plupart des pathologies rencontrées en HAD

Le cursus universitaire normal ne prévoit pas ce type de formation qui apparaît indispensable en HAD, mode de prise en charge accueillant un grand nombre de patients en phase terminale, notamment de cancer.

Certains médecins traitants soulignent eux-même ce problème, déclarant qu'il leur est parfois pénible de suivre des patients cancéreux en fin de vie. Ceci est dû au manque évident de formation des généralistes pour la prise en charge psychologique lourde du patient et de la famille et de l'utilisation des médicaments anti-douleur et notamment les morphiniques.

Un meilleur partenariat avec l'hôpital serait nécessaire. Le médecin coordonnateur d'HAD formé à ces techniques, a un rôle évident à jouer, pouvant aider et conseiller ses confrères.

♦ *Des médecins de ville attachés à leurs infirmières libérales*

En Province, un certain nombre de médecins de ville ont montré leur hostilité à la création de structures d'HAD. Cette réticence est très difficile à expliquer, si ce n'est uniquement par la notion d'habitude pour ces médecins de travailler avec "leurs" infirmières libérales. Pourtant, celles-ci payées à l'acte pour certains types de soins, sont parfois moins disponibles que les infirmières salariées d'une structure.

De plus, la mauvaise connaissance du fonctionnement réel de l'HAD a motivé chez certains une crainte de perdre une partie de leur clientèle.

1.2.2. Le médecin hospitalier

♦ *Un hospitalo-centrisme tenace*

Avec le développement des alternatives à l'hospitalisation, l'hôpital est un maillon dans la chaîne de soins intégrant d'autres structures, favorisant, entre autres l'exercice de la médecine de ville. L'hospitalisation à domicile fait partie de ces alternatives impliquant une coordination entre la médecine de ville et l'hôpital.

Mais, l'ensemble des gestionnaires des structures d'HAD et les médecins de ville s'accordent à reconnaître la persistance d'un véritable cloisonnement entre structure hospitalière et médecine de ville.

L'instauration du temps plein hospitalier en 1958, a probablement accentué l'écart entre la médecine de ville et l'hôpital. De plus en plus de médecins salariés des hôpitaux à temps plein, n'ayant jamais exercé en dehors de l'hôpital n'ont qu'une idée théorique de la pratique

de ville. Un fossé psychologique s'est installé progressivement, séparant les équipes hospitalières des médecins libéraux. Aucune relation n'a réellement été créée de manière systématique entre un service hospitalier et les médecins de ville. Ces relations sont souvent analysées selon un rapport "dominant-dominé".

Cet hospitalo-centrisme se traduit pour l'HAD par une communication souvent inexistante entre le médecin hospitalier et le médecin traitant. Le médecin traitant, chargé de suivre son malade, est souvent le dernier informé d'un éventuel changement dans le traitement de son patient. Il l'apprend par le patient lui-même ou par l'équipe soignante de la structure d'HAD

Ces problèmes relationnels ont été très souvent rappelés au cours de nos entretiens. Ils sont considérés comme un véritable handicap dans le fonctionnement même de l'hospitalisation à domicile qui devrait être un partenariat.

◆ *L'HAD : synonyme de perte de pouvoir*

Les médecins hospitaliers craignent les nouveaux décrets d'octobre 1992 annonçant officiellement la suppression d'un lit d'hospitalisation à temps complet contre la création d'une place en HAD.

La référence au lit reste une référence d'activité. Elle mesure la taille d'un service ou d'un établissement et donc son importance. Si elle doit tendre logiquement à s'effacer avec l'apparition de nouvelles structures alternatives, elle reste toujours synonyme de pouvoir pour les chefs de service, d'où la réticence chez certains médecins hospitaliers à favoriser ce type d'alternative.

◆ *L'HAD : souvent une réponse à une demande excédentaire*

Dans la pratique, l'HAD n'apparaît pas complètement comme une filière à part entière de notre système de soins.

En effet, confrontés à un problème de surpopulation dans leurs services, les médecins hospitaliers utilisent et réclament ce mode de prise en charge. Ainsi l'hospitalisation à domicile peut être imposée dans certains cas par l'hôpital.

Inversement, face à une demande insuffisante, ils préfèrent garder les malades dans leurs services. Comme le soulignent certains gestionnaires, l'HAD paraît parfois considérée comme un "service poubelle".

Le système de soins est en quelque sorte dévié : on remplit tout d'abord les lits à l'hôpital et ensuite les places en hospitalisation à domicile.

L3. DES FREINS IMPUTABLES A LA STRUCTURE D'HAD

La structure d'HAD constitue le deuxième acteur de l'offre à côté des prescripteurs. Un certain nombre de freins à son développement concernent à la fois son fonctionnement médical et administratif.

L3.1. Les freins relatifs à son fonctionnement médical

L'organisation médicale d'une structure d'HAD connaît certains inconvénients ressentis à la fois par le patient au cours de son séjour, par son entourage et par les différents prescripteurs d'HAD (les médecins hospitaliers et les médecins de ville).

Ces inconvénients ne constituent pas de véritables obstacles au développement de l'hospitalisation à domicile dans la situation présente en France mais posent le problème des limites de ce mode de prise en charge.

◆ *Une absence de surveillance continue 24 heures sur 24.*

La mission de l'hospitalisation à domicile est, comme celle de l'hôpital d'assurer la sécurité thérapeutique du malade. L'équipe médicale de l'HAD est capable d'apporter à chaque malade des soins de qualité égale à ceux dispensés à l'hôpital. La seule différence par rapport à l'hôpital est l'absence d'une surveillance ou d'une présence continue 24 heures sur 24.

Comme le soulignent de nombreux médecins hospitaliers et libéraux, l'hospitalisation à domicile nécessiterait une structure adjacente fournissant une présence temporaire ou permanente auprès de certains malades. La possibilité d'une surveillance par les gardes malades, notamment la nuit, éviterait un grand nombre d'hospitalisations. Ce problème se pose surtout pour les personnes âgées qui représentent en HAD plus de la moitié de la population prise en charge.

Pour pallier, un premier projet est en cours de test dans la structure d'HAD de Lyon, puis le sera à Bordeaux et à Nice. Il s'agit d'un système informatique relié au Minitel et installé chez le patient, qui comporte une alarme capable de déclencher une alerte à tout moment. Une réponse directe sera apportée immédiatement par la structure d'HAD.

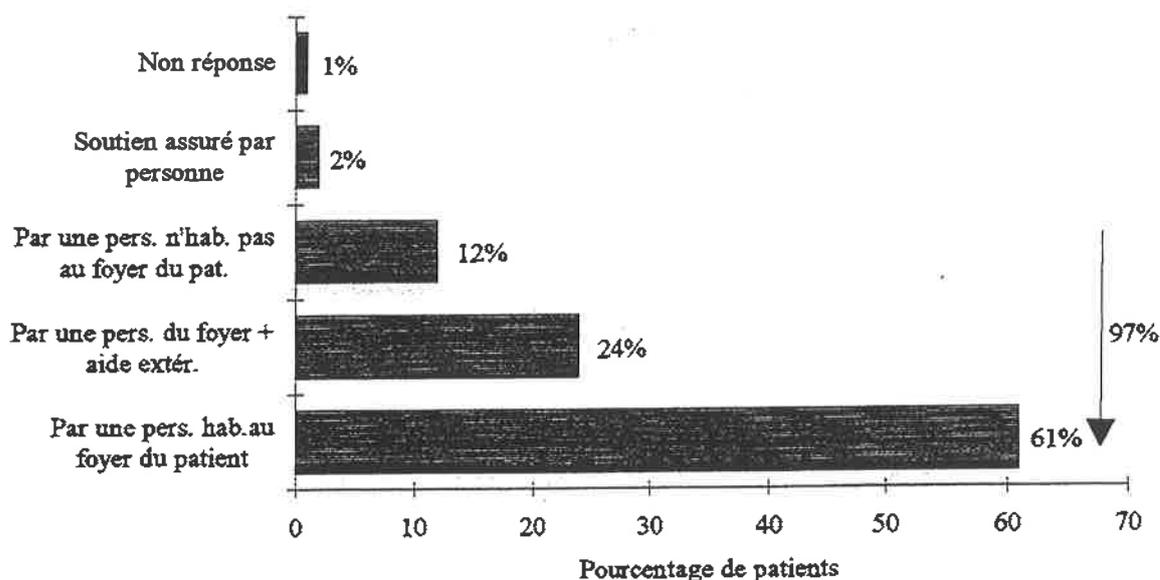
Cette absence de surveillance continue se traduit lorsque cela est nécessaire par l'obligation de présence d'un membre de la famille ou d'une tierce personne auprès du malade.

◆ *Un mode de prise en charge basé sur la présence de l'entourage.*

Seuls 2 % des patients pris en charge en HAD ne bénéficient d'aucun soutien matériel, ni moral et vivent seuls dans leur logement.

Ainsi, pratiquement l'ensemble des malades (soit 97 %) bénéficient de la présence d'un entourage qui apparaît indispensable (graphique n° 1) 85 % d'entre eux trouvent ce soutien au sein de leur foyer, très souvent assuré par leur conjoint. Parmi ces malades, 24 % bénéficient d'une aide supplémentaire extérieure au foyer (autre membre de la famille, ami, femme de ménage...). Ce soutien est assuré pour 12 % des patients par une personne n'habitant pas au domicile du patient. Il s'agit surtout d'un membre de la famille (28 % d'entre eux), d'une personne rémunérée par le patient (25 %) ou d'un ami (16 %).

Graphique n° 1
Le soutien du patient

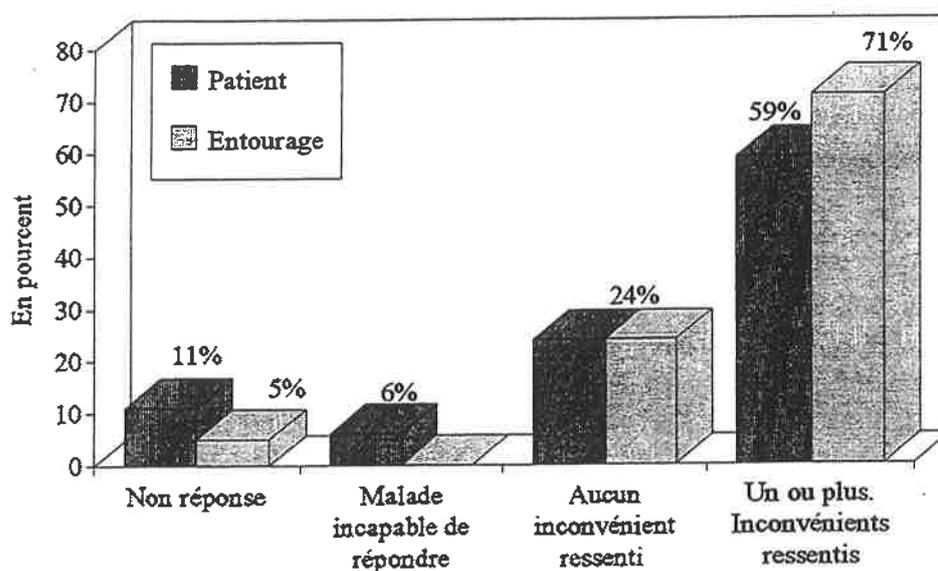


◇ *Des inconvénients ressentis en plus grand nombre par l'entourage que par le malade*

L'entourage du malade ressent un plus grand nombre de problèmes inhérents à ce mode de prise en charge que le patient lui-même. En effet, 71 % des personnes entourant le malade considèrent que l'HAD a certains inconvénients contre 59 % des patients (graphique n° 2).

Il faut noter cependant que 24 % des patients et des personnes les entourant ne déclarent ressentir aucun inconvénient.

Graphique n° 2
Pourcentage de patients et de leur entourage ayant senti ou non des inconvénients lors du séjour



- ◇ Une surcharge de travail domestique et une obligation de présence et de garde pour l'entourage du patient.

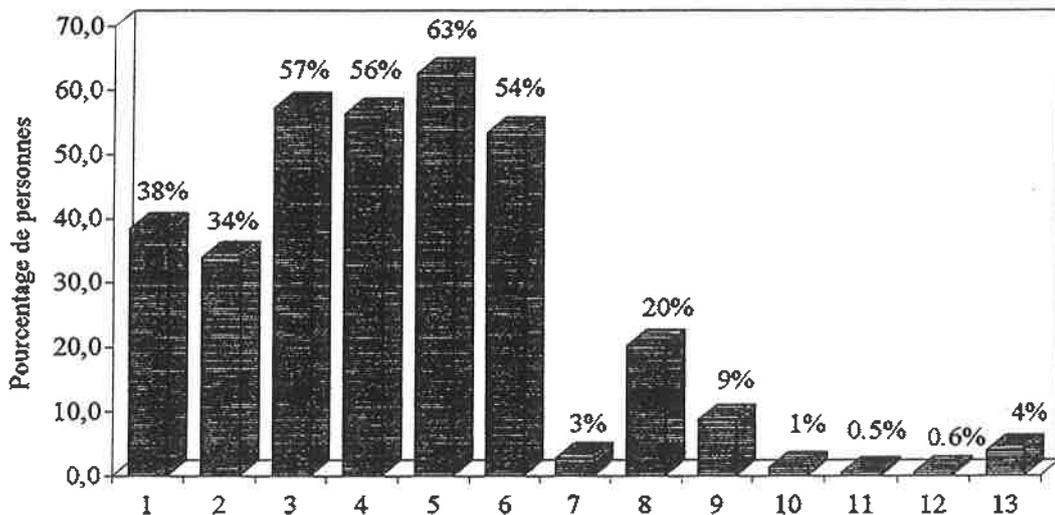
Le retour ou le maintien au domicile du malade représente pour son entourage beaucoup de fatigue et d'angoisses : 63 % des personnes s'en plaignent (graphique n° 3)

En effet, la présence d'un malade à domicile n'implique pas seulement de répondre à une surcharge du travail domestique (évoquée par 56 % des personnes) mais nécessite également d'assurer une obligation de présence et de garde. Cette contrainte est évoquée par 57 % des personnes. 54 % d'entre elles ont supprimé leurs activités de loisirs et leurs vacances.

Les plaintes physiques et psychologiques du patient, son comportement et son humeur sont ressenties comme un inconvénient pour respectivement 38 % et 34 % des personnes.

Enfin, le retour au domicile du malade bouscule les habitudes pour 3 % des personnes.

Graphique n° 3
Les inconvénients ressentis par l'entourage du patient

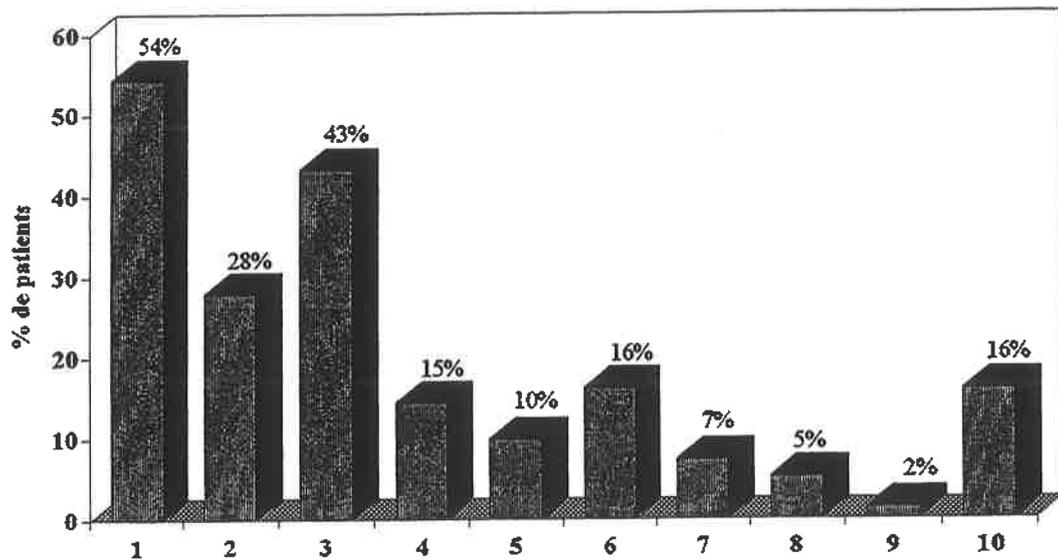


- | | |
|---|---|
| 1 - Plaintes physiques et psych. du patient | 8 - Frais supplémentaires |
| 2 - Comportement ou humeur du patient | 9 - Peur de la présence de personnes étrangères au domicile |
| 3 - Obligation de présence auprès du pat. | 10 - Changement du personnel |
| 4 - Surcharge du travail domestique | 11 - Manque de personnel |
| 5 - Fatigue et angoisse induites | 12 - Qualité insuffisante du personnel |
| 6 - Suppression de loisirs et vacances | 13 - Passage irrégulier du personnel |
| 7 - Habitudes bousculées | |

- ◇ Un sentiment de dépendance du patient vis-à-vis de son entourage

La majorité des malades, soit 54 % se rendent compte qu'ils dépendent entièrement de leur entourage, conscients des charges matérielles et psychologiques transférées sur ces derniers (graphique n° 4).

Graphique n° 4
Les inconvénients ressentis par le patient hospitalisé à domicile.



- | | |
|---|--|
| 1 - Dépendance vis-à-vis de l'entourage | 6 - Peur de la solitude au domicile |
| 2 - Souffrance physique | 7 - Passage irrégulier du personnel |
| 3 - Immobilité | 8 - Changement du personnel |
| 4 - Frais supplémentaires | 9 - Manque de personnel |
| 5 - Peur de la présence de personnes étrangères au domicile | 10 - Qualité insuffisante du personnel |

A cette contrainte de dépendance, apparaît lié le problème de l'immobilité : 43 % des patients considèrent leur immobilité comme un inconvénient renforçant la notion de dépendance vis-à-vis de l'entourage. 28 % d'entre eux considèrent leur souffrance physique comme un inconvénient. De plus, l'hospitalisation à domicile est synonyme pour 16 % des patients de solitude face à la maladie.

◇ *La peur des personnes étrangères au domicile du malade*

La présence de personnes étrangères au domicile est vécue comme un inconvénient à la fois pour le patient (10 % d'entre eux) et aussi pour l'entourage (9 % des personnes).

◇ *Des frais supplémentaires à la charge du patient et de son entourage*

L'hospitalisation à domicile suppose des frais supplémentaires à la charge du malade et de leur entourage. 15 % des patients et 20 % des personnes entourant le malade les perçoivent comme un inconvénient.

Au total, l'hospitalisation à domicile engendre certains inconvénients à la fois du côté du patient mais surtout du côté de son entourage qui concernent surtout le vécu du malade du fait de son état pathologique.

En effet, un effort important est demandé à l'entourage. Il lui incombe de supporter la souffrance physique et le comportement du malade, d'effectuer un certain nombre de tâches domestiques et de rester auprès du patient. Cet effort est d'autant plus important que la charge d'un malade en HAD n'est pas instantanée mais durable, la durée moyenne de séjour étant de 35 jours. Les médecins soulignent cette présence indispensable auprès du malade qu'ils considèrent comme une condition indispensable à la prise en charge en HAD

Si le patient retrouve son indépendance à son domicile à laquelle il avait renoncé durant son séjour hospitalier, cette liberté est paradoxalement largement empiétée par la dépendance qu'il ressent vis à vis des personnes qui l'entourent.

Viennent enfin d'une manière très marginale les reproches vis à vis du personnel, analysés dans le prochain chapitre.

◆ *Un reproche dominant dans l'organisation des soins : le passage irrégulier du personnel*

Les critiques concernant le personnel de la structure sont formulées presque uniquement par le patient, reflet de son exigence ayant retrouvé une "autorité" à domicile par rapport à l'hospitalisation (graphiques n° 3 et 4).

Le passage irrégulier du personnel apparaît comme le seul inconvénient ressenti à la fois par le patient mais également par son entourage. 7 % des patients et 4 % des personnes entourant le malade soulignent cette contrainte qui est également signalée par les médecins hospitaliers.

Le patient ayant retrouvé une certaine indépendance en hospitalisation à domicile, considère qu'à son domicile, il n'est pas à la disposition de l'infirmière ou d'autres auxiliaires médicaux. Il devient exigeant, se sentant à nouveau acteur dans son quotidien contrairement à la soumission qu'il accepte à l'hôpital.

5 % des patients mettent en évidence le problème de changement du personnel, 2 % le manque de personnel et pour 16 % d'entre eux sa qualité insuffisante.

Ce dernier pourcentage est probablement à nuancer avec le comportement du patient, du fait qu'une personne malade a plus souvent tendance à se plaindre qu'un bien-portant. En effet, seulement, 0,6 % des personnes entourant le malade citent ce problème.

A l'inverse, la majorité du corps médical souligne la compétence du personnel des structures d'HAD et notamment celle des infirmières dont les critères de recrutement sont sévères.

◆ *Un système de soins pas forcément adapté à certaines pathologies lourdes.*

L'hospitalisation à domicile apparaît comme une structure inappropriée à certaines pathologies lourdes mais pointues exigeant des techniques particulières à domicile telles que la nutrition parentérale et entérale.

Cette inadaptation des structures d'H.A.D. se constate à deux niveaux :

- ◇ Certaines pathologies lourdes exigent des soins toutes les nuits auxquels l'HAD ne répond pas (horaires inhabituels mais fixes).
- ◇ Pour dispenser ces soins de technicité particulière, les infirmières ont nécessairement besoin d'une formation spécifique et d'une disponibilité permanente.

Devant l'impossibilité des services d'H.A.D à assumer ces soins spécifiques très lourds, le professeur Ricour, gastro-entérologue, a créé il y a huit ans à l'hôpital Necker à Paris, un centre de formation des traitements à domicile des enfants (CFTDE) dans lequel les médecins traitants, les infirmières libérales volontaires et les parents viennent se former. Ce centre est officialisé depuis 1988 ; l'HAD de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris n'intervient alors plus que pour assurer la logistique en tant que prestataire de services purement techniques et notamment la fourniture des produits d'alimentation spécifiques.

◆ *Un problème de partenariat avec les autres acteurs de santé*

L'exemple cité ci-dessus souligne la limite de l'organisation de l'HAD, mais surtout le besoin de souplesse dans l'organisation globale des soins et le nécessaire partenariat avec le secteur libéral pour aboutir au meilleur traitement dans les meilleures conditions (à savoir à domicile).

Ce partenariat devrait également exister avec les prestataires de prestations complémentaires (port du repas à domicile, garde malade, aides ménagères).

◆ *Une exigence pour adresser le patient en HAD : sa sécurité*

Les médecins hospitaliers insistent sur le fait qu'un patient peut être adressé en HAD, s'il est en parfaite sécurité, à savoir : diagnostic parfaitement établi, traitement initié et lorsque tout accident grave est écarté.

L3.2. Freins relatifs à son fonctionnement administratif

◆ *Un cadre juridique inexistant*

Vaincre les obstacles et les freins au développement de l'hospitalisation à domicile exige tout d'abord un effort législatif et réglementaire.

En effet, l'absence de décrets d'application à la loi hospitalière du 31 décembre 1970 sur les alternatives à l'hospitalisation a entraîné pendant de longues années la non reconnaissance de l'activité en HAD

- ◇ L'article 4 de la réforme hospitalière de 1970 reconnaît le principe de l'hospitalisation à domicile. Elle ne vise que les services relevant d'hôpitaux publics et privés mais participant au service public hospitalier. L'hospitalisation à domicile n'est en fait qu'une extension de l'hôpital public. Seuls, les malades préalablement hospitalisés peuvent bénéficier d'une hospitalisation à domicile (annexe 2).

Article 4 -"les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant".

- ◇ La loi du 29 décembre 1979 introduit un nouvel article à la réforme hospitalière de 1970 relatif aux autorisations auxquelles sont soumis les établissements privés. Aucun décret n'a suivi cette loi (annexe 3).

Article - ..."sont soumis à autorisation la création ou l'extension de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret."

- ◇ Le Ministère des Affaires Sociales publie une nouvelle circulaire le 12 mars 1986, élargissant la définition de l'HAD (annexe 4).

"L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux délivrés à domicile du patient dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être d'un nombre et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de lui être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle."

Cette circulaire met en relief la notion d'intensité des soins comme critère de prise en charge. Elle permet l'extension de l'hospitalisation à domicile à tous les malades à l'exception des malades mentaux. Elle autorise l'admission après une simple consultation externe. Elle étend l'HAD aux patients ne justifiant pas le maintien au sein d'une structure hospitalière, reconnaissant ainsi l'HAD comme un relais entre l'hôpital et le domicile du patient ou inversement.

Le législateur ne pèse donc guère sur l'hospitalisation à domicile.

- ◇ C'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) qui, dans sa circulaire du 29 octobre 1974, fixe les règles de création et de fonctionnement des différents services d'hospitalisation à domicile (annexe 5).

Deux modèles de convention, concernant soit les services publics hospitaliers, soit les associations type loi de 1901, permettent de préciser notamment les conditions de prises en charge en HAD, le règlement intérieur des associations, le prix de journée.

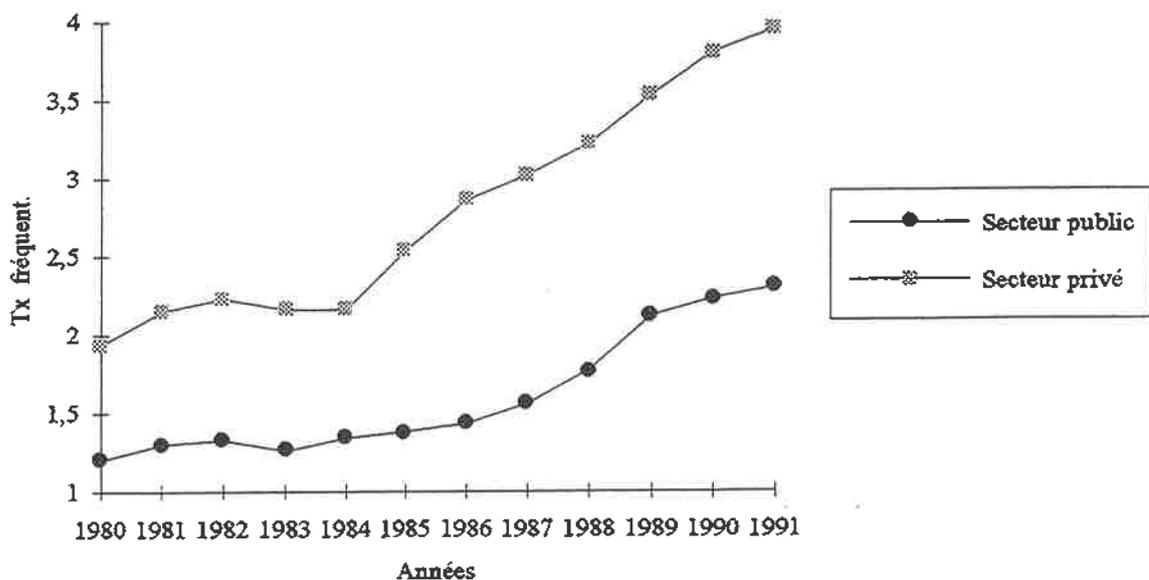
L'absence de cadre réglementaire n'a pas constitué une frein exclusif : le nombre total de structures d'hospitalisation à domicile a été multiplié par 3,5 sur la période 1970 à 1980 alors qu'il n'a été multiplié que par 2 entre 1980 et 1992. D'autres facteurs interviennent pour expliquer ce développement quasiment stoppé de l'HAD

Les décrets du 2 octobre 1992, dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière, permettront peut-être une nouvelle phase de développement de l'HAD

◆ *Une contrainte dans les structures d'HAD de statut public ou PSPH : le budget global*

L'instauration du budget global en 1983 a représenté un véritable frein au développement des structures d'HAD du secteur public ou PSPH. Il a renforcé et prolongé la période de régression constatée dans le secteur public à partir de 1983.

Graphique n° 5
Evolution des taux de fréquentation des structures d'HAD
Secteurs public /privé



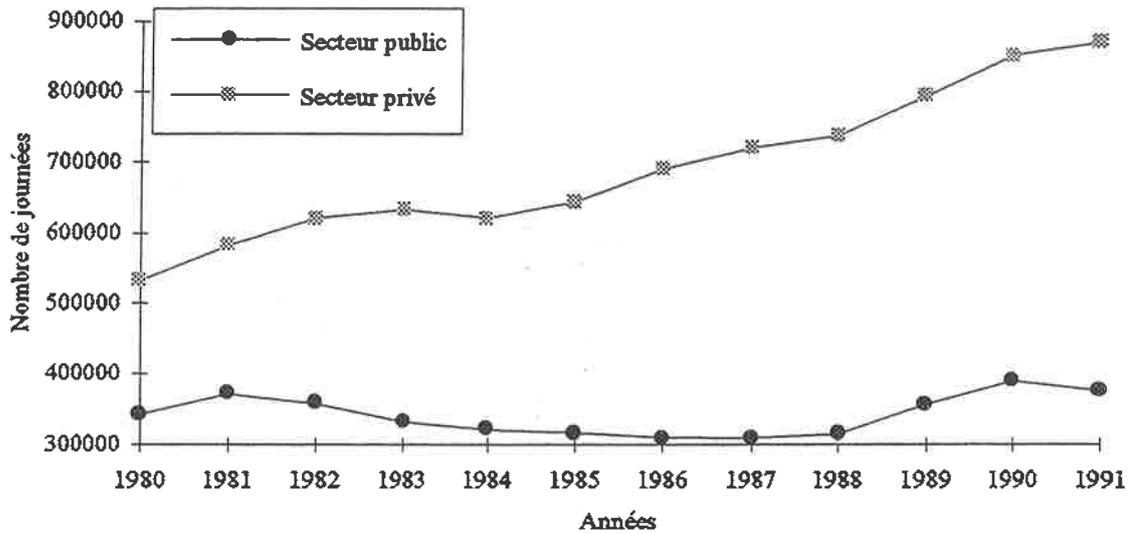
L'évolution des principaux indicateurs d'activité traduisent tous cette situation : baisse du nombre de journées, du taux d'activité et du nombre d'admissions (graphiques n° 5, 6 et 7).

Dans la première année d'instauration du budget global en 1983, les hôpitaux du secteur public ont réagi en diminuant leur activité et ont adressé une partie de leur clientèle en hospitalisation à domicile mais dans le secteur privé. Par répercussion, les structures d'HAD de statut privé ont vu leur nombre d'admissions augmenter.

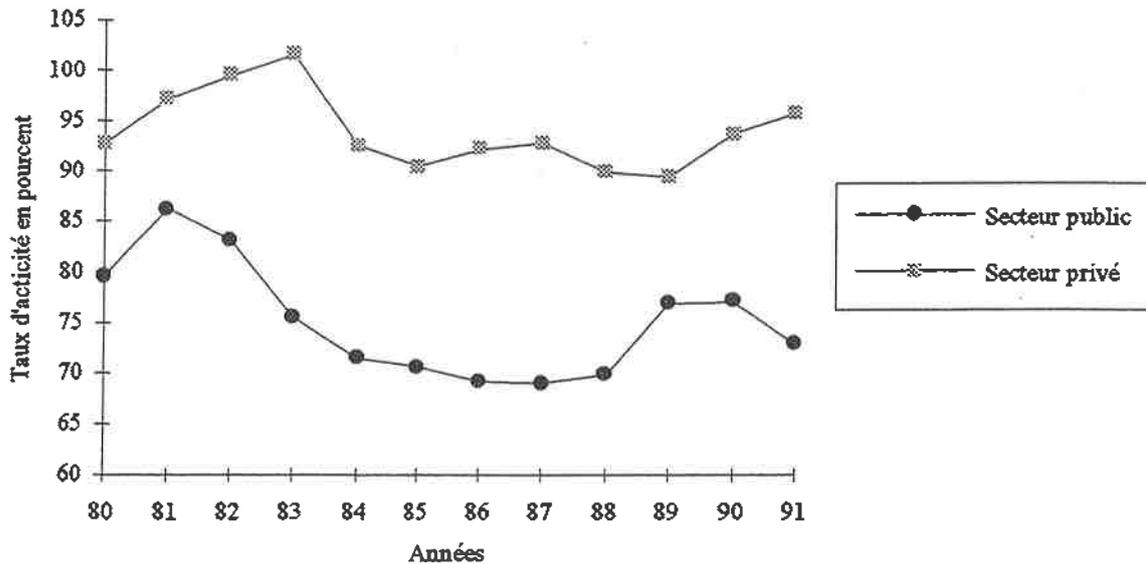
De 1985 à 1988, les établissements hospitaliers publics et PSPH, sous la contrainte du budget et devant la réticence des médecins hospitaliers et des chefs de service à développer ce type d'alternative à l'intérieur même de l'hôpital, ont favorisé le développement d'autres activités. En effet le budget global n'autorise généralement qu'un financement par redéploiement interne à l'hôpital.

Les décrets du 8 mai 1982, réglementant les services de soins à domicile, expliquent une partie de la baisse d'activité enregistrée dans les structures d'HAD de statut privé entre 1982 et 1984. La création de ces services ne représente pas en soi un obstacle au développement de l'HAD mais au contraire a permis aux différentes structures d'HAD de se resituer par rapport à la définition de l'hospitalisation à domicile.

Graphique n° 6
Evolution du nombre de journées des structures d'HAD
dans chaque secteur



Graphique n° 7
Evolution des taux d'activité en HAD dans chaque secteur



◆ **Problème du recrutement du personnel soignant**

Comme à l'hôpital, le recrutement des infirmières libérales est aujourd'hui un des principaux problèmes rencontrés par les structures d'HAD

L'infirmière d'HAD est le pivot de l'équipe soignante. Son recrutement exige des critères de sélection très précis : une grande compétence avec une qualification et une expérience de 10

L'infirmière d'HAD est le pivot de l'équipe soignante. Son recrutement exige des critères de sélection très précis : une grande compétence avec une qualification et une expérience de 10 à 12 ans, une polyspécialisation, une adaptation rapide aux nouvelles techniques, une autonomie complète et le sens de la qualité relationnelle.

Pour l'infirmière, l'hospitalisation à domicile est apparue jusqu'à présent comme une structure plus attractive que l'hôpital. Trois raisons essentielles peuvent être évoquées :

- ◇ Les infirmières, plus autonomes peuvent organiser leur temps elles mêmes,
- ◇ elles entretiennent des relations privilégiées avec leur malade,
- ◇ les salaires sont plus élevés dans une grande partie des structures de statut privé à but non lucratif, gérées par une association loi 1901 et financées par prix de journée bénéficiant d'une convention plus avantageuse que celle de la fonction publique.

Pourtant, les structures d'hospitalisation à domicile comme l'hôpital doivent faire face à une pénurie de personnel soignant, devenue importante depuis deux ans sur les tranches horaires 21 heures - 24 heures.

Les raisons qui expliquent cette pénurie du personnel dans les structures d'HAD, sont les mêmes que celles évoquées à l'hôpital : salaire global insuffisant, conditions de travail difficiles. Cette pénurie est plus importante dans les structures privées, gérées par une société mutualiste. Ces établissements, prisonniers d'un budget et d'une convention collective non reconnue par les autorités de tutelle, proposent des salaires plus bas qu'à l'hôpital.

Malgré des critères de recrutement plus exigeants, les infirmières exerçant dans les structures de statut public ou PSPH (sous enveloppe globale) ne bénéficient pas de salaires plus élevés qu'à l'hôpital. Les dirigeants de structures d'HAD sont donc de plus en plus amenés à assouplir certains critères.

◆ *Problème du redéploiement*

Les décrets d'octobre 1992 prévoient que toute création de place en HAD devra entraîner la fermeture d'un lit d'hospitalisation à temps complet.

Cette nouvelle disposition est très mal vécue parmi les médecins hospitaliers. De plus, la fermeture d'un lit à l'hôpital public entraînera un redéploiement du personnel infirmier de l'établissement vers l'hospitalisation à domicile.

Les obstacles au développement de l'HAD sont nombreux tant à la fois du côté de la demande que de l'offre. Cependant, un premier effort a été fait avec la publication des décrets d'octobre 1992 reconnaissant officiellement l'HAD en tant qu'alternative à l'hospitalisation classique.

De plus, un grand nombre de facteurs que nous analysons dans la seconde partie, devraient concourir et faciliter le développement de ce mode de prise en charge.

DEUXIEME PARTIE

Les facteurs de développement de l'hospitalisation à domicile

Quatre principaux facteurs devraient aider au développement de l'HAD :

- ◇ le haut niveau de satisfaction des patients et de leur famille à l'égard de ce mode de prise en charge,
- ◇ les avantages médicaux reconnus par les prescripteurs d'HAD (médecins hospitaliers, médecins libéraux.)
- ◇ l'existence de besoins encore non satisfaits,
- ◇ une contribution à la diminution des dépenses hospitalières

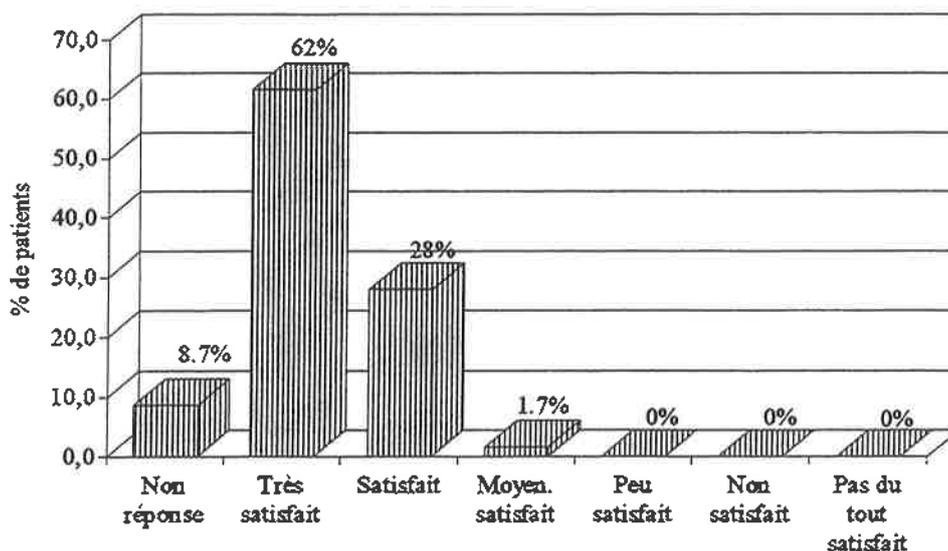
II.1. LA SATISFACTION DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE

II.1.1. Un haut niveau de satisfaction des patients

- ◆ 90 % des patients sont satisfaits ou très satisfaits de leur prise en charge en HAD (graphique n° 8).

Ces réponses sont issues du questionnaire adressé aux patients en HAD faisant partie de l'échantillon des patients de l'enquête CREDES et à leur entourage (voir questionnaire en annexe 1)

Graphique n° 8
Satisfaction des patients pris en charge en HAD



Ce haut niveau de satisfaction des patients s'explique avant tout par le pourcentage élevé de patients qui se déclarent très satisfaits (62 %).

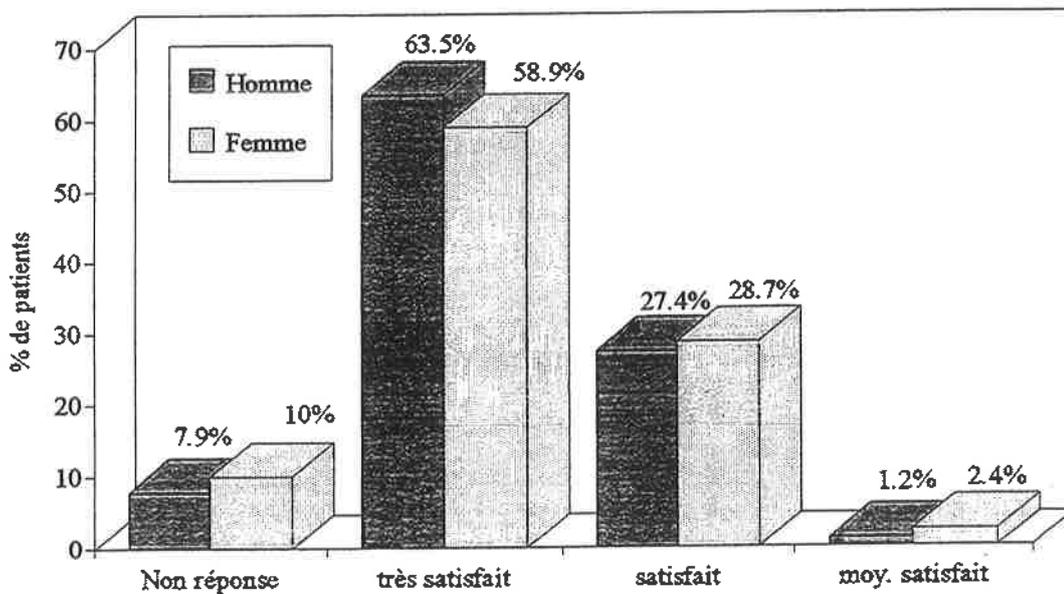
Aucun patient n'a été déçu (peu, non satisfait ou pas du tout satisfait) par sa prise en charge en HAD. Seulement 2 % des patients de l'échantillon ont souligné leur satisfaction moyenne.

Les 8,7 % de non réponse correspondent pour la majorité des patients à des personnes incapables de répondre au questionnaire, du fait de la gravité de leur état.

- ◆ *Si les patients de l'échantillon devaient retenter cette expérience, 91 % d'entre-eux le referaient.*
- ◆ *Les hommes entre 40 et 65 ans sont les plus satisfaits*

Environ 91 % des patients de sexe masculin sont au sens large du terme satisfaits de leur prise en charge en HAD contre 88 % chez les femmes. Les "très satisfaits" représentent parmi les hommes 63 %. En, revanche, plus de 2 % des femmes sont moyennement satisfaites (graphique n° 9).

Graphique n° 9
Satisfaction des patients pris en charge en HAD selon le sexe.



L'interprétation de la satisfaction des patients selon l'âge est plus difficile en raison du taux de non réponse, pouvant signifier soit une incapacité à répondre au questionnaire pour les personnes âgées, soit un éventuel mécontentement vis-à-vis de ce mode de prise en charge pour les personnes plus jeunes.

Il ressort cependant de cette étude une très grande satisfaction chez les patients dont l'âge varie entre 40 et 64 ans, soulignée par 67 % d'entre eux. Parmi ces patients très satisfaits, environ les deux tiers sont des hommes. 62 % des malades âgés entre 65 et 79 ans sont également très satisfaits ainsi qu'une population plus jeune dont l'âge est compris entre 16 et 24 ans (62 %).

Une "satisfaction moyenne" apparaît surtout chez les femmes. Elle est déclarée par environ 3 % des personnes de plus de 65 ans, peut-être plus critiques à l'égard de ce mode de prise en charge.

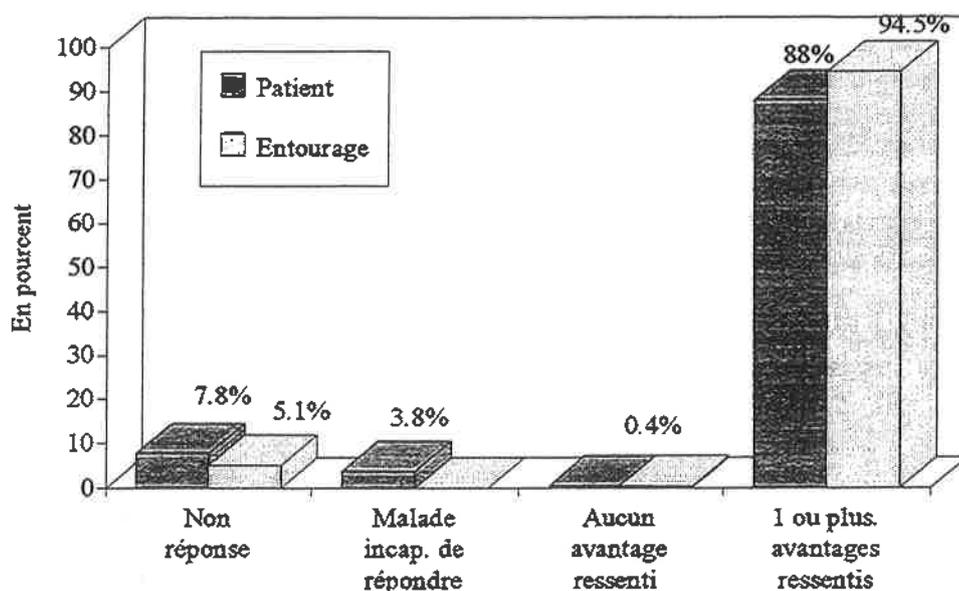
II.1.2. Des avantages ressentis à la fois par le patient et son entourage

Un pourcentage sensiblement égal de patients et de leur entourage a ressenti un ou plusieurs avantages.

88 % des patients pris en charge en HAD et 94,5 % des personnes les entourant déclarent ressentir un ou plusieurs avantages à l'égard de cette alternative à l'hospitalisation. Seulement 0,4 % des patients et de leur famille ne ressentent aucun avantage (graphique n° 10). Cependant, les non réponses en particulier de l'entourage peuvent être interprétées comme "aucun avantage ressenti".

Si l'entourage du malade constate plus d'inconvénients que le patient, il ressent également plus d'avantages vis-à-vis de ce mode de prise en charge. La différence entre patients et entourage est ici moins sensible que pour les inconvénients.

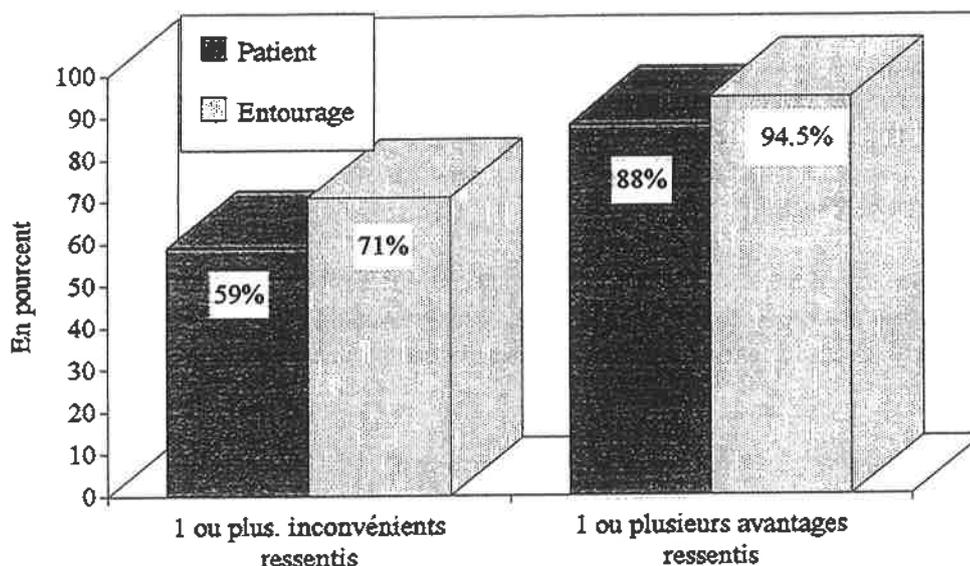
Graphique n° 10
Pourcentage de patients et de leur entourage ayant ressenti ou non des avantages lors du séjour en HAD



Les patients pris en charge en HAD comme leur entourage, sont plus nombreux à souligner les avantages de l'hospitalisation à domicile par rapport aux inconvénients (graphique n° 11).

Encore faut-il examiner le nombre et la nature de ces avantages.

Graphique n° 11
Comparaison des avantages et des inconvénients en HAD
ressentis par les patients et leur entourage



II.1.3. Les avantages ressentis

◆ *Un mieux être du patient chez lui*

Le principal avantage cité par 93 % des patients reconnaissant des avantages à l'HAD, est leur retour à domicile ou en d'autres termes "le mieux être chez soi" (graphique n° 12).

Ces avantages sont souvent décrits par opposition à l'hospitalisation : présence de l'entourage considérée comme un avantage pour 78 % des patients, plus de visites (pour 42 % d'entre eux) et enfin la liberté d'action que laisse l'HAD par rapport à l'hôpital (49 % des patients).

Il en découle un meilleur comportement du patient, ressenti par 63 % des personnes entourant le malade (graphique n° 13).

◆ *Un gain de temps et des frais supplémentaires moindres pour l'entourage du patient*

Pour l'entourage du patient, son retour au domicile se traduit avant tout comme un gain de temps (cité par 82 % des personnes), et des frais supplémentaires moindres (79 %) (graphique n° 13).

Par contre, l'aspect financier positif n'est mis en valeur que par 27 % des patients.

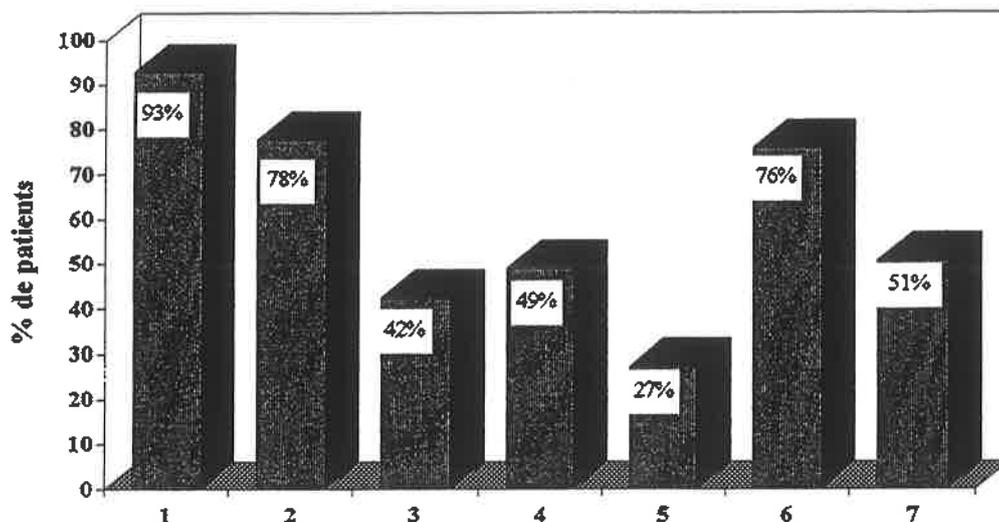
Enfin, une fatigue moindre pour l'entourage est aussi ressentie comme un avantage pour 50 % des personnes dans le sens où l'HAD évite les déplacements à l'hôpital.

◆ *Une grande compétence et qualité du personnel*

Si 16 % des patients relevaient la qualité insuffisante du personnel, la très grande majorité d'entre eux (76 %) soulignent leur grande compétence, également citée par l'entourage du malade.

51 % des patients ont aussi noté les relations privilégiées qu'ils peuvent entretenir avec leur médecin traitant au cours de leur hospitalisation à domicile.

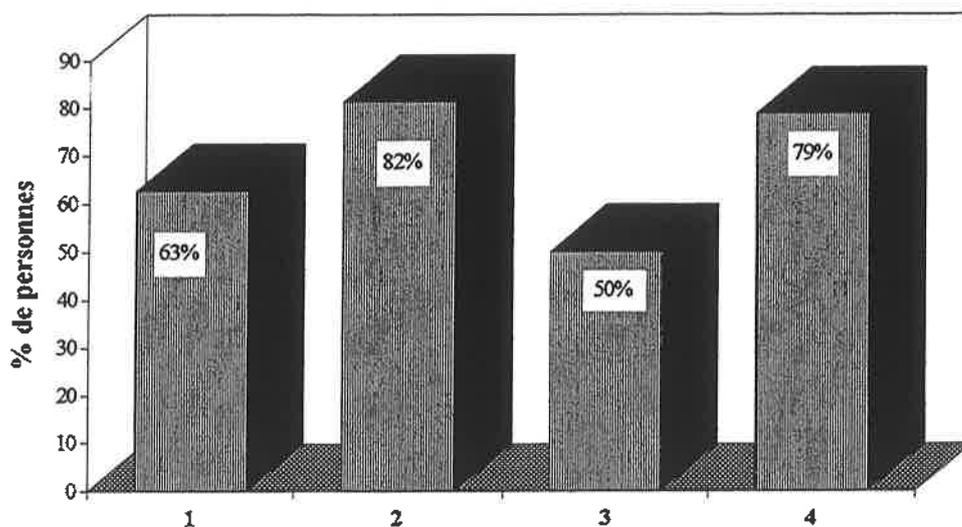
Graphique n° 12
Les avantages ressentis par le patient



- 1 - *Mieux être chez soi*
 2 - *présence de l'entourage*
 3 - *Plus de visites*
 4 - *Libre organisation de son temps*

- 5 - *Frais supplémentaires moindres*
 6 - *Qualité et compétence du personnel*
 7 - *Relations privilégiées avec le médecin traitant*

Graphique n° 13
Les avantages ressentis par l'entourage du malade



- 1 - *Meilleur comportement du patient*
 2 - *Gain de temps*

- 3 - *Fatigue moindre*
 4 - *Frais supplémentaires moindres*

Au total, les différents résultats tirés de l'enquête témoignent d'un haut niveau de satisfaction des malades pris en charge en HAD.

II.2. LA SATISFACTION DES DIFFERENTS PRESCRIPTEURS D'HAD

La très grande majorité des médecins généralistes de ville et des médecins hospitaliers que l'équipe du CREDES a rencontrés, sont favorables à l'hospitalisation à domicile. Certains médecins hospitaliers et médecins libéraux soulignent leur très grande satisfaction à l'égard de ce mode de prise en charge.

On peut cependant noter une différence d'appréciation entre médecins traitants et médecins hospitaliers. Ces derniers apparaissent plus critiques que les médecins traitants, non pas sur le principe même que recouvre l'hospitalisation à domicile, mais sur son fonctionnement actuel. (voir chap.1.3. "*Des freins imputables à la structure d'HAD*").

II.2.1. Les avantages médicaux

◆ *Des indications médicales multiples*

Les indications médicales de l'hospitalisation à domicile sont nombreuses et concernent différentes disciplines. Les principales sont :

- ◇ les pathologies cancéreuses,
- ◇ le SIDA,
- ◇ les soins palliatifs,
- ◇ les maladies du système nerveux,
- ◇ les maladies de l'appareil circulatoire,
- ◇ les traumatismes,
- ◇ la rééducation fonctionnelle,
- ◇ les grossesses pathologiques et les suites de couches normales,
- ◇ les polyopathologies lourdes,
- ◇ la gériatrie,
- ◇ les suites chirurgicales,
- ◇ les maladies chroniques de l'enfance,
- ◇ l'alimentation par sonde.

◇ *Le problème des soins palliatifs en particulier et la douleur en général*

Les soins palliatifs sont une forme de soins qui existe depuis très longtemps dans les structures d'HAD, permettant d'assurer la continuité des soins auprès des patients atteints par une maladie mettant en jeu le pronostic vital sans espoir de guérison. Depuis quelques années, certaines structures d'HAD ont mis en place une cellule de soins palliatifs avec des infirmières formées à ces soins spécifiques et soignant exclusivement ces malades.

Cette formule de soins est expérimentée depuis le 1^{er} janvier 1989 dans la structure d'hospitalisation à domicile de Rodez dans l'Aveyron.

Sachant qu'un patient en soins palliatifs exige environ 5 heures de soins quotidiens, l'HAD de Rodez a créé sa propre équipe spécialisée en soins palliatifs pour une meilleure organisation. Cette activité est également testée à titre expérimental dans la structure "Santé Service" de

Puteaux depuis le 1^{er} janvier 1992 et dans la structure d'HAD d'Angoulême "Santé Service Charente" depuis le début de l'année 1993.

Cette formule de soins palliatifs à domicile suppose une formation des professionnels de santé au concept même de soins palliatifs (évolution des attitudes face à la mort, définition du concept de souffrance et de mort, identification des stades dans l'approche de la mort, expression du vécu du personnel ou professionnel face à la mort, capacité d'écoute et relations d'aides...) et notamment une formation sur les soins appropriés dans le domaine de la maîtrise de la douleur.

Les infirmières doivent être capables d'adapter les doses prescrites en fonction de la douleur du patient. L'infirmière doit évaluer la douleur, les effets secondaires au traitement du patient et ensuite apporter son diagnostic avec l'aide du médecin traitant. Finalement, le patient lui-même, apprend à définir en terme précis à mesurer sa douleur afin que son traitement puisse être adapté périodiquement. Un protocole très complet est mis en oeuvre à l'HAD de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris par son médecin coordinateur. Santé Service de Puteaux a également créé son propre protocole expérimental vis à vis de ce problème.

Dans la structure d'HAD de Rodez, cette formule de soins a suscité l'organisation de groupes bénévoles pour aider les familles et également de groupes de paroles pour aider moralement les équipes soignantes.

L'un des problèmes rencontrés est l'utilisation des antalgiques par les médecins traitants, qui se trouve parfois très loin de la pratique qui en est faite dans les unités de soins palliatifs. Face aux pathologies rencontrées, le médecin est ici confronté quotidiennement au maniement des antalgiques.

◆ *Les intérêts médicaux*

D'un point de vue médical, le principal intérêt reconnu par les prescripteurs à la prise en charge en hospitalisation à domicile est le maintien à domicile du patient qui lui procure un confort ou un soutien psychologiques énormes (constituant une aide à la guérison pour certains médecins).

Le retour à domicile peut induire une attitude volontaire de la part du patient de se prendre réellement en charge, contrairement au patient hospitalisé. La prise en charge de sa maladie se traduit parfois par un refus plus grand de la fatalité et une plus grande capacité à se battre contre sa maladie.

Cet argument est d'autant plus valable pour une personne âgée dont le retour au domicile réduit d'autant les risques d'apparition ou d'aggravation d'un état de dépendance physique et psychique.

Par ailleurs, l'hospitalisation à domicile diminue notablement les risques d'infection nosocomiale qui existent à l'hôpital (environ trois fois moins).

◆ *Une sortie anticipée du patient de l'hôpital*

Pour la majorité des médecins libéraux et hospitaliers, l'hospitalisation à domicile apparaît comme un complément à l'hospitalisation plutôt qu'un substitut. Ce relais à l'hospitalisation se concrétise par la sortie anticipée du patient de l'hôpital ; l'HAD évite une hospitalisation prolongée.

Le séjour du patient à l'hôpital reste le plus souvent nécessaire pour établir le bilan diagnostic complet du patient et mettre en place le traitement du malade.

L'hospitalisation à domicile ne peut être considérée comme une véritable équivalence de l'hôpital. Le cas où l'HAD peut être considérée comme un substitut à l'hospitalisation classique au sens strict du terme est réservé aux patients en fin de vie.

Mais, est-ce un relais aux services de court séjour ou de moyen séjour ?

La majorité des médecins considère l'HAD comme un bon relais aux services de court séjour.

Pour les indications de chirurgie générale et orthopédique, l'HAD est définie comme un relais aux services de court séjour. L'hospitalisation à domicile permet réellement une sortie anticipée du patient hospitalisé en service de court séjour.

Elle est aussi un complément à l'hospitalisation de court séjour pour les grossesses pathologiques (elle est même ici un substitut) et les suites de couche. Il en est de même pour les traitements chimiothérapeutiques pour les pathologies cancéreuses.

Pour les autres indications médicales, l'HAD apparaît plus souvent comme un substitut des services de moyen séjour ou parfois comme un relais à ces services.

Concernant les services de long séjour, la réponse des praticiens est beaucoup moins claire. Certains médecins considèrent qu'il ne peut s'agir d'un substitut au service de long séjour qui s'apparente plus souvent aux soins à domicile qu'à l'hospitalisation à domicile.

II.2.2. Un mode de prise en charge ouvert à tous milieux sociaux.

Contrairement à certaines idées reçues, les patients pris en charge en HAD sont issus de différents milieux sociaux.

L'échantillon de patients pris en charge en HAD observé par le CREDES en 1992 reflète cette ouverture de l'HAD à toutes les catégories socioprofessionnelles. 64 % des ménages ont un revenu inférieur à 12 000 francs net. Par comparaison, 77 % des ménages français ont un revenu inférieur à 12 500 francs net (données de l'INSEE - 1984), soit 16 108 francs à prix relatifs 1992.

Si certaines conditions matérielles et sociales étaient autrefois exigées pour qu'un patient soit admis en HAD, les structures d'HAD semblent de moins en moins exigeantes. Naturellement, les normes de confort ont bien évolué depuis les années 50 et 60 et certaines familles les plus démunies sont très motivées par leur rôle de soutien à domicile et donc mieux armées pour l'assumer.

De fait, les problèmes sociaux n'ont motivé que 1,2 % des non-admissions (graphique n° 14). De plus, devant la montée des personnes vivant sans logement fixe (le cas se présente surtout pour les personnes atteintes du Sida), les infirmières, notamment sur Paris et sa région se rendent parfois dans les squats ou soignent leurs patients dans différents domiciles.

Les médecins hospitaliers et les gestionnaires des structures d'HAD soulignent que ce mode de prise en charge paraît souvent très demandé par les personnes à faibles ressources. Au contraire, les milieux aisés hésitent parfois longtemps à accepter une prise en charge en hospitalisation à domicile, préférant l'environnement sécurisant de l'hôpital public ou de la clinique ou bien les soins ambulatoires purs.

On peut également noter que certaines prestations telles que la fourniture de couches pour incontinents dont le prix est élevé mais non remboursées en soins ambulatoires peut être compris dans le prix de journée de certaines structures d'HAD, tout comme en hospitalisation complète. Le patient ainsi, peut bénéficier de la "gratuité" de cette prestation participant à la prévention des escarres chez les patients en HAD qui sont souvent gravement malades et donc fréquemment alités.

II.3. DES BESOINS NON SATISFAITS

L'ensemble des médecins hospitaliers ainsi que les directeurs des différentes structures d'hospitalisation à domicile reconnaissent que les besoins en HAD ne sont pas satisfaits.

S'il est difficile aujourd'hui d'évaluer l'importance de ces besoins, plusieurs éléments d'informations nous permettent de préciser que l'offre en HAD reste insuffisante.

II.3.1. La présence de listes d'attente

Sur les 39 structures interrogées au jour de l'enquête, 14 d'entre-elles ont une liste d'attente. La majorité de ces structures (9) sont de statut privé. La durée d'attente maximale en 1991 est de 15 jours dans l'une des structures d'HAD, la durée moyenne d'attente étant de 2,5 jours.

Ces listes d'attente peuvent s'expliquer par la surcharge momentanée du service. Cette raison justifie 1,4 % des motifs de non-admissions (voir graphique n° 13).

II.3.2. Des demandes provenant d'hôpitaux non satisfaites

Certains hôpitaux de la région parisienne souhaiteraient que leurs patients puissent être pris en charge en hospitalisation à domicile. Les structures d'HAD concernées ont été dans l'obligation de refuser ces admissions, les moyens accordés en termes de places, de matériel et de personnel ne permettant pas de faire face.

Les autorités de tutelle ont refusé différents projets et n'ont que très rarement alloué des budgets à la hauteur des besoins réels, n'étant pas vraiment favorables à l'augmentation de l'activité dans le secteur privé.

II.3.3. L'HAD doit se développer dans les zones géographiques rurales.

L'implantation des 41 structures d'HAD opérationnelles en 1992 est essentiellement urbaine¹.

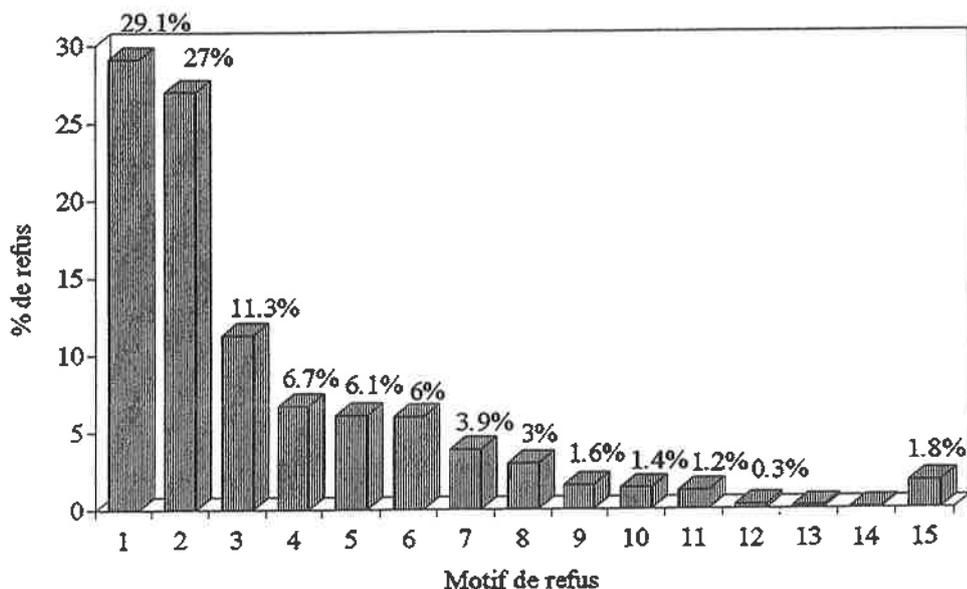
Ce constat est regretté par plusieurs médecins hospitaliers et directeurs de structures d'HAD qui souhaitent que cette alternative se développe dans les zones rurales. Les déplacements des infirmières sont parfois longs et donc plus aléatoires, représentant une difficulté supplémentaire dans l'organisation des soins.

En 1991, les refus d'admissions en HAD motivés par la cause "*Secteur géographique non desservi par la structure*" représentaient 3 % de l'ensemble des refus (environ 4.000) voir graphique n°14).

¹ Cf. "Le fonctionnement des services d'H.A.D., évolution 1980-1992". Laure Com-Ruelle et Nadine Raffy - CREDES - Mars 1993.

Apparemment, certaines régions sont plus touchées par ce problème. Ce motif a ainsi justifié en 1991 le refus de 9 admissions dans la structure d'HAD de Montfermeil (soit 14 % des refus de la structure), de 15 admissions dans la structure de Grenoble (7 % des refus) et de 71 admissions à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (4 % des refus).

Graphique n° 14
Motifs des non-admissions en HAD en 1991



- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1 - Insuffisance de soins | 8 - Hors secteur géographique |
| 2 - Décès avant HAD | 9 - Refus du médecin traitant |
| 3 - Refus de la famille | 10 - Surcharge du service |
| 4 - Désistement avant HAD | 11 - Problèmes sociaux |
| 5 - Entourage insuffisant du malade | 12 - Refus du médecin conseil |
| 6 - Excès de soins | 13 - Refus des infirmières |
| 7 - Refus du médecin hospitalier | 14 - Refus des autres prof. libérales |
| | 15 - Décision HAD (sans indication) |

II.3.4. Des besoins émanants du secteur hospitalier privé à but lucratif

La circulaire de la CNAMTS de 1974 prévoyait des accords passés entre structures d'hospitalisation à domicile et les seuls services hospitaliers publics ou privés mais participant au service public hospitalier. Le secteur privé à but lucratif était exclu du système.

En fait, certains services, au cours des années 80, se sont vus reconnaître le droit d'accueillir des malades des établissements privés à but lucratif.

Un grand nombre de médecins exerçant dans le secteur hospitalier privé à but lucratif revendiquaient la possibilité pour un malade hospitalisé dans ce secteur d'avoir accès à l'hospitalisation à domicile. Aujourd'hui, aucun interdit n'apparaît dans le nouveau texte de loi, ce qui rétablit l'équilibre.

II.3.5. Des besoins en soins palliatifs à domicile

Les soins palliatifs en tant que tels sont une nouvelle indication pour recourir à l'HAD (voir chapitre II 2 "*des indications médicales multiples*").

Cette nouvelle activité a permis à la structure de Rodez ayant mis en place en 1989 cette formule de soins, et aux deux autres structures d'Angoulême et de Puteaux expérimentant cette activité, d'avoir des taux d'occupation à 100 %.

Les prescripteurs d'HAD et les directeurs de structures d'HAD souhaitent que cette activité se développe face à une demande très importante.

II.3.6. Des besoins spécifiques dont la charge en soins est lourde

De tels besoins concernent les personnes âgées atteintes de sclérose en plaque, de quadriplégie, d'affections dégénératives neuromusculaires invalidantes et de polyopathie neurovasculaire. Leurs traitements sont considérés incompatibles avec les formules de soins ambulatoires purs.

Ceci apparaît d'autant plus important face aux décisions prises au début de l'année 1992, consistant à encadrer l'activité du personnel libéral en limitant leur nombre d'actes. Les soins de ces patients grabataires et chroniques ne pouvait plus être assurés par le secteur libéral, amené à sélectionner sa clientèle, n'ont pas été non plus pris en charge par les services d'hospitalisation à domicile devant le refus du contrôle médical de la Sécurité sociale.

Les services de Dax et Bayonne ont su faire valoir auprès du contrôle médical de leur région que ces pathologies correspondent à des indications médicales d'HAD particulières. C'est ainsi que certaines places d'HAD ont été transformées en "long séjour pour personnes âgées à domicile". Ces patients ont ainsi évité une hospitalisation de long séjour. Cela reste encore du domaine expérimental.

D'autres structures d'HAD réclament la possibilité de pouvoir prendre en charge en hospitalisation à domicile ce type de malade.

II.3.7. De nouveaux besoins avec la possibilité pour les médecins généralistes de prescrire eux-mêmes l'HAD et avec la présence obligatoire au sein de chaque structure d'un médecin coordonnateur.

Les décrets du 2 octobre 1992, dans le cadre de la nouvelle réforme hospitalière, permettent aux médecins libéraux de prescrire une hospitalisation à domicile après avis du médecin coordonnateur exerçant dans cette structure. L'admission n'est plus forcément demandée par un médecin hospitalier après un séjour hospitalier du patient ou après une consultation externe. Cette nouvelle disposition répond aux désirs des médecins de ville.

L'application de ce décret a permis par exemple à la structure de Rodez d'enregistrer durant l'année 1993 une augmentation de son activité.

"En effet, 69 prescriptions par un médecin traitant ont été enregistrées sur 172 entrants depuis le 1er janvier 1993, soit 40% des admissions. Le médecin coordonnateur donne son avis médical pour chaque proposition d'entrée et garantit ainsi le respect de la définition de l'HAD telle qu'elle figure dans la convention. Son avis conditionne la décision administrative d'admission en HAD" (Monsieur CALASSOU et Docteur MARMET, UDSMA RODEZ).

De plus, Le médecin coordonnateur a un rôle important à jouer : il doit constituer le lien entre l'hôpital et le médecin traitant, permettant un meilleur partenariat et une plus grande souplesse ville-hôpital.

De par sa formation, qui se doit être spécifique, notamment vis à vis des médecins et des malades en fin de vie, il sera garant du bon déroulement du traitement à domicile et permettra l'évaluation des protocoles thérapeutiques, évaluation clinique et économique

L'augmentation de l'activité ainsi induite au niveau des structures d'HAD prouve la réticence des médecins hospitaliers à faire prendre en charge certains de leurs patients en HAD, l'existence de réels besoins en HAD et également le refus de certains malades d'être hospitalisés.

II.3.8. Des besoins face à l'évolution de la démographie française.

L'évolution de la démographie française est marquée par un vieillissement général de la population.

En effet, les personnes de plus de 65 ans ont augmenté durant ces cinq dernières années de plus de 2 % alors que les effectifs entre 20 et 64 ans n'ont connu qu'un accroissement pour la même période de 0,7 % et ceux de moins de 20 ans ont diminué de 0,5 %. Parallèlement, l'espérance de vie des personnes de 65 ans a augmenté plus rapidement que celle des personnes à la naissance sur la période 1987-1991) (0,7 % pour les femmes et 0,5 % pour les hommes à 65 ans contre 0,3 % pour les femmes et les hommes à la naissance).

Cette population plus nombreuse de personnes plus âgées est donc aussi plus âgée et donc plus dépendante. Si l'hospitalisation à domicile n'a pas pour mission de résoudre les problèmes de dépendance, elle peut avoir son rôle à jouer dans un but de prévention par le biais du maintien à domicile.

IL.4. UNE LOGIQUE D'ECONOMIE

Le poids de l'hôpital dans la Dépense Nationale Courante de Santé (40,9 % en 1991), conduit à se demander si un plus large recours aux alternatives à l'hospitalisation et en particulier à l'HAD, ne permettrait pas d'en diminuer le montant.

IL.4.1. Les dépenses en hospitalisation à domicile - Evolution 1985-1991

◆ *Un poids marginal dans les dépenses hospitalières*

Les dépenses en hospitalisation à domicile représentent en 1991 près de 666 millions de francs: 257 millions de francs dans le secteur public et 409 millions dans le secteur privé.

Par son importance en nombre de structures et par son activité plus importante, le secteur privé représente ainsi plus de 61 % du montant total des dépenses en HAD

La structure des dépenses donne une part importante au poste Personnel (62,7 %), suivi des Biens Médicaux (11,8 %), du Matériel (8,6 %). Le poste "Autres dépenses" couvrant entre autre les frais de Déplacement et les Frais de Gestion, représente 16,9 % des dépenses totales en HAD.

Mais le poids de l'HAD dans les dépenses hospitalières reste encore très marginal. En effet, les dépenses en HAD représentent 0,25 % des dépenses hospitalières. Notons que les dépenses des structures privées d'HAD constituent 0,6 % des dépenses hospitalières du secteur privé.

En d'autres termes, la dépense par habitant en hospitalisation à domicile s'est élevée à 11,60 francs pour l'année 1991 contre plus de 4 500 francs par personne en hospitalisation.

◆ *Pourtant, une forte progression des dépenses au cours des six dernières années.*

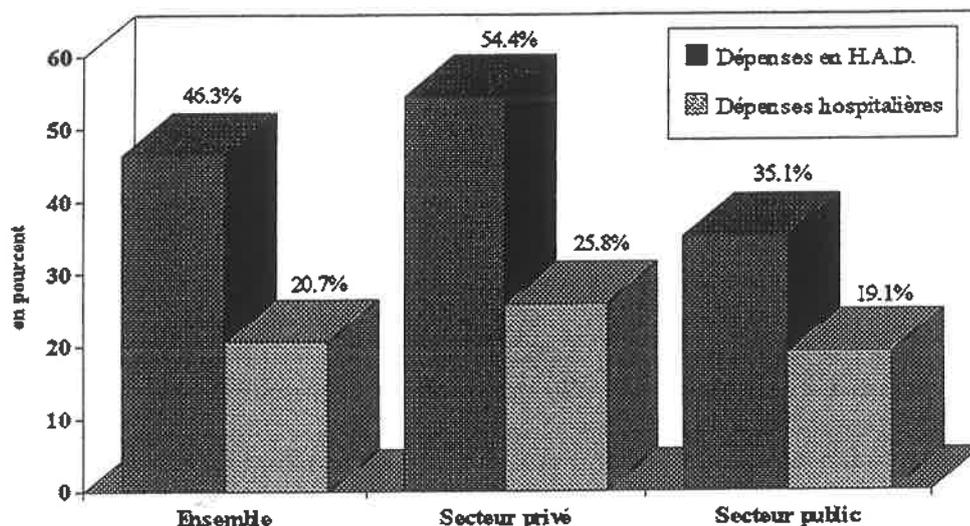
Depuis 1986, les dépenses en HAD ont augmenté à un rythme très soutenu : plus de 45 % d'augmentation sur la période 1986-1991 à prix relatifs, soit un niveau deux fois plus élevé que le taux de croissance de l'ensemble des dépenses hospitalières (21 %) (graphique n° 15).

La création de neuf structures supplémentaires durant cette période n'explique pas cette forte augmentation : les dépenses de ces nouvelles structures, dont la majorité sont de petite taille (5 à 20 places), représentent uniquement 1,6 % de l'ensemble des dépenses en HAD en 1991.

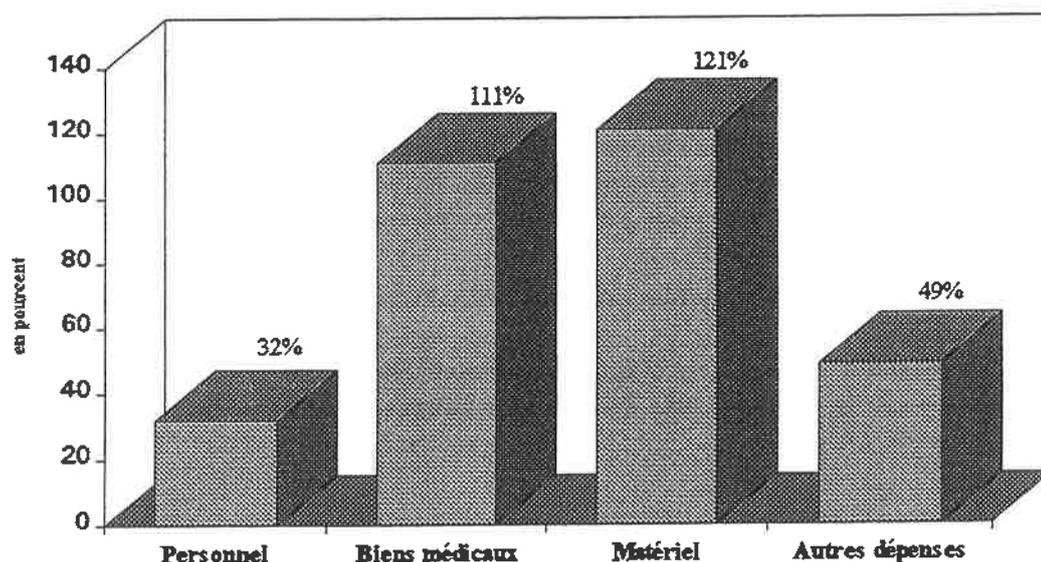
Cette forte croissance concerne donc l'ensemble des structures d'HAD, notamment celles déjà créées en 1985 qui ont connu une augmentation de leur activité et en particulier le secteur privé dont l'augmentation des dépenses a été de 54 % entre 1985 et 1991 contre 35 % dans le secteur public.

Deux postes sont essentiellement touchés : les biens médicaux (111 % d'accroissement) et le matériel (121 %) (graphique n° 16).

Graphique n° 15
Accroissement des dépenses hospitalières et
des dépenses en HAD (à prix relatifs sur la période 1986-1991)



Graphique n° 16
Accroissement des différents postes de dépenses
en hospitalisation à domicile sur la période 1986-91 (prix relatifs).



- L'augmentation des dépenses en biens médicaux s'explique essentiellement par l'utilisation croissante des produits sanguins (produits chers utilisés uniquement à l'hôpital ou en HAD) avec une prise en charge de plus en plus forte des personnes atteintes du Sida, des produits diététiques et de l'alimentation parentérale (elle aussi très onéreuse) inclus dans le prix de journée de certaines structures.

- L'évolution des dépenses en matériel est due essentiellement à l'utilisation de l'informatique par un plus grand nombre de structures en 1991, surtout sous forme de location de matériels et à l'utilisation des innovations technologiques.

On constate dans le secteur privé une augmentation du poste "autres dépenses", concernant essentiellement les frais de gestion.

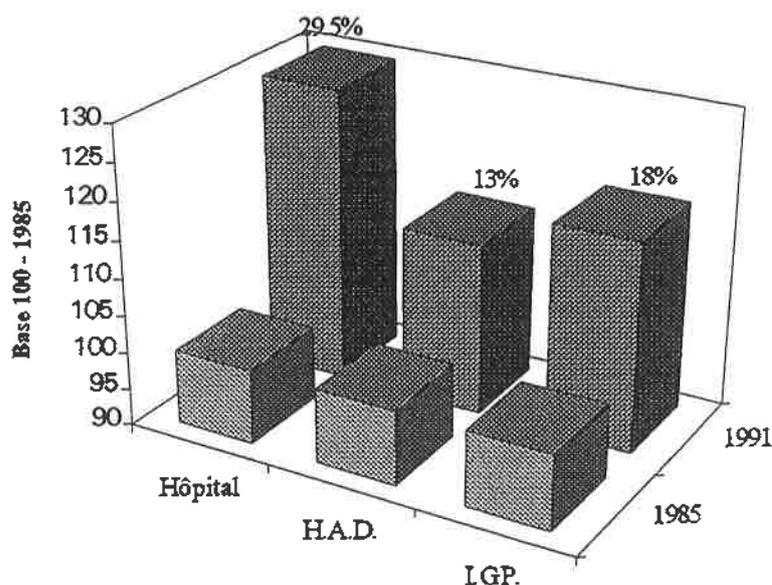
♦ *L'influence capitale de l'augmentation de l'activité des structures d'HAD sur la croissance des dépenses*

Le coût moyen d'une journée en HAD s'élève à 535 francs en 1991. Cet indicateur est égal au rapport entre le montant des dépenses et le nombre de journées réalisées.

Par comparaison, le coût moyen d'une journée en hospitalisation classique est de 1 630 francs pour la même année. En 1985, le coût d'une journée en hospitalisation à domicile s'élevait à prix relatifs à 473 francs 1991 et à 1 258 francs 1991 pour une journée en hospitalisation classique.

Le coût moyen d'une journée en HAD a donc augmenté moins rapidement que celui d'une journée en hospitalisation classique (13 % contre 29,5 %). De plus, cet accroissement a été plus faible que celui de l'indice général des prix qui a augmenté de 18 % durant cette période (graphique n° 17).

Graphique n° 17
Accroissement du coût moyen d'une journée en HAD et en hospitalisation classique comparée à l'augmentation de l'indice général des prix.



Ainsi, la forte augmentation des dépenses en HAD s'explique essentiellement par une augmentation de l'activité des structures d'HAD durant cette période.

II.4.2. Un mode de prise en charge moins onéreux.

Monsieur EHRHARD, directeur général de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France, déclarait lors du premier colloque européen Hospitalisation à domicile et Cancer en février 1988 : *".....en tenant compte des journées réalisées en 1985 et en 1986 par les principaux services parisiens d'hospitalisation à domicile, les régimes de protection sociale auraient en deux exercices, dépensé 1 milliard de francs supplémentaires si les malades hospitalisés à domicile étaient restés dans leur lit d'origine. Un milliard, c'est à dire 465 millions en 1985 et 554 millions en 1986. Voilà l'économie que nous avons réalisée....."*

La comparaison du coût moyen d'une journée en HAD et en hospitalisation classique ne permet pas de déterminer si l'HAD correspond ou non à un éventuel intérêt financier.

En effet, le prix de journée de certaines structures d'HAD ne prend pas en compte certaines prestations comme par exemple les médicaments. Certaines structures n'ont pas de dépenses en biens médicaux. Le coût direct en HAD comprend le prix de journée HAD plus le montant des remboursements d'éventuelles prestations effectuées non comprises dans ce prix.

Ce mode de prise en charge correspondant en 1991 à plus de 35 600 admissions et à plus d'1 244 700 journées, permet-il à l'Assurance Maladie de réaliser une économie ou au contraire engendre-t-il des dépenses supplémentaires ?

Certaines études ont montré que l'HAD contribue à la diminution des dépenses hospitalières.

◆ *Résultats de deux études : "le coût de l'HAD dans le Var " et "Contribution de l'HAD à une diminution du coût hospitalier"*

1) *Le coût de l'HAD dans le Var de P. Lemardeley, J.P. Boutin, M. Ghyoula (assistants des hôpitaux des Armées en Santé Publique et J. Negro, Médecin directeur de la structure d'HAD dans le Var "Santé et Solidarité".*

Les patients affiliés à la caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale, résidant dans le département du Var et ayant séjourné en HAD du 1^{er} janvier 1984 au 31 décembre 1986 constituent l'échantillon de patients enquêtés, soit un effectif de 64 personnes.

Les patients de l'échantillon bénéficiant tous de l'exonération du ticket modérateur, les auteurs ont pu calculer un coût direct de l'HAD en tenant compte du prix de journée HAD et le remboursement des prestations non comprises dans ce prix journalier.

Au total; la somme versée à la structure d'HAD représente 75 % en médiane de ce qu'il en coûte à la caisse de Sécurité sociale.

Ils ont pu comparer le coût direct en HAD par personne au coût estimé de l'hospitalisation représentant ce qu'aurait coûté le patient s'il "était resté dans son lit d'origine dans le même service et ceci pendant la durée de séjour en HAD.

Ainsi toutes pathologies confondues, la caisse aurait économisé du fait de la sortie anticipée du malade par recourt à l'HAD. 42 % des dépenses prévisibles en cas du maintien du malade à l'hôpital.

Par pathologie, les économies réalisées sont plus variables. L'intérêt de l'HAD apparaît particulièrement net pour les patients en gynécologie obstétrique. La variabilité du coût de prise en charge des patients cancéreux et cardio-vasculaires est importante, dépendant du service dans lequel se trouve le patient à l'hôpital. L'HAD apparaît comme une alternative intéressante à l'hospitalisation pour les patients séjournant en court séjour et dont la pathologie exige une certaine technicité des soins. L'HAD n'apporte pas une aussi grande autonomie pour les patients séjournant en moyen séjour.

- 2) *"Contribution de l'HAD à une diminution du coût hospitalier H. Gardent Economiste, Ch. Caye, Docteur en Sciences Economiques 3ème cycle et A.M. Candotti., Directrice générale de Santé Service à Puteaux.*

L'objectif de l'étude est de chiffrer les avantages financiers de l'extension de l'HAD à l'ensemble de la France.

Cette évaluation suppose 2 limites :

- l'étude ne concerne qu'une seule pathologie : le cancer
- l'impact du développement de l'HAD ne peut se faire que dans les grandes villes où se trouve un centre anti-cancéreux. (20 centres dénombrés en 1978).

Compte-tenu de l'expérience de Santé Service à Puteaux, les auteurs estiment que 15 % de personnes souffrant d'une pathologie cancéreuse sont justifiables d'un ou plusieurs séjours en HAD. Devant la difficulté de disposer des données exhaustives sur la prévalence de cette pathologie en France, on pose l'hypothèse que 15 % des décès par cancers pourraient bénéficier de cette forme d'hospitalisation précédant leur décès.

En 1978, sur 33571 décès dans les centres anticancéreux, on estime que la demande d'HAD induite par les villes disposant d'un centre anticancéreux pourrait s'élever à 5000 personnes environ.

Le coût de prise en charge de ces 5 000 patients cancéreux en 1981 s'établit en hôpital à 9,15 millions de francs par jour (prix de journée moyen hospitalier à 1 816 ,61 francs) et en HAD à 1,65 millions de francs par jour (prix de journée de Santé Service en 1981 de 332,61 francs).

Ainsi, concluent les auteurs, un recours étendu à l'HAD aurait permis d'économiser 7,5 millions de francs.

♦ *Etude du CREDES*

1) *Méthodologie*

La méthode consiste à comparer d'une part les dépenses réalisées en 1991 par l'Assurance Maladie en hospitalisation à domicile et d'autre part celles réalisées par l'Assurance Maladie dans l'hypothèse où l'HAD n'existerait pas, les autres modes de prise en charge étant disponibles.

L'intérêt de cette méthode n'est pas de chiffrer l'économie réalisée en se référant au lit d'origine du patient mais à son lit de substitution correspondant à son état de santé un jour

donné de son séjour en HAD. Un patient souffrant par exemple d'une pathologie cancéreuse ayant été pris en charge dans un service de court séjour à l'hôpital, peut par la suite, être pris en charge dans un service de moyen séjour dans l'hypothèse que l'HAD n'existe pas.

◊ *Les dépenses réalisées en 1991 selon l'hypothèse que l'HAD n'existe pas.*

A partir de l'échantillon des patients de l'enquête du CREDES, une équipe de médecins a déterminé à partir du dossier de chaque patient quel serait le premier mode de substitution à l'HAD. Ces résultats sont à interpréter avec prudence du fait de l'échantillon restreint de patients.

La réponse à cette question résulte de l'étude du questionnaire complet et en particulier de 5 séries de variables essentielles : la morbidité complète du patient (diagnostic principal et diagnostic associés, risque vital et degré d'handicap), les soins reçus le jour de l'enquête, le matériel installé au domicile, l'autonomie locomotrice et relationnelle du patient et son mode d'entrée en HAD. Le relevé des soins n'étant fait qu'une seule journée, il peut peut-être y avoir une sous-estimation des besoins pour certains individus.

On obtient la répartition suivante des patients, toutes pathologies confondues :

Mode de substitution	Pourcentage de patients
Non réponse	0,6 %
Hospitalisation complète court séjour	24,1 %
Hospitalisation complète moyen séjour	11,8 %
Hospitalisation complète long séjour	1,1 %
Hospitalisation de jour	23,2 %
Hospitalisation de semaine	0,2 %
Soins infirmiers à domicile pour pers. âgées	29,2 %
Soins palliatifs	3,5 %
Maison de retraite	0,5 %
Traitement ambulatoire pur	5,6 %
Dialyse	0,2 %

A partir de ces résultats, on applique :

- les prix de journée moyens 1990 respectifs calculés dans le secteur public (hôpitaux publics + PSPH) pour les services de court séjour, moyen et long séjours et l'hospitalisation de jour. Ces prix fournis par le département statistique de la CNAMTS, sont réévalués en prix 91 à l'aide de l'indice de prix des dépenses hospitalières.
- En hospitalisation de semaine et en unité de soins palliatifs, on applique le prix de journée moyen du court séjour. Pour la dialyse, on utilise le prix moyen de l'hospitalisation de jour.

- Pour les soins infirmiers à domicile, les maisons de retraite avec ou sans section de cure médicale on utilise les forfaits soins plafond de 1991.
- Concernant les soins en ambulatoires, on a pris comme tarif unitaire journalier le prix d'une injection de l'ordre de 50 francs.

Dans l'hypothèse où l'HAD n'existe pas, et selon les différents tarifs cités ci-dessus, l'Assurance Maladie aurait dépensé plus d'un milliard de francs pour soigner ces différents patients sur l'année entière 1991.

◇ *Les dépenses réalisées en 1991 en HAD*

Il est impossible, à partir de l'enquête, de calculer le coût direct de l'HAD pour chacun des patients.

On peut cependant évaluer le montant de ces dépenses selon 3 hypothèses différentes:

- le prix de journée moyen en 1991 (550 francs) mais celui-ci ne tient pas compte de toutes les dépenses en HAD,
- le prix de journée de Santé Service à Puteaux (613 francs) qui exclut les séances de radiothérapie et l'alimentation diététique,
- le prix de journée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (900 francs) qui prend en charge, comme à l'hôpital l'ensemble des prestations. Cette hypothèse la plus haute permet d'affirmer si l'HAD engendre des économies pour l'organisme financeur.

Selon ces 3 hypothèses, le montant des dépenses en HAD en 1991 s'élève à environ 685 millions de francs (550 francs), 763 millions (613 francs) et 1,120 milliard de francs (900 francs).

2) *Résultats*

Quel que soit le prix de journée appliqué, l'hospitalisation à domicile apparaît comme un mode de prise en charge moins onéreux (graphique n° 18).

En extrapolant sur une année (correspondant à 1244 748 journées) et en utilisant comme prix moyen l'hypothèse la plus haute, on peut estimer que l'Assurance Maladie a économisé plus de 41 millions de francs. Cette économie s'élève à 477 millions de francs en 1991 si l'on applique le prix de journée moyen de l'HAD (550 francs) et à 399 millions de francs en utilisant celui de Santé Service (613 francs), un montant d'environ 10 fois supérieur dans les deux cas.

Dans ce modèle, le prix de journée moyen estimé en court séjour paraît sous-estimé. En effet, une grande partie des patients en HAD à qui on a attribué comme mode de substitution le court séjour, relève surtout des services de médecine spécialisée ou de chirurgie qui ont des prix de journée supérieurs à la moyenne du court séjour.

Tableaux n° 1 et 2
Economies réalisées par l'Assurance Maladie pour l'année 1991 grâce à L'HAD

Première hypothèse : les dépenses de substitution ont été calculées avec un prix de journée court séjour égal à 1 715 francs

Prix de journée - HAD	Journées réalisées en HAD-1991	Total dépenses en HAD 1991	Dépenses mode de substitution	Economie réalisée 1991
Moyen 550 frs	1 244 748	684 611 400	1 161 742 819	477 131 419
Santé Service 613 frs	1 244 748	763 030 524	1 161 742 819	398 712 295
A.P. Paris 900 frs	1 244 748	1 120 273 200	1 161 742 819	41 469 619

Deuxième hypothèse : les dépenses de substitution ont été calculées avec un prix de journée court séjour égal à 3 022 francs

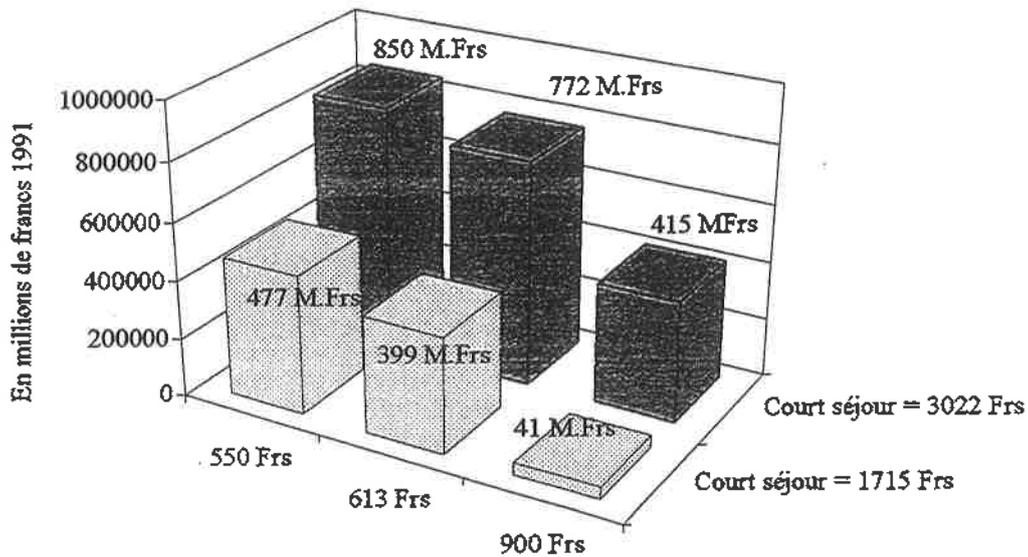
Prix de journée - HAD	Journées réalisées en HAD-1991	Total dépenses en HAD 1991	Dépenses mode de substitution	Economie réalisée 1991
Moyen 550 frs	1 244 748	684 611 400	1 535 084 922	850 473 522
Santé Service 613 frs	1 244 748	763 030 524	1 535 084 922	772 054 398
A.P. Paris 900 frs	1 244 748	1 120 273 200	1 535 084 922	414 811 722

En prenant comme références le prix de journée en médecine spécialisés de l'A.P.- Hôpitaux de Paris (3 022 francs en 1991) et le prix de journée en HAD de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, l'Assurance Maladie aurait dépensé environ 415 millions de francs supplémentaires si les patients n'avaient pu être pris en charge par l'HAD (graphique n° 18)

Il est clair que l'HAD permet de réaliser des économies importantes lorsque le mode de substitution est le court séjour; l'hôpital de jour ou de semaine et les soins palliatifs dont les prix de journée sont les plus élevés.

Pour les patients qui se retrouveraient en moyen séjour en cas d'absence d'HAD, l'économie réalisée est moindre. En utilisant le prix de journée moyen en HAD (550 francs), l'économie réalisée s'élève à trois millions de francs. Dans les autres cas de figures (substitut = long séjour, maison de retraite), l'HAD n'est plus une économie mais une dépense.

Graphique n° 18
Economies réalisées en 1991 par
l'Assurance Maladie en Millions de francs



L'hospitalisation à domicile contribue certainement à la diminution des dépenses hospitalières.

Au vu des pathologies prises en charge en HAD et des protocoles thérapeutiques appliqués, il serait bon d'affiner les résultats en comparant les coûts par pathologie engendrés à l'hôpital et en HAD. Comme nous l'avons déjà souligné, l'HAD intervient à certains moments de l'évolution de la maladie. C'est pourquoi, il serait intéressant de suivre une cohorte d'individus afin de déterminer leur circuit parmi les différents modes de prise en charge successifs et de calculer les coûts correspondants.

L'intérêt médical et humain de l'hospitalisation à domicile a déjà été prouvé. Si le débat portait ces dernières années sur l'intérêt financier éventuel de l'HAD, il n'a plus lieu d'être aujourd'hui : des études montrent que l'hospitalisation à domicile contribue à la diminution des dépenses hospitalières.

Cependant, il ne faut pas omettre la nécessité du concours de l'entourage dans la prise en charge d'un patient à domicile induisant un grand nombre de coût indirect, comme l'a pu analyser Martine Bungener.

CONCLUSION

L'objectif de l'hospitalisation à domicile est d'abrèger le séjour du patient en milieu hospitalier afin de hâter son retour à son domicile.

Mais la stagnation de l'HAD ces dernières années traduit probablement l'indécision concernant son rôle et certainement le doute sur l'intérêt économique de la formule.

En 1993, l'intérêt humain et médical de l'hospitalisation à domicile n'est plus à démontrer. L'HAD requiert 90 % de patients très satisfaits et satisfaits et 91 % d'entre eux sont prêts à refaire cette expérience. Les avantages ressentis par les patients et leur entourage sont nombreux.

Cependant, l'hospitalisation à domicile est basée sur la présence d'un entourage qui peut parfois ou à certains moments de la maladie ressentir plus d'inconvénients que d'avantages inhérents à ce mode de prise en charge. Il est clair que cette formule de soins ne doit pas être imposée au patient et à sa famille.

Contrairement à certaines idées reçues, ce mode de prise charge reste ouvert à tous milieux sociaux, constatation qui ne peut qu'aider au développement de l'hospitalisation à domicile.

L'argument économique qui faisait encore hésiter à développer ce mode de prise en charge doit être reconsidéré. Certaines études ont démontré que l'HAD reste moins onéreux que l'hospitalisation traditionnelle. Sur le plan national, si l'hospitalisation à domicile occupe encore une place très marginale, elle contribue certainement à la diminution des dépenses hospitalières. Il ne faut cependant pas omettre la présence de coûts indirects importants par la nécessité du concours de l'entourage du patient.

Malgré cela, l'hospitalisation à domicile réunit certains freins à la fois du côté de la demande que de l'offre.

Ces freins sont probablement plus importants du côté de l'offre, l'HAD devant faire face à un hospitalo-centrisme persistant, véritable handicap dans le fonctionnement même de l'hospitalisation à domicile. Le lit reste une référence d'activité et donc de mesure de taille d'un service. Ainsi, le système de soins est en quelque sorte dévié : on remplit d'abord les lits à l'hôpital et ensuite les places en HAD

Pourtant, selon les directeurs des différentes structures d'HAD, l'avenir de l'hospitalisation à domicile semble plus optimiste en 1993 par rapport aux années précédentes. Ce souffle d'optimisme se ressent surtout du côté du secteur public qui a connu une période très difficile dans les années 80. Un premier effort a été fait avec les décrets d'octobre 1992, reconnaissant officiellement l'HAD comme une véritable alternative à l'hospitalisation classique et permettant la prescription par les médecins libéraux de ce mode de prise en charge. Il semble que la volonté politique doit s'exprimer pour faciliter le développement de l'hospitalisation à domicile.

De plus, l'évolution des technologies ouvre des possibilités nouvelles de traitement hautement spécialisé.

Parallèlement, les besoins en hospitalisation à domicile ne sont pas satisfaits. Des besoins dans le secteur privé à but non lucratif, des besoins en soins palliatifs, des besoins dans les zones géographiques rurales, des demandes d'hôpitaux non satisfaites devraient garantir à l'hospitalisation à domicile un avenir meilleur que les années passées.

Laure Com-ruelle et Nadine Raffy tiennent à remercier l'ensemble des médecins hospitaliers, les médecins libéraux et les gestionnaires des différentes structures d'HAD qui ont bien voulu les recevoir dans leur cabinet ou leur établissement et leur consacrer de leur temps en répondant aux questions posés sur l'HAD :

Mesdames et Messieurs les médecins hospitaliers :

Docteur AEBI, Clinique chirurgicale et obstétricale Saint-Louis à Rodez - AVEYRON

Docteur AUCOUTURIER, Clinique du bas de Grange à Vierzon - CHER

Docteur BELLAICH, Clinique du Montmesly à Créteil - VAL-DE-MARNE

Docteur BOACHON, Hôpital Saint-Joseph à Lyon - RHONE

Docteur CHABROL, C.H.G. Dujarric de la Rivière à Périgueux - DORDOGNE

Docteur CHIAPPOUNI, Clinique gynéco-obstétricale à Clermont-Ferrand - PUY-DE-DOME

Docteur DESPRETZ, Centre hospitalier de secteur à Carhaix -Plouguer- FINISTERE

Docteur ESTERNIE, Centre Hospitalier Général de Gap - HAUTES-ALPES

Professeur FISHER, Hôpital neurologique et neuro-chirurgical P.Wertheimer à Lyon - RHONE

Professeur FRANCO, Hôpital de la Tronche , CHU de Grenoble - ISERE

Docteur JOFFE, Hôpital communal de Puteaux -HAUTS-DE-SEINE

Professeur LE PRISE, C.H.R.U. de Rennes - ILLE-ET-VILAINE

Docteur MALIAKAS, Clinique de la Dhuis à Bagnolet -SEINE-SAINT-DENIS

Docteur MARTY, Centre Hospitalier Général "Antoine Gayraud" à Carcassonne - AUDE

Docteur MEKENSTOCK, Centre Hospitalier M. Berthelot à Courbevoie - HAUTS-DE-SEINE

Docteur MESSING, Hôpital Saint-Lazare de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - PARIS

Docteur POULAIN, Institut Gustave Roussy à Villejuif- VAL-DE-MARNE

Professeur RICOUR, Hôpital Necker de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.- PARIS

Docteur ROZIER, Clinique du parc des sports à Aurillac -CANTAL

Docteur RUFFIE, Institut Gustave Roussy à Villejuif - VAL-DE-MARNE

Professeur SCHRAUB, Hôpital Jean Minjoz, CHRU de Besançon - DOUBS

Mesdames et Messieurs les médecins libéraux :

Docteur ABDELGELIL, à Carcassonne - AUDE

Docteur ARBAULT, à Créteil - VAL-DE-MARNE

Docteur BLANCHET, à Gap - HAUTES-ALPES

Docteur CAMUS, à Vierzon - CHER

Docteur CHRIQUI, à Courbevoie - HAUTS-DE-SEINE

Docteur DARGANCE, à Rodez - AVEYRON

Docteur DELVERT GUERET, à Saint Germain Les Corbeil - ESSONNE

Docteur DREYER, à Vierzon - CHER

Docteur GUMBERGUES, à Clermont Ferrand- PUY-DE-DOME

Docteur GUINCHARD, à Besançon - DOUBS

Docteur KARSENTI - PARIS 8^{ème}

Docteur LE MAD, à Carhaix-Plouguer - FINISTERE

Docteur MALVEZIN, à Aurillac - CANTAL

Docteur METZGEN, à Bagnole - SEINE-SAINT-DENIS

Docteur POPESCU, à Villejuif - VAL-DE-MARNE

Docteur REY, à Grenoble - ISERE

Docteur SAUMADE, à Périgueux - DORDOGNE

Docteur THULAM, à Puteaux - HAUTS-DE-SEINE

Docteur ZABOT, à Lyon - RHONE

Mesdames et Messieurs les gestionnaires des structures d'HAD :

Madame **BRELIVET**, Centre hospitalier de secteur à Carhaix - FINISTERE

Madame **BURON**, Hôpital à domicile à Bagnolet - SEINE-SAINT-DENIS

Monsieur **CALASSOU**, HAD USDMA à Rodez - AVEYRON

Madame **CANDOTTI**, Santé Service à Puteaux - HAUTS-DE-SEINE

Monsieur **GARCIA**, Santé Service Dax - LANDES

Madame **GUYOT**, C.H.R.U. de Grenoble - ISERE

Mademoiselle **FISHER**, HAD Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.- PARIS

Docteur **GOLDBERG**, Santé Service à Puteaux - HAUTS DE SEINE

Docteur **LAGABRIELLE**, C.H.R.U. de Grenoble - ISERE

Madame **MARTY**, Centre hospitalier d'Aurillac - CANTAL

Docteur **MARMET**, HAD USDMA à Rodez - AVEYRON)

Docteur **PATTE**, HAD Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.- PARIS

Madame **RODRIGUEZ**, HAD Assistance Publique de Paris.- PARIS

Madame **SACHET**, Service HAD à Courbevoie - HAUTS-DE-SEINE

Madame **SICHI**, HAD USDMA à Rodez - AVEYRON

Madame **VIENNOIS**, Soins et Santé à Caluire - RHONE

**Mesdames et Messieurs les gestionnaires et Médecins Conseils
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie**

CRAM de Lyon : P. FERRAND, P. FROQUET, Dr GUILLOT, J. HUILLIER, M. MINGOUTAUD,

CRAM de Marseille : Dr DUPORT, M. MARECHAL

CRAM de Paris : M. EHRHARD, Dr MORINEAU, Dr ZAKIA

CRAM de Rennes : M. HUMBERG, Dr NOURY,

*Les auteurs tiennent à remercier également
l'ensemble des directeurs de structures d'HAD qu'ils n'ont pas rencontrés sur place,
mais qui leur ont apporté un grand nombre d'informations par téléphone.*

ANNEXE 1

Questionnaire patient : satisfaction du patient hospitalisé à domicile et de l'entourage

Enquête sur l'Hospitalisation A Domicile (H.A.D.) - 1992
Questionnaire Patient

Nom et adresse du Service Central de la structure d'H.A.D. :

Nom et adresse de l'unité de soins :

Nom, fonction et n° de téléphone de la personne ayant répondu au questionnaire :

N° Enq :	_ _	N° Quest :	_ _	_ _	_ _ _
			<i>Centre</i>	<i>U.S.</i>	<i>Patient</i>
Date de renvoi du questionnaire au CREDES :	_ _	_ _	1 9 9 2		
	<i>Jour</i>	<i>Mois</i>			

■ **SATISFACTION DU PATIENT HOSPITALISE A DOMICILE ET DE L'ENTOURAGE**

SATISFACTION DU PATIENT HOSPITALISE A DOMICILE ET DE L'ENTOURAGE

40. L'HOSPITALISATION A DOMICILE EST-ELLE UNE DEMANDE DIRECTE DU PATIENT OU DE SA FAMILLE ?

₁ Oui

₂ Non

41. CETTE DECISION A T-ELLE ETE PROPOSEE AU PATIENT ET A SA FAMILLE ?

₁ Oui

₂ Non

42. LE PATIENT ET SA FAMILLE ETAIENT-ILS FAVORABLES A L'HAD ?

₁ Avant l'hospitalisation à domicile du patient :

₁ Oui, préciser pourquoi :

₂ Non, préciser pourquoi :

₂ Au jour de l'enquête :

₁ Oui

₂ Non

43. QUELS INCONVENIENTS SONT-ILS RESSENTIS LORS DE L'H.A.D. ? (plusieurs réponses possibles) :

43.1. Ressentis par le patient hospitalisé ?

₁ Dépendance vis à vis de l'entourage

₂ Souffrance physique

₃ Immobilité

₄ Frais supplémentaires à la charge du patient

₅ Quantité insuffisante du personnel

₆ Peur de la présence de personnes étrangères au domicile

₇ Peur de la solitude au domicile

₈ Autre, (préciser en clair) :

43.2. Ressentis par l'entourage du patient ?

₁ Les plaintes physiques et psychologiques du patient (souffrance du patient)

₂ Le comportement ou l'humeur du patient

₃ L'obligation de présence de l'entourage auprès du patient

₄ Surcharge du travail domestique

₅ Fatigues et angoisses induites

₆ Suppressions de loisirs ou vacances

₇ Frais supplémentaires à charge de l'entourage

₈ Peur de la présence de personnes étrangères au domicile du patient

₉ Autre, (préciser en clair) :

SATISFACTION DU PATIENT (suite)**44. QUELS AVANTAGES SONT RESSENTIS LORS DE L'H.A.D. ?****44.1. Ressentis par le patient hospitalisé ?**

- 1 Mieux être chez soi
- 2 Présence de l'entourage
- 3 Plus de visites
- 4 Libre organisation de son temps
- 5 Frais supplémentaires moindres
- 6 Qualité et compétence du personnel médical et paramédical
- 7 Relation privilégiée avec son médecin traitant
- 8 Autre, (*préciser en clair*) :

44.2. Ressentis par l'entourage du patient ?

- 1 Comportement meilleur du patient à domicile
- 2 Gain de temps (évite les déplacements à l'hôpital)
- 3 Fatigue moindre
- 4 Frais supplémentaires moindres
- 8 Autre, (*préciser en clair*) :

45. LE PATIENT EST-IL SATISFAIT DE SA PRISE EN CHARGE EN H.A.D. ?

- 1 Très satisfait
- 2 Satisfait
- 3 Moyennement satisfait
- 4 Peu satisfait
- 5 Non satisfait
- 6 Pas du tout satisfait

46. SI VOUS DEVIEZ RECOMMENCER CETTE EXPERIENCE, LE REFERIEZ-VOUS ?

- 1 Oui
- 2 Non

47. PENSEZ-VOUS QU'IL FAILLE DEVELOPPER CE TYPE DE PRISE EN CHARGE (H.A.D.) ?

- 1 Oui
- 2 Non

ANNEXE 2

La réforme hospitalière de 1970

LOIS

LOI n° 70-1318 du 31 décembre 1970
portant réforme hospitalière (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.

La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part.

CHAPITRE I^{er}

Du service public hospitalier.

SECTION I.

Dispositions générales.

Art. 2. — Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.

De plus, le service public hospitalier :

Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ;

Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ;

Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

Art. 3. — Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi.

Loi n° 70-1318. TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Sénat :

Projet de loi n° 365 (1969-1970) ;
Rapport de M. Blanchet, au nom de la commission des affaires sociales, n° 40 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 4 novembre 1970.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 1430 ;
Rapport de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1481) ;
Discussion les 3 et 4 décembre 1970 ;
Adoption le 4 décembre 1970.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 85 (1970-1971) ;
Rapport de M. Blanchet, au nom de la commission des affaires sociales, n° 91 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 14 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 1541 ;
Rapport de M. Peyret, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1545) ;
Discussion et adoption le 16 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Rapport de M. Peyret, au nom de la commission mixte paritaire (n° 1558) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale ;
Rapport de M. Blanchet, au nom de la commission mixte paritaire, n° 136 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

Art. 4. — Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :

1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Les centres hospitaliers comportent :

a) Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale et obstétricale courante ;

b) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;

c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement.

2° Centres de convalescence, cure ou réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

Certains de ces établissements ou unités d'hospitalisation, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.

Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.

Le classement des établissements est déterminé par arrêté du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire.

Art. 5. — Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs d'action sanitaire.

Les établissements qui assurent le service public hospitalier dans un même secteur d'action sanitaire forment un groupement interhospitalier de secteur.

Dans chaque région, le centre hospitalier régional et les autres établissements qui assurent le service public hospitalier forment un groupement interhospitalier régional.

Les établissements qui forment un groupement interhospitalier de secteur peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier de secteur. Les établissements qui forment un groupement interhospitalier régional peuvent demander la création d'un syndicat interhospitalier régional.

SECTION II

Des groupements interhospitaliers
et des syndicats interhospitaliers.

Art. 6. — Les groupements interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi ne sont pas dotés de la personnalité morale.

Ils sont dotés d'un conseil chargé d'assurer la coopération entre les établissements qui en font partie.

Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur ou de région sont obligatoirement consultés au cours de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire prévue à l'article 44 ainsi que sur les programmes de travaux et sur l'installation d'équipements matériels lourds mentionnés à l'article 46 de la présente loi.

Les conseils de ces groupements proposent la création de services communs, soit dans le cadre des dispositions de l'article 8, soit par voie de convention bilatérale entre établissements.

Art. 7. — Les conseils des groupements interhospitaliers de secteur sont composés de représentants de chacun des établissements, compte tenu de l'importance de ces derniers. Ils élisent leur président parmi leurs membres.

Les conseils des groupements interhospitaliers de région sont composés de représentants de chacun des groupements interhospitaliers de secteur, compte tenu de l'importance de chacun. Ils élisent leur président parmi leurs membres.

Aucun des établissements membres d'un groupement interhospitalier de secteur ou de région ne peut détenir la majorité absolue des sièges du conseil de ce groupement.

Le directeur et le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements membres d'un groupement interhospitalier assistent aux réunions du conseil de ce groupement avec voix consultative.

Art. 8. — Les syndicats interhospitaliers prévus à l'article 5 de la présente loi sont des établissements publics dont la création est autorisée par arrêté préfectoral.

Un syndicat interhospitalier peut être créé dans un secteur d'action sanitaire entre deux ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande de ces établissements.

Un syndicat interhospitalier peut être créé dans une région d'action sanitaire entre le ou les centres hospitaliers régionaux et soit un ou plusieurs syndicats interhospitaliers de secteur, soit un ou plusieurs établissements assurant le service public hospitalier, sur demande des organismes intéressés.

Tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier du secteur auquel il appartient. Tout syndicat interhospitalier de secteur et tout établissement assurant le service public hospitalier est admis, sur sa demande, à faire partie du syndicat interhospitalier de la région à laquelle il appartient.

Art. 9. — Les syndicats interhospitaliers sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations dudit conseil, par un secrétaire général nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.

Le conseil est composé de représentants de chacun des établissements qui en font partie compte tenu de l'importance de ces établissements, aucun de ceux-ci ne pouvant détenir la majorité absolue des sièges du conseil. Il élit son président parmi ses membres. Le président de la commission médicale consultative de chacun des établissements et un représentant des pharmaciens de l'ensemble des établissements faisant partie du syndicat interhospitalier sont membres de droit du conseil d'administration. Le directeur de chacun des établissements assiste au conseil d'administration avec voix consultative.

Art. 10. — Les syndicats interhospitaliers de secteur et les syndicats interhospitaliers régionaux peuvent exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment :

- 1° La création et la gestion de services communs ;
- 2° La formation et le perfectionnement de tout ou partie du personnel ;
- 3° L'étude et la réalisation de travaux d'équipement ;
- 4° La centralisation de tout ou partie des ressources d'amortissement en vue de leur affectation soit au financement de travaux d'équipement entrepris, soit au service d'emprunts contractés pour le compte desdits établissements ;

5° La gestion de la trésorerie ainsi que des emprunts contractés et des subventions d'équipements obtenues par ces établissements ;

6° La création et la gestion de nouvelles installations nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires du secteur ou de la région, dans le cadre de la carte sanitaire.

Les attributions du syndicat sont définies par des délibérations concordantes des conseils d'administration des établissements qui en font partie.

Art. 11. — Sous réserve des dispositions des articles 8 et 9, les articles 20, 21, 22 et 25 de la présente loi sont applicables aux syndicats interhospitaliers.

Un décret fixera les conditions de l'application de l'article 24 de la présente loi à ces établissements.

Art. 12. — Les établissements qui font partie d'un syndicat interhospitalier peuvent faire apport à ce syndicat de tout ou partie de leurs installations sous réserve d'y être autorisés par arrêté préfectoral. Cet arrêté prononce en tant que de besoin le transfert du patrimoine de l'établissement au syndicat interhospitalier.

Après transfert des installations, les services qui s'y trouvent implantés sont gérés directement par le syndicat.

Art. 13. — Lorsque tous les établissements faisant partie d'un groupement interhospitalier de secteur adhèrent au syndicat interhospitalier créé dans ce secteur, le conseil du groupement est automatiquement dissous et ses attributions sont transférées de plein droit au conseil d'administration du syndicat.

Il en va de même pour le conseil d'un groupement interhospitalier régional lorsque tous les établissements qui en font partie adhèrent soit directement, soit par l'intermédiaire d'un syndicat interhospitalier de secteur, au syndicat interhospitalier régional.

Art. 14. — Les établissements sanitaires qui ne comportent pas de moyens d'hospitalisation peuvent, lorsqu'ils sont gérés par une collectivité publique ou une institution privée, faire partie d'un groupement interhospitalier ou d'un syndicat interhospitalier.

Dans le cas où ils ne sont pas dotés de la personnalité morale, la demande est présentée par la collectivité publique ou l'institution à caractère privé dont ils relèvent.

L'autorisation est accordée par arrêté préfectoral, sur avis conforme du conseil du groupement ou du conseil d'administration du syndicat intéressé.

Art. 15. — Un établissement peut se retirer d'un syndicat interhospitalier avec le consentement du conseil d'administration de ce syndicat. Celui-ci fixe en accord avec le conseil d'administration de l'établissement intéressé les conditions dans lesquelles s'opère le retrait.

Les conseils d'administration de tous les établissements qui composent le syndicat sont consultés. La décision est prise par arrêté préfectoral.

SECTION III

De la participation du service public hospitalier à l'enseignement médical, pharmaceutique et odontologique.

Art. 16. — Dans le cadre des dispositions de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958, les unités d'enseignement et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques ou, au cas où elles n'ont pas la personnalité morale, les universités qui agissent en leur nom, et les centres hospitaliers régionaux peuvent conclure conjointement des conventions avec les syndicats interhospitaliers ou avec des établissements du groupement interhospitalier s'ils ne font pas partie du syndicat interhospitalier.

Art. 17. — Lorsque l'association d'un ou plusieurs services d'un établissement hospitalier public ou d'un autre organisme public aux missions d'un centre hospitalier et universitaire définies à l'article 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 s'avère indispensable, et que cet établissement ou organisme refuse de conclure une convention en application de l'article 6 de ladite ordonnance, il peut être mis en demeure de le faire par décision conjointe du ministre chargé de la santé publique et du ministre de l'éducation nationale.

Cette décision impartit un délai pour la conclusion de la convention; passé ce délai, les mesures nécessaires peuvent être imposées à l'établissement ou à l'organisme par décret en Conseil d'Etat.

Art. 18. — Pour chaque centre hospitalier et universitaire, il est créé un comité de coordination hospitalo-universitaire où siègent notamment des représentants du centre hospitalier régional, des représentants des unités d'enseignement et de recherche médicales, odontologiques et pharmaceutiques et, le cas échéant, des syndicats interhospitaliers de secteur et des établissements assurant le service public hospitalier qui ont conclu les conventions prévues à l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958.

Un décret fixe les conditions d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination et les cas où son avis est requis.

Ce comité est obligatoirement consulté sur le choix des priorités en matière d'équipement hospitalier et universitaire.

Les conventions visées à l'article 16 entre les établissements hospitaliers et les unités d'enseignement et de recherche médico-pharmaceutiques et odontologiques ne pourront être conclues qu'après avis favorable de ce comité.

Art. 19. — Dans le ressort d'une même académie, deux ou plusieurs centres hospitaliers régionaux ont la possibilité de passer convention avec la ou les unités d'enseignement et de recherche médicales de cette académie, pour la constitution d'un centre hospitalier et universitaire unique, dans le cadre des dispositions des articles premier et 2 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et du décret n° 70-709 du 5 août 1970.

CHAPITRE II

Des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 20. — Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux, ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Ils sont administrés par un conseil d'administration et, dans le cadre des délibérations mentionnées à l'article 22, par un directeur nommé par le ministre chargé de la santé publique, après avis du président du conseil d'administration.

Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics sont soumis à la tutelle de l'Etat. Des normes d'équipement et de fonctionnement sont déterminées par décret.

Art. 21. — Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, du personnel titulaire n'appartenant pas au corps médical et des personnes qualifiées dont, obligatoirement, un médecin non hospitalier.

Les modalités de désignation ou d'élection des membres de chacune des catégories sont fixées par voie réglementaire, de même que le mode de représentation au sein du conseil d'administration des collectivités autres que celles dont relève l'établissement. Toutefois, le président de la commission médicale consultative et, pour les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement.

La présidence du conseil d'administration des établissements départementaux et des établissements communaux est assurée respectivement soit par le président du conseil général, soit par le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire.

Toutefois, le président du conseil général, le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire ne peuvent pas être membre du conseil d'administration d'un établissement :

1° Si eux-mêmes, leur conjoint, leurs ascendants ou descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé ;

2° S'ils sont fournisseurs de biens ou de services, preneurs de baux à ferme ou agents salariés de l'établissement.

Au cas où il est fait application des dispositions des deux alinéas ci-dessus, le conseil général ou le conseil municipal élit un suppléant.

En cas d'empêchement, le président du conseil général ou le maire peut déléguer, à un autre membre de l'assemblée dont il est membre, ses fonctions de président de droit du conseil d'administration de l'établissement.

Le président de la commission médicale consultative, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont frappés des incompatibilités prévues au présent article à l'exception de celles s'appliquant aux agents salariés de l'établissement.

Art. 22. — Le conseil d'administration délibère sur :

- 1° Le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;
- 2° Les propositions de prix de journée ;
- 3° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation; les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;
- 4° Les emprunts ;
- 5° Le plan directeur ainsi que les projets de travaux de construction, grosses réparations et démolitions ;
- 6° Le règlement intérieur ;
- 7° Les conventions passées en application de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 et de l'article 43 de la présente loi ;
- 8° Les créations, suppressions et transformations de services, et notamment la création de services de clinique ouverte ;
- 9° Les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires ;
- 10° Le tableau des effectifs du personnel, à l'exception des catégories de personnels qui sont régies par l'ordonnance précitée du 30 décembre 1958 et les textes subséquents ;
- 11° L'affiliation de l'établissement à un syndicat interhospitalier ;
- 12° L'acceptation et le refus des dons et legs ;
- 13° Les actions judiciaires et les transactions.

Les délibérations prévues aux 1° à 11° sont soumises à approbation. L'autorité de tutelle peut réduire ou supprimer les prévisions de dépenses qui paraîtraient abusives ou augmenter celles qui sembleraient insuffisantes. Les délibérations sont réputées approuvées si l'autorité de tutelle n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trente jours à compter de leur réception.

Le directeur est chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration. Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées ci-dessus et doit tenir régulièrement le conseil d'administration informé de la marche générale des services et de la gestion de l'établissement.

Art. 23. — Dans le délai de un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les conditions d'assouplissement de la gestion administrative et financière des établissements d'hospitalisation publics.

Ce décret déterminera également les conditions dans lesquelles les établissements d'hospitalisation publics pourront, à titre exceptionnel, financer leurs équipements en recourant à des emprunts au taux normal du marché.

Il déterminera également les modalités d'association des chefs de service des établissements d'hospitalisation publics à la gestion de leur service et aux responsabilités qui en découlent.

Il prendra toutes mesures de nature à assurer une harmonisation du remboursement des actes médicaux, quel que soit le secteur, public ou privé, auquel appartient l'établissement dans lequel ils sont effectués et compte tenu des charges inhérentes à chacun de ces secteurs.

Art. 24. — Dans chaque établissement public d'hospitalisation, il est institué :

Une commission médicale consultative, qui est obligatoirement consultée sur le budget, les comptes et sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux ;

Un comité technique paritaire, qui est obligatoirement consulté sur l'organisation du fonctionnement des services et notamment sur les conditions de travail dans l'établissement.

Art. 25. — Le personnel des établissements d'hospitalisation publics comprend :

1° Des agents titulaires ou stagiaires, y compris les pharmaciens à temps plein, soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique ;

2° A titre exceptionnel ou temporaire, des agents contractuels ;

3° Des médecins, des biologistes, des pharmaciens et des odontologistes dont les statuts sont différents selon qu'ils consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements.

Dans un délai de un an à dater de la promulgation de la présente loi, un décret fixera le statut de tous les membres du personnel médical qui exercent leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics.

Ce statut déterminera les titres, fonctions et rémunérations des intéressés, leurs conditions d'exercice, leurs conditions de promotion, les mesures transitoires et un régime de protection sociale complémentaire.

En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la nomination des intéressés peut, sauf démission, être remise en cause dans les six mois qui précèdent l'expiration de chacune des périodes quinquennales d'exercice.

Le conseil d'administration de l'établissement, agissant de sa propre initiative ou à la demande du médecin inspecteur régional de la santé, après audition de l'intéressé et avis de la commission médicale consultative, demande au préfet du département, par une délibération motivée, de mettre fin aux fonctions de l'intéressé.

Le préfet statue dans les trois mois de la saisine, sur avis conforme d'une commission paritaire régionale, dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

L'intéressé ou le médecin inspecteur régional de la santé peut exercer un recours à l'encontre de cette décision dans les deux mois de la notification qui leur en est faite, devant une commission nationale paritaire dont la composition sera fixée par décret en Conseil d'Etat.

Cette commission doit statuer dans les trois mois de sa saisine après audition des intéressés ou de leurs représentants.

Ces dispositions ne seront applicables qu'aux personnels nommés postérieurement à la promulgation de la présente loi.

Art. 26. — Les personnels médicaux des établissements nationaux de bienfaisance à caractère hospitalier situés dans une ville siège d'unités d'enseignement et de recherches médicales pourront être intégrés dans un des corps de personnel hospitalo-universitaire des centres hospitaliers et universitaires, suivant les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Art. 27. — Des dispositions réglementaires déterminent les conditions dans lesquelles, sous l'autorité des chefs de service, les médecins traitants et sages-femmes peuvent être admis dans les divers services d'hospitalisation publics.

Ces praticiens seront tenus informés des soins qui auront été dispensés aux malades dont ils ont prescrit l'hospitalisation.

Art. 28. — Les établissements d'hospitalisation publics sont tenus de communiquer le dossier des malades hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades.

Un décret pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins précisera les conditions d'application des dispositions ci-dessus.

Art. 29. — L'article L. 578 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 578. — Sauf cas de nécessité urgente, l'activité des pharmaciens prévue à l'article L. 577 est limitée à l'usage particulier intérieur de l'établissement hospitalier dont elles relèvent.

« Toutefois, le préfet, après avis du chef de service régional de l'action sanitaire et sociale, peut autoriser un établissement hospitalier public à assurer, par l'intermédiaire de la pharmacie dont il est propriétaire, l'approvisionnement en médicaments d'autres pharmacies d'établissements d'hospitalisation publics ou d'établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier dans les conditions prévues à l'article 41 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.

« Exceptionnellement, en cas de nécessité, le préfet, après avis du chef de service régional, de l'action sanitaire et sociale,

peut autoriser, pour une période déterminée, les établissements hospitaliers publics à vendre des médicaments au prix du tarif pharmaceutique lorsqu'il n'y a pas d'autres sources de distribution possible. »

Art. 30. — A titre provisoire, les établissements d'hospitalisation publics peuvent continuer à gérer les services créés avant la promulgation de la présente loi qui ne répondent pas à la mission du service public hospitalier défini à l'article 2 ci-dessus.

CHAPITRE III

Des établissements privés.

SECTION I

Dispositions générales.

Art. 31. — Sont soumises à autorisation :

1° La création et l'extension de tout établissement sanitaire privé comportant des moyens d'hospitalisation ;

2° L'installation, dans tout établissement privé contribuant aux soins médicaux et comportant ou non des moyens d'hospitalisation, d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.

Le refus d'autorisation devra être motivé.

Art. 32. — L'autorisation prévue à l'article 31 ci-dessus est donnée avant le début des travaux ou l'installation de l'équipement matériel.

Elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner et, sauf mention contraire, autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux par application de l'article L. 272 du code de la sécurité sociale.

Art. 33. — L'autorisation est accordée si l'opération envisagée :

1° Répond aux besoins de la population, tels qu'ils résultent de la carte prévue à l'article 44, ou appréciés, à titre dérogatoire, selon les modalités définies au premier alinéa dudit article ;

2° Est conforme aux normes, définies par décret, et est assortie de l'engagement de respecter la réglementation relative à la qualification des personnels.

En aucun cas, l'autorisation ne pourra être accordée aussi longtemps que, pour la zone donnée, les besoins ainsi définis demeureront satisfaits.

L'autorisation peut être subordonnée à des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique ou à l'engagement pris par les demandeurs de conclure un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier ou un accord d'association au fonctionnement de celui-ci selon les modalités prévues aux articles 42 et 43 de la présente loi.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être refusée lorsque le prix prévu est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, eu égard aux normes fixées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 34. — L'autorisation visée à l'article 31 ci-dessus est donnée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale de l'hospitalisation. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé publique, qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis d'une commission nationale de l'hospitalisation.

Pour certains établissements, catégories ou groupes d'établissements répondant à des besoins nationaux ou plurirégionaux dont la liste est fixée par décret, l'autorisation relève du ministre, après avis de la commission nationale.

Dans chaque cas, la décision du ministre ou du préfet de région est notifiée au demandeur dans un délai maximum de six mois suivant la date de dépôt de la demande. A défaut de décision dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

Les commissions régionales et la commission nationale de l'hospitalisation sont présidées par un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire et comprennent des représentants des syndicats médicaux et des représentants, en nombre égal, du ministre chargé de la santé publique, des caisses d'assurance maladie, des établissements qui assurent le service public hospitalier et des établissements d'hospitalisation privés.

Art. 35. — L'autorisation visée à l'article 31 est délivrée à une personne physique ou morale. Elle ne peut être cédée avant le commencement des travaux.

Art. 36. — Lorsque les prescriptions de l'article 33 ci-dessus cessent d'être respectées, ou lorsque sont constatées, dans l'établissement et du fait de celui-ci, des infractions aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique entraînant la responsabilité civile de l'établissement ou la responsabilité pénale de ses dirigeants, l'autorisation de fonctionner peut être soit suspendue, soit retirée. Sous réserve des dispositions prévues à l'article 37, cette suspension ou ce retrait ne peut intervenir qu'après un délai de un mois suivant une mise en demeure adressée par le préfet de région.

Lorsque les normes sont modifiées, les établissements sont tenus de se conformer aux nouvelles normes dans un délai déterminé par décret ; ce délai court à compter de la mise en demeure qui leur est adressée.

L'autorisation de dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux peut être retirée lorsque le prix pratiqué est manifestement hors de proportion avec les conditions de fonctionnement du service, au sens de l'article 33.

Les mesures de suspension ou de retrait sont prises selon les modalités prévues à l'article 34 ci-dessus. Elles ne font pas obstacle à d'éventuelles poursuites judiciaires.

Art. 37. — En cas d'urgence, tenant à la sécurité des malades, le préfet peut prononcer la suspension de l'autorisation de fonctionner. Dans le délai de un mois de cette décision, le préfet doit saisir la commission régionale d'hospitalisation qui, dans les deux mois de la saisine, confirme ou infirme la mesure prise par le préfet.

Art. 38. — Toute personne qui ouvre ou gère un établissement sanitaire privé ou installe dans un établissement privé concourant aux soins médicaux des équipements matériels lourds en infraction aux dispositions des articles 31 et 33 ci-dessus est passible d'une amende de 5.000 à 30.000 F.

Est passible de la même peine toute personne qui passe outre à la suspension ou au retrait d'autorisation prévus aux articles 36 et 37 ci-dessus.

En cas de récidive, la peine prévue au présent article est portée au double et peut être assortie de la confiscation des équipements installés sans autorisation.

Art. 39. — La comptabilité des établissements d'hospitalisation privés doit être mise, sur demande, à la disposition exclusive de l'administration habilitée à donner son accord sur la détermination du prix de journée.

SECTION II

Des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier et de l'association des autres établissements d'hospitalisation privés au fonctionnement dudit service.

Art. 40. — Les établissements d'hospitalisation privés participent dans les conditions prévues aux articles 41 et 42 ci-après, sur leur demande ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier, sous réserve qu'ils s'engagent à respecter les obligations de service imposées aux établissements d'hospitalisation publics de même nature par les dispositions des articles 2 et 3 de la présente loi.

Les établissements d'hospitalisation privés assurant l'exécution du service public hospitalier sont assimilés aux établissements publics en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

Les dispositions de l'article 28 sont applicables à ces établissements.

La liste des établissements qui remplissent les conditions prévues au présent article est établie par décret.

Art. 41. — Les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif sont admis à participer, sur leur demande, ou sur celle de la personne morale dont ils dépendent, à l'exécution du service public hospitalier.

Ils font partie de plein droit des groupements interhospitaliers et, sur leur demande, des syndicats interhospitaliers.

Leurs dépenses de fonctionnement doivent être couvertes dans les mêmes conditions que celles des établissements d'hospitalisation publics.

Ils bénéficient pour leur équipement des avantages prévus pour les établissements d'hospitalisation publics.

Ils peuvent faire appel à des praticiens qui demeurent régis par les statuts du personnel médical des établissements d'hospitalisation publics.

Art. 42. — Les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés à l'article 41, peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

Ces contrats comportent :

1° De la part de l'Etat, l'engagement de n'autoriser ou de n'admettre, dans une zone et pendant une période déterminée, la création ou l'extension d'aucun autre établissement ou service d'hospitalisation de même nature aussi longtemps que les besoins déterminés par la carte sanitaire demeurent satisfaits ;

2° De la part du concessionnaire, l'engagement de satisfaire aux obligations définies à l'article 40 ci-dessus. L'établissement concessionnaire conserve son individualité et son statut propre pour tout ce qui concerne sa gestion.

Ces contrats sont approuvés selon les modalités prévues à l'article 34 ci-dessus.

Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.

Art. 43. — Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement d'hospitalisation public, soit avec un syndicat interhospitalier, des accords en vue de leur association au fonctionnement du service public hospitalier, à condition d'avoir passé convention avec des organismes de sécurité sociale.

Ils peuvent alors demander à bénéficier des services communs gérés par le syndicat interhospitalier du secteur sur lequel ils sont implantés. L'autorisation est accordée selon les modalités prévues à l'article 14 ci-dessus.

CHAPITRE IV

De l'équipement sanitaire.

Art. 44. — Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale arrête, sur avis de commissions régionales et d'une commission nationale de l'équipement sanitaire, la carte sanitaire de la France.

La composition des commissions régionales et de la commission nationale de l'équipement sanitaire, qui comprendront notamment des représentants des ministères intéressés, des représentants élus des collectivités locales, des représentants des caisses d'assurance maladie et des représentants des établissements d'hospitalisation publics et privés, sera définie par décret.

La carte sanitaire de la France détermine, compte tenu de l'importance et de la qualité de l'équipement public et privé existant, ainsi que de l'évolution démographique et du progrès des techniques médicales :

1° Les limites des secteurs sanitaires et celles des régions sanitaires ;

2° Pour chaque secteur et pour chaque région sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population ;

3° La nature, l'importance et l'implantation des installations sanitaires d'intérêt national ou appelées à desservir plusieurs régions sanitaires.

Pour chaque installation, la carte précise les équipements immobiliers et les équipements matériels lourds à réaliser.

La carte sanitaire peut être révisée à tout moment ; elle est révisée obligatoirement lors de l'élaboration de chaque plan de modernisation et d'équipement.

Art. 45. — Les conditions d'implantation, les modalités de fonctionnement et de financement de certains services ou organismes hospitaliers de haute technicité dont les activités de soins et de diagnostic se situent dans des domaines de pointe d'un coût élevé sont fixées par voie réglementaire.

Art. 46. — Sont considérés comme équipements matériels lourds au sens de la présente loi les équipements mobiliers destinés à pourvoir soit au diagnostic, à la thérapeutique ou à la rééducation fonctionnelle des blessés, des malades et des femmes enceintes, soit au traitement de l'information et qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions d'installation et de fonctionnement particulièrement onéreuses ou pouvant entraîner un excès d'actes médicaux. La liste de ces équipements est établie par décret en Conseil d'Etat.

Art. 47. — La carte sanitaire sert de base aux travaux de planification et de programmation des équipements relevant des établissements qui assurent le service public hospitalier ainsi qu'aux autorisations prévues à l'article 31 de la présente loi.

Tout refus d'autorisation prévu à l'article 31 ci-dessus motivé par l'existence d'un programme susceptible de couvrir les besoins définis par la carte sanitaire est réputé caduc si ledit programme n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de :

Six ans s'il s'agit d'un établissement public ;
Deux ans s'il s'agit d'un établissement privé.

L'autorisation est alors accordée de plein droit, sous réserve des dispositions de l'article 33 ci-dessus, à l'auteur de la demande s'il la confirme.

Art. 48. — Sont soumis à l'approbation les programmes et les projets de travaux relatifs à la création, à l'extension ou à la transformation des établissements d'hospitalisation publics ainsi qu'à l'installation dans ces établissements d'équipements matériels lourds au sens de l'article 46 de la présente loi.

Seules peuvent être approuvées les réalisations correspondant à des équipements prévus sur la carte sanitaire.

CHAPITRE V

Dispositions diverses.

Art. 49. — Des mesures réglementaires déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente loi. Sauf dispositions contraires, elles sont prises par décret en Conseil d'Etat.

Art. 50. — Les dispositions des chapitres I^{er} et II de la présente loi seront adaptées par décret en Conseil d'Etat aux conditions particulières de fonctionnement de l'administration générale de l'assistance publique à Paris, des hospices civils de Lyon et de l'assistance publique de Marseille et des établissements nationaux de bienfaisance dont les missions répondent à celles définies à l'article 4 de la présente loi.

Le statut du personnel de l'administration générale de l'assistance publique à Paris demeure fixé par règlement d'administration publique.

Le personnel des hospices civils de Lyon est soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique, sauf dérogations prévues par décret en Conseil d'Etat.

Art. 51. — A titre provisoire et jusqu'au 31 décembre 1972, les dispositions de la présente loi s'appliquent aux établissements à caractère social dont la liste sera définie par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux adaptations nécessaires pour les établissements publics en ce qui concerne leur création, leur gestion et leur statut du personnel et, pour les établissements privés, en ce qui concerne les modalités d'autorisation et de coordination.

Les maisons de retraite détachées de l'administration générale de l'assistance publique à Paris et celles fonctionnant comme services non personnalisés de la ville-département de Paris seront rattachées par décret au bureau d'aide sociale de Paris.

Art. 52. — Une réforme de la tarification des soins dispensés dans les établissements devra intervenir dans le délai de un an à dater de la promulgation de la présente loi.

Cette réforme fera notamment apparaître le coût réel des diverses prestations fournies par chacune des unités d'hospitalisation définies à l'article 4 ainsi que les frais d'acquisition des prothèses et des médicaments coûteux.

Art. 53. — L'Etat participe aux dépenses exposées par les établissements qui assurent le service public hospitalier pour la formation des médecins, des odontologistes, des pharmaciens et des personnels paramédicaux dans la limite des crédits ouverts chaque année par la loi de finances.

Art. 54. — Sont abrogées toutes les dispositions contraires à la présente loi, notamment les articles L. 230, le premier et le second alinéa de l'article L. 678 (sauf en ce qui concerne les hospices), les articles L. 679, L. 681 à L. 683, L. 686, L. 733, L. 734 et L. 734-2 à L. 734-5 du code de la santé publique, ainsi que le premier alinéa de l'article L. 893 dudit code, sauf en ce qui concerne l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Art. 55. — Les dispositions du chapitre III, section I, de la présente loi sont applicables aux établissements privés d'accouchement visés par l'article L. 176 du code de la santé publique.

Art. 56. — I. — A l'article L. 271 du code de la sécurité sociale, les mots : « établissements hospitaliers publics » sont remplacés par les mots : « établissements qui assurent le service public hospitalier ».

II. — Le dernier alinéa de l'article L. 272 du code de la sécurité sociale est abrogé.

III. — Le premier alinéa de l'article L. 275 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Sous réserve des dispositions des articles L. 276 et L. 277 ci-après, des conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de cure et de prévention de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés qui assurent le service public hospitalier, fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans lesdits établissements, ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative. »

IV. — Aux premier et second alinéas de l'article L. 276 du code de la sécurité sociale, les mots : « par les commissions prévues à l'article L. 272 » sont remplacés par les mots : « prévus à l'article L. 275 ».

Au cinquième alinéa du même article, les mots : « par les commissions prévues à l'article L. 272 », sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 275 ».

Art. 57. — Dans les départements d'outre-mer, les attributions dévolues par la présente loi aux préfets de région sont dévolues aux préfets des départements.

Art. 58. — Dans le délai de un an à compter de la promulgation de la présente loi, ses dispositions seront insérées dans le code de la santé publique par décret en Conseil d'Etat.

Ce décret procédera aux aménagements de forme qui s'avèraient nécessaires.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 décembre 1970.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHABAN-DELMAS.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
RENÉ PLEVEN.

Le ministre de l'intérieur,
RAYMOND MARCELLIN.

Le ministre de l'économie et des finances,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre de l'éducation nationale,
OLIVIER GUICHARD.

Le ministre délégué auprès du Premier ministre,
chargé des départements et territoires d'outre-mer,
HENRY REY.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,
ROBERT BOULIN.

ANNEXE 3

Loi du 29 décembre 1979

LOIS

LOI n° 79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires et modifiant certaines dispositions de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, au troisième alinéa (4^e), les mots : « unités d'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « hôpitaux locaux ».

Art. 2. — A l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le classement des établissements et des unités d'hospitalisation est arrêté par l'autorité administrative dans des conditions définies par voie réglementaire. »

Art. 3. — Le premier alinéa de l'article 20 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les nouvelles dispositions suivantes :

« Les établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics constituent des établissements publics communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Dans le cadre des dispositions prévues à l'article 44, ils sont créés, après avis de la commission nationale ou régionale de l'équipement sanitaire, par décret ou par arrêté préfectoral dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire. »

Art. 4. — Il est ajouté, après l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 22-1 rédigé comme suit :

« Art. 22-1. — Lorsque l'intérêt des malades ou le fonctionnement d'un établissement le justifient et dans la limite des besoins de la population tels qu'ils résultent de la carte sanitaire prévue à l'article 44, le ministre chargé de la santé peut, après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire, demander au conseil d'administration d'adopter les mesures nécessaires, comportant éventuellement un nouveau programme, la création ou la suppression de services, de lits d'hospitalisation ou d'équipements matériels lourds. L'établissement doit être averti de l'intention du ministre avant la saisine de la commission nationale de l'équipement sanitaire et de la commission régionale de l'équipement sanitaire. »

Loi n° 79-1140 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Projet de loi (n° 995) ;
Rapport de M. Barbier, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1051) ;
Discussion les 20 et 21 juin 1979 ;
Adoption le 21 juin 1979.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 427 (1978-1979) ;
Rapport de M. Boyer, au nom de la commission des affaires sociales, n° 24 (1979-1980) ;
Discussion et adoption le 24 octobre 1979.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat (n° 1364) ;
Rapport de M. Barbier, au nom de la commission des affaires culturelles (n° 1441) ;
Discussion et adoption le 6 décembre 1979.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, n° 87 (1979-1980) ;
Rapport de M. Boyer, au nom de la commission des affaires sociales, n° 102 (1979-1980) ;
Discussion et adoption le 19 décembre 1979.

NOTA. — Les documents parlementaires indiqués dans les travaux préparatoires rappelés à la fin des textes législatifs sont vendus ou expédiés par la Direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75732 PARIS Cedex 15, au prix de 0,50 F l'exemplaire ; ne pas régler la commande à l'avance mais attendre d'avoir reçu la facture.

« La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés au conseil d'administration. »

« Dans le cas où cette demande n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, le ministre peut prendre les mesures appropriées au lieu et place du conseil d'administration. »

« Au cas où la carte sanitaire ferait de nouveau apparaître un déficit de services, de lits d'hospitalisation, ou d'équipements matériels lourds dans un secteur sanitaire où une suppression d'un de ces éléments aurait été opérée dans un établissement public, le secteur hospitalier public bénéficiera d'une priorité pour réaliser la ou les créations qui pourraient être autorisées à due concurrence des suppressions antérieures. »

Art. 5. — Au dernier alinéa de l'article 25 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, sont substitués aux mots : « mentionnées au 3^e de l'article 4 de la présente loi », les mots : « mentionnés au 4^e de l'article 4 de la présente loi ».

Art. 6. — Après le troisième alinéa (2^e) de l'article 31 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, il est inséré un 3^e rédigé ainsi qu'il suit :

« 3^e La création ou l'extension :

« — de tout établissement privé de rééducation fonctionnelle ne comportant pas de moyens d'hospitalisation et dont les moyens dépassent les normes fixées par décret ;

« — de tout centre ou service privé d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de nuit, et de tout centre ou service privé d'hospitalisation à domicile répondant à la définition qui en est donnée par décret. »

Art. 7. — Au deuxième alinéa de l'article 32 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, après les mots : « elle vaut de plein droit autorisation de fonctionner », sont ajoutés les mots : « sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité dont les modalités sont fixées par la voie réglementaire ».

Art. 8. — I. — Les deux premiers alinéas de l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« L'autorisation mentionnée à l'article 31 est donnée par le préfet de région après avis de la commission régionale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44. Un recours contre la décision peut être formé par tout intéressé devant le ministre chargé de la santé qui statue dans un délai maximum de six mois, sur avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44. »

« Un décret fixe la liste des établissements ou équipements pour lesquels l'autorisation ne peut être donnée que par le ministre chargé de la santé après avis de la commission nationale de l'équipement sanitaire. »

II. — Le dernier alinéa de l'article 34 est abrogé.

III. — A l'article 37, les mots : « commission régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par : « commission régionale de l'équipement sanitaire prévue à l'article 44 ».

Art. 9. — Il est ajouté, après l'article 41 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, un article 41-1 rédigé ainsi qu'il suit :

« Art. 41-1. — Sans préjudice des dispositions de l'article 36 ci-dessus, les dispositions du premier alinéa de l'article 22-1 sont applicables aux établissements privés participant au service public hospitalier. »

« La demande du ministre doit être motivée et les motifs exposés à l'établissement. »

« Au cas où la demande du ministre n'est pas suivie d'effet dans le délai de quatre mois, l'établissement peut être rayé par décret de la liste des établissements participant au service public hospitalier. »

Art. 10. — L'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique est contrôlée, à l'intérieur des établissements sanitaires et sociaux, par les médecins inspecteurs de la santé, les pharmaciens inspecteurs, les fonctionnaires de catégorie A ou agents assimilés des services extérieurs des affaires sanitaires et sociales et les membres de l'inspection générale des affaires sociales.

Le président du conseil d'administration et le directeur de l'établissement sont tenus informés des conclusions de ces contrôles, dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie.

Quiconque fait obstacle au contrôle prévu par le présent article est passible des sanctions édictées à l'article L. 177 du code de la santé publique.

Art. 11. — I. — Un décret fixe la nouvelle composition de la commission nationale et des commissions régionales de l'équipement sanitaire. Jusqu'à l'installation de ces commissions dans leur nouvelle composition, la commission nationale et les commissions régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article 34 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 demeureront en fonctions.

II. — Dans le deuxième alinéa de l'article 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, après les mots : « des représentants des caisses d'assurance maladie », sont insérés les mots : « des représentants des syndicats médicaux ».

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 29 décembre 1979.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
RAYMOND BARRE.

Le ministre de l'intérieur,
CHRISTIAN BONNET.

Le ministre du budget,
MAURICE PAPON.

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale,
JACQUES BARROT.

ANNEXE 4

Circulaire du 12 mars 1986

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE**

Secrétaire d'Etat chargé de la santé

*Secrétaire d'Etat chargé des retraités
et des personnes âgées*

Direction des hôpitaux

Direction générale de la santé

Direction de la sécurité sociale

CIRCULAIRE N° 141 DU 12 MARS 1966
**relative à l'hospitalisation à domicile
dans les établissements publics**

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre des affaires sociales et de la Solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement,*

Le secrétaire d'Etat chargé de la Santé,

Le secrétaire d'Etat chargé des retraités et des personnes âgées

à

*Messieurs les préfets, commissaires de la République de région,
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales,*

Direction régionale de la Sécurité sociale Antilles-Guyane,

Direction régionale de la Sécurité sociale de la Réunion,

*Madame et messieurs les préfets commissaires de la République de
département,*

Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

L'article 4 de la loi n° 1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ouvre la possibilité d'une prolongation à domicile des activités des centres hospitaliers.

En l'absence de texte réglementaire, le cadre général de mise en œuvre de ces activités à domicile est donné par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés dans sa circulaire n° 207 du 19 octobre 1974. Celle-ci fixe les conditions d'accès des malades, des modes de fonctionnement ainsi que les types de pathologie qui en sont exclus.

La présente instruction se propose d'appeler votre attention sur une formule dont le développement doit être recherché.

La mise en place des unités d'hospitalisation à domicile s'effectue dans le cadre de la dotation globale. L'article 31 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier, précise qu'un tarif journalier de l'hospitalisation à domicile doit néanmoins être fixé. Ce tarif sert de base à la facturation des prestations à des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, au calcul de la participation éventuellement laissée à la charge des assurés et à l'exercice des recours contre les tiers.

Nous vous rappelons, par ailleurs, que le forfait journalier n'est pas applicable aux malades admis en hospitalisation à domicile.

Nous précisons que l'hospitalisation à domicile vient se substituer à l'hospitalisation de type traditionnel. C'est pourquoi nous vous invitons à prendre contact avec les directeurs d'établissements hospitaliers pour examiner avec eux les possibilités de création d'unités d'hospitalisation à domicile. Il est souhaitable de mener sur ce thème un large débat au sein des organismes délibératifs et consultatifs compétents.

Les procédures de révision de programmes doivent être l'occasion d'examiner la création de lits d'hospitalisation à domicile par diminution du nombre de lits d'hospitalisation traditionnelle. C'est, par ailleurs, dans le cadre de la préparation et de l'approbation du budget, que les moyens nécessaires au fonctionnement de l'hospitalisation à domicile devront être dégagés, le plus souvent par redéploiement interne, à défaut, par redéploiement départemental.

Enfin, nous vous précisons que cette forme de soins ne pourra se développer que si une large information est assurée, d'abord auprès des établissements, puis, lorsqu'elle existe, auprès des malades au moment de l'accueil dès lors qu'ils répondent aux conditions d'admission en hospitalisation à domicile.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement.

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur du cabinet,

MICHEL GAGNEUX

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,

porte-parole du Gouvernement,

chargé de la santé,

Pour le secrétaire d'Etat et par délégation :

Le directeur du cabinet,

G. RIMAREUX

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé des retraités et des personnes âgées,

J. FRANCHESCHI

I. - Champ de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile recouvre l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux délivrés à domicile à des malades dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière. Ces soins doivent être de nature et d'une intensité comparables à ceux qui étaient susceptibles de leur être prodigués dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle.

Le critère de l'intensité de soins est particulièrement important pour distinguer l'hospitalisation à domicile de formules voisines comme les services de soins infirmiers à domicile.

D'une manière générale, l'hospitalisation à domicile s'adresse à tous les malades quel que soit le type de pathologie dont ils sont atteints.

Il convient toutefois de rappeler que les malades mentaux sont pris en charge selon les règles propres à la sectorisation psychiatrique. En ce qui concerne les autres pathologies, les limitations prévues par la circulaire n° 207 du 19 octobre 1974 précitée ne trouvent plus de justification aujourd'hui.

Même des soins comme la dialyse, la nutrition entérale et parentérale, les techniques de chimiothérapie par pompes externes, les pompes à insulines implantables, la ventilation artificielle et l'utilisation d'appareils d'oxygénothérapie peuvent être effectués à domicile par le malade ou sa famille dès lors qu'ils ont reçu une formation adaptée et que la maintenance des équipements est assurée.

II. - Organisation et perspectives d'évolution de l'hospitalisation à domicile

L'unité d'hospitalisation à domicile met à la disposition du malade l'ensemble des moyens dont il a besoin en personnels, matériels et services.

Un service d'hospitalisation à domicile peut être créé et géré par un établissement d'hospitalisation public après délibération du conseil d'administration approuvée par le représentant de l'Etat dans le département. Il convient de rechercher chaque fois que cela est possible la plus large participation des professionnels de santé du secteur libéral. Le personnel peut être, en effet, le salarié de l'établissement ou appartenir au secteur libéral et lié par convention à l'établissement considéré. L'hospitalisation à domicile doit favoriser le développement de la collaboration entre les structures hospitalières et les médecins et soignants de ville.

Le service d'hospitalisation à domicile faisant intervenir une équipe médicale et paramédicale, il est souhaitable que la coordination des soins soit réalisée par un cadre infirmier permanent et expérimenté.

Selon les termes de la loi n° 1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière, c'est le médecin traitant choisi par le malade qui assure le traitement et la surveillance des soins.

Le passage par l'établissement hospitalier demeure un préalable à toute admission en hospitalisation à domicile.

Toutefois, comme le conseil d'Etat l'a confirmé, l'hospitalisation au domicile peut être prescrite au cours d'une consultation externe : l'hospitalisation avec hébergement en établissement n'est pas une condition préalable.

ANNEXE 5

**Circulaire de la CNAMTS
du 29 octobre 1974**

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES
55, Avenue Bosquet, 75700 PARIS
Tél. 705 99 50

PARIS, le 29 octobre 1974.

C. N. A. M. T. S. N° 207

Destinataires internes :

pour attribution

pour information

DESTINATAIRES :

- Messieurs les Présidents des
Conseils d'Administration des
Caisses Régionales d'Assurance Maladie

PLAN DE CLASSEMENT : 812

TITRE : Circulaire de principe

OBJET : L'HOSPITALISATION A DOMICILE -
Conditions médicales d'admission -
Conventions-types - Règlement intérieur.

DOCUMENT NOUVEAU

RESUME : La Caisse Nationale, à la suite d'études approfondies, fixe sa doctrine à l'égard de l'hospitalisation à domicile : elle demande aux Caisses Régionales de veiller en conséquence au respect des règles déterminées en accord avec la Commission de l'Assurance Maladie et leur adresse à cet effet différents documents concernant les conditions médicales d'admission, les conventions-types, le règlement intérieur des associations ou services dispensant cette forme de soins.

PLAN : I - Les données du problème de l'hospitalisation à domicile -
Place des soins à domicile dans le système sanitaire - Réalisations
intervenues - Avantages et risques du système.
II - Les éléments de solution du problème - Conditions médicales et
sociales d'admission - Capacité et fonctionnement du Service
d'hospitalisation à domicile - Tarification - Contrôle -
Ticket modérateur - Indemnité journalière .

Nombre d'annexes : 4

DATE LIMITE DE REPONSE : (entrée en vigueur immédiate -
DATE LIMITE D'EXECUTION) Conditions d'application traitées dans
OU PERIODICITE) la deuxième partie de la circulaire -.

- la rémunération des soins donnés dans les établissements hospitaliers est faite de façon forfaitaire, donc indépendante des soins délivrés à un malade donné, à travers une tarification fondée sur le paramètre "journée". Réserve doit être faite cependant pour les honoraires médicaux qui donnent lieu à une tarification à l'acte.

Or, il apparaît entre ces deux secteurs un certain nombre de formules mixtes baptisées "soins à domicile" ou "hospitalisation à domicile", dont le but est de traiter des malades ambulatoires ou à domicile par l'intermédiaire d'une organisation souvent pluridisciplinaire, groupant médecins et auxiliaires médicaux. Ce type de système sanitaire intéresse :

- a) les malades mentaux adultes pour lesquels les différentes formes de soins doivent être considérées dans le cadre de la sectorisation psychiatrique ;
- b) les enfants et adolescents inadaptés susceptibles de bénéficier des services de soins et d'éducation spécialisés à domicile prévus par les annexes XXIV (inadaptés mentaux), XXIV bis (infirmes moteurs cérébraux), XXIV ter (infirmes moteurs), XXIV quater (déficients sensoriels) du décret du 16 décembre 1970 complétant le décret du 9 mars 1956 relatif aux conditions techniques d'agrément des établissements privés de soins ;
- c) les personnes âgées à domicile, qui posent également des problèmes propres et auxquelles une formule spécifique de services de soins à domicile peut s'appliquer ;
- d) les malades relevant de soins habituellement dispensés par les établissements hospitaliers, qui semblent plus précisément concernés par les services d'hospitalisation à domicile.

Si les deux premières catégories de services de soins à domicile ne soulèvent pas de problèmes majeurs - en dehors de la distinction soins et prévention - s'agissant, en fait, de prolongement de l'activité d'établissements spécialisés en direction de malades bien définis, il n'en est pas de même pour les deux autres, qui s'adressent à des catégories de malades bien moins délimitées et relevant normalement, soit du secteur des soins aux malades ambulatoires ou à domicile, soit du secteur des soins en établissement hospitalier.

Or, le développement des soins à domicile est à l'ordre du jour. Il répond tant à une orientation de la politique générale (maintien des personnes âgées à domicile), qu'aux souhaits des responsables de la Caisse Nationale et des organisations

syndicales nationales de médecins.

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière dispose que "les Services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant".

Il est certain que si les formules de soins à domicile organisés devaient prendre une certaine extension, les deux secteurs de soins déjà existants en seraient influencés.

C'est pourquoi la Caisse Nationale a fait une enquête auprès des Caisses Régionales et des Médecins-Conseils Régionaux afin de faire une étude des formules déjà existantes. Cette enquête a fait apparaître les risques d'un développement désordonné et coûteux de formules pour le moment insuffisamment définies.

La présente circulaire ne concerne que la formule de l'hospitalisation à domicile, la Caisse Nationale procédant à d'autres études concernant les autres procédés de soins à domicile, et notamment les soins pour personnes âgées.

2°) Les réalisations intervenues

En dehors de certains services infirmiers utilisant des auxiliaires médicaux salariés mais facturant leurs services à l'acte, les soins à domicile organisés ont été créés depuis quelques années dans quelques régions, sous forme d'Associations ou de Services d'hospitalisation à domicile. Ces créations ont correspondu essentiellement à la constatation de l'insuffisance du nombre de lits dans certains hôpitaux et dans certaines disciplines. A l'heure actuelle, on constate que des promoteurs divers tentent de développer des formules d'hospitalisation à domicile alors même que les lacunes en lits tendent à diminuer.

a) Objectifs :

Les associations et services d'hospitalisation à domicile se proposent d'abrèger le séjour des malades en milieu hospitalier et, dans certains cas, d'éviter tout séjour à l'hôpital. Leur but est donc de dispenser des soins à une catégorie de malades qui ne peuvent pas utiliser les moyens déjà existants du secteur des

soins ambulatoires ou à domicile et doivent bénéficier d'une densité de soins plus intense, impliquant une coordination poussée entre médecin hospitalier, médecin traitant et auxiliaires médicaux.

On considère qu'une telle formule, qui ne peut s'appliquer qu'à des personnes disposant de conditions de logement satisfaisantes et d'un entourage familial disponible, permettrait d'économiser des lits d'hôpital, de favoriser la coordination entre l'hôpital et le médecin traitant. Bien plus, l'assurance maladie y trouverait une source d'économie dans la mesure où le coût d'une telle formule serait inférieur à celui d'une hospitalisation. Le malade bénéficie, de son côté, de conditions psychologiques estimées plus favorables.

b) Moyens :

Les associations ou services gestionnaires mettent en oeuvre des équipes d'auxiliaires médicaux salariés, ou rémunérés à l'acte, des médecins traitants rémunérés à la vacation en fonction de leur activité. Les malades ne font que très rarement l'avance des frais, le tiers payant est très généralement pratiqué, y compris pour les honoraires médicaux, par l'entremise de l'association. Les associations ou services fournissent également des prestations annexes (produits pharmaceutiques, analyses de biologie, électroradiologie, prêt de petit matériel médical, transport en ambulance, aide ménagère).

L'organisme gestionnaire passe convention avec les organismes d'assurance maladie, détermine des procédures d'admission, de prolongation et de sortie, et perçoit par malade un "prix de journée" en principe inférieur de moitié au prix de journée hospitalier ; il règle ses différents fournisseurs avec le produit de ses ressources non sans avoir prélevé des frais généraux parfois substantiels.

3*) Les avantages du système

D'après ses promoteurs, l'hospitalisation à domicile possède une double série d'avantages, sur le plan médical comme sur le plan financier.

a) Les avantages d'ordre médical :

L'hospitalisation à domicile correspond à un niveau de soins intermédiaire entre l'hospitalisation de malades aigus et les soins classiques "de ville". Elle permet de hâter le retour

du malade dans son foyer et de faciliter sa réinsertion sociale ; les chances de guérison du malade peuvent s'en trouver améliorées du fait que celui-ci est replacé dans son climat familial et que l'équipe soignante, tout en éduquant la famille, peut délivrer, en liaison avec l'entourage, des soins plus personnalisés.

L'hospitalisation à domicile contribue donc à diminuer la durée des séjours hospitaliers ; de plus, elle doit constituer une des formes privilégiées de la collaboration entre médecine hospitalière et médecine de ville ; en effet, les services existants, notamment à Paris, ont écarté, dès le départ, la formule américaine du "home care", c'est-à-dire du médecin hospitalier se déplaçant au domicile du malade.

Toutefois, il est possible que certains hôpitaux publics reprennent une telle formule comme le leur permet la loi hospitalière ; le manque de personnel infirmier devrait cependant décourager les initiatives en direction de formules coûteuses en auxiliaires médicaux.

b) Les avantages d'ordre financier :

Les défenseurs de l'hospitalisation à domicile invoquent souvent les avantages financiers que celle-ci procure à l'Assurance Maladie ; en effet, les soins à domicile ne comportent ni les frais de fonctionnement de l'hôtellerie hospitalière, ni l'amortissement de locaux coûteux. Le prix de journée de l'hospitalisation à domicile devrait être inférieur de moitié au prix de journée hospitalier.

4°) Les risques du système

Si la formule de l'hospitalisation à domicile se veut originale dans sa conception et économique dans ses moyens, ses modalités de fonctionnement dans la réalité posent des problèmes et font apparaître un certain nombre de points faibles :

a) Les malades admis dans le système :

L'hospitalisation à domicile ne concerne qu'une catégorie bien précise de malades : ce sont des malades qui sont justiciables de soins de grande densité, ceux-ci pouvant leur être délivrés à domicile. Il ne s'agit donc ni de convalescents, ni de malades aigus, ni de malades ambulatoires.

Or, les conditions d'admission dans les services d'hospitalisation à domicile sont vagues : on s'en remet au chef du service hospitalier où le malade séjourne, et même - dans des cas exceptionnels - à la proposition du chef de service d'un service de consultations externes, qui désigne les candidats, avec un contrôle plus ou moins effectif des médecins-conseils.

Il y a là un risque grave de déviation du système car si la formule de l'hospitalisation à domicile est économique par rapport à un séjour en service de soins actifs, elle coûte plus cher qu'un séjour en maison de repos et de convalescence et elle est prohibitive par rapport au coût des soins dans le système de soins ambulatoires.

b) L'organisation des soins :

L'hospitalisation à domicile met en jeu, en théorie, le médecin hospitalier du service où a lieu l'hospitalisation initiale, le médecin traitant du malade, des auxiliaires médicaux, un pharmacien, un laboratoire d'analyses.

La coordination des interventions de ces éléments du système sanitaire au chevet du malade soulève plusieurs problèmes :

- Collaboration entre médecins

En théorie, le médecin traitant est chargé de surveiller la mise en oeuvre d'une thérapeutique définie par le médecin hospitalier. Il ne faut pas se cacher qu'une telle formule, très valable au plan médical, ne sera pas toujours d'une application aisée sachant ce qu'il en est parfois des difficultés de contact entre médecine hospitalière et médecine de ville.

S'agissant de malades ayant besoin d'une densité importante de soins, le problème de la collaboration entre médecins est de la plus haute importance dans l'intérêt même du patient. Si la liaison entre les deux médecins se réduisait à des contraintes formelles (imprimés de liaison), son efficacité même serait nulle. L'échec viendrait de ce que le médecin hospitalier ne s'estimerait plus responsable du malade qu'il a remis à son confrère, ou de ce que le médecin de ville n'entrerait pas vraiment dans une collaboration qui, à ses yeux, le confinerait dans un rôle qu'il estimerait secondaire

- Mise en oeuvre d'une équipe d'auxiliaires médicaux et d'aides ménagères

Les soins donnés aux malades hospitalisés à domicile nécessitent l'intervention d'infirmières et d'aides-soignantes et, éventuellement d'aides-ménagères. L'expérience montre que les gestion-

naires de l'hospitalisation à domicile ont abandonné l'utilisation d'auxiliaires médicaux fonctionnant en régime libéral, faute d'avoir pu obtenir de ceux-ci un degré d'organisation et de discipline nécessaires.

c) Le coût des services rendus :

La preuve est loin d'être faite qu'un malade soigné en hospitalisation à domicile coûte réellement moins cher à l'assurance maladie que le même malade hébergé dans un établissement hospitalier.

En effet, lorsque la densité des soins dépasse les soins courants, il est évident que la concentration des malades autour d'un appareil sanitaire structuré, constitue une organisation plus efficace et moins coûteuse que l'appel à des éléments dispersés du système sanitaire qu'il faut coordonner et déplacer de lit en lit, ceux-ci étant dispersés dans une ville avec les difficultés de circulation bien connues. Certes, si les soins risquent d'être plus coûteux, l'hébergement du malade dans son propre domicile et le concours des membres de la famille sont autant d'éléments qui viennent en déduction du coût global de l'hospitalisation. Encore faut-il que le domicile se prête à une hospitalisation de quelque durée et que la famille soit disponible, ce qui risque de limiter l'hospitalisation à domicile à certaines catégories sociales.

Mais il ne faut pas oublier également qu'en hospitalisation à domicile le malade bénéficiera d'indemnités journalières à taux plein, alors qu'en établissement celles-ci sont réduites du fait même de l'hébergement et de la nourriture.

Enfin, les comparaisons entre deux "prix de journée", dont chacun d'eux réalise une péréquation entre coût des soins donnés à des malades dont l'état de santé est très différent, doivent être examinées avec prudence : il suffit d'un certain nombre de convalescents pris en charge pour que le prix de journée de l'hospitalisation à domicile apparaisse comme plus faible que celui de l'hôpital.

Il convient donc d'être attentif à la facturation des services rendus par les gestionnaires d'hospitalisation à domicile. En effet, la gestion d'un service d'hospitalisation à domicile n'est pas simple ; il s'agit de coordonner au lit de plusieurs malades un certain nombre

d'agents médicaux et para-médicaux, sans avoir sur eux pleine et entière autorité, tout en comptant avec le malade et sa famille qui souhaitent en général bénéficier des mêmes prestations qu'à l'hôpital ou à la clinique.

L'hospitalisation à domicile repose sur une organisation inéluctablement diversifiée et éparse sur le plan géographique ; il s'ensuit que la qualité et la quantité des prestations assurées est incontrôlable et échappe, parfois à l'association gestionnaire, et toujours aux organismes d'assurance maladie invités à payer un prix de journée global destiné à rémunérer une structure administrative dont personne ne peut vérifier l'efficacité et les résultats.

Il faut ajouter enfin que les associations gestionnaires de services d'hospitalisation à domicile demandent un prix de journée par malade pris en charge ; ce système de facturation appelle les critiques déjà faites à l'égard de la notion de prix de journée dont la réforme est demandée en matière hospitalière, amplifiées par le fait que cette notion s'applique à des organismes administrativement fragiles (associations de la loi de 1901).

d) L'adaptation au besoin :

Dans la mesure où l'hospitalisation à domicile est un prolongement de l'hôpital, sa capacité d'hébergement doit être calculée compte tenu du nombre de lits hospitaliers existant dans la circonscription et du nombre de malades susceptibles d'être admis dans une telle formule de soins.

Or, certaines propositions de création de services d'hospitalisation à domicile, dans des régions où l'équipement hospitalier public et privé excède les besoins, où les maisons de convalescence ont de la difficulté pour trouver des clients, ne peuvent que susciter des phénomènes de concurrence déplaisants, et entraîner, par contre-coup, des hausses de prix de journée des établissements dont le coefficient d'occupation sera en baisse.

Il faut également craindre, dans certains cas, l'utilisation de l'hospitalisation à domicile par certains établissements comme un moyen de se débarrasser de malades indésirables ou comme une possibilité d'accélérer la rotation des malades hospitalisés pour augmenter le nombre d'actes opératoires rentables.

II - LES ELEMENTS DE SOLUTION DU PROBLEME

La formule de l'hospitalisation à domicile présente des avantages mais également des risques non négligeables de déviations dangereuses pour les assurés comme pour les Caisses d'Assurance Maladie. C'est pourquoi la Caisse Nationale, après avoir effectué une enquête, l'a prolongée par des consultations avec les organisations syndicales nationales de médecins, les Associations et Services d'hospitalisation à domicile. En accord avec les autres Caisses Nationales d'Assurance Maladie, il a été décidé d'aménager la formule de l'hospitalisation à domicile et de prévoir certaines garanties dont l'inscription doit être faite notamment dans des conventions-types obligatoirement signées entre Caisses Régionales et gestionnaires de services d'hospitalisation à domicile.

La présente circulaire comporte donc quatre annexes:

- Annexe I : destinée au Contrôle Médical, elle énumère les critères selon lesquels le Médecin-Conseil formule son avis sur la prise en charge et son renouvellement ;
- Annexe II : il s'agit de la convention-type à utiliser dans le cas d'une association privée gestionnaire d'un service d'hospitalisation à domicile. A cet égard, il va de soi que des conventions ne pourront être envisagées qu'avec des associations de la loi de 1901 (à but non lucratif) ;
- Annexe III : le texte présente des analogies avec celui du précédent document qui a été simplement adapté aux conditions de fonctionnement d'un établissement public puisqu'il se rapporte à un service d'hospitalisation à domicile susceptible de fonctionner dans le cadre d'un centre hospitalier ;
- Annexe IV : elle contient des recommandations dont les Directeurs d'associations et de service d'hospitalisation à domicile devront tenir compte pour l'établissement du règlement intérieur.

A travers ces textes, l'attention doit être particulièrement appelée sur un certain nombre de points :

1°) Conditions médicales et sociales d'admission

L'annexe I élaborée par les échelons nationaux du Contrôle Médical détermine les critères médicaux utilisés pour l'admission en hospitalisation à domicile : elle comporte le relevé d'une part des affections qui ne peuvent entraîner une prise en charge, d'autre part des conditions médicales impératives nécessaires à l'entrée en hospitalisation à domicile, enfin les indications les plus fréquentes de cette forme de soins.

Il s'agit en définitive de n'admettre en hospitalisation à domicile que les seuls malades dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours à l'infrastructure hospitalière, impose néanmoins des interventions fréquentes et complexes de médecins et d'auxiliaires médicaux. Il ne s'agit donc ni de personnes âgées nécessitant un simple "nursing", ni de malades psychiatriques fréquentant un hôpital de jour ou ressortissant de la sectorisation psychiatrique, ni de convalescents justiciables d'un séjour en maison de repos ou susceptibles de demeurer à leur domicile sans avoir besoin de soins quotidiens.

Il appartient au Contrôle Médical de veiller tout spécialement au respect de l'annexe I.

Indépendamment de ces conditions médicales, l'admission en hospitalisation à domicile est subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale en vue de s'assurer que les conditions matérielles psychologiques et sociales requises sont bien remplies.

2°) Capacité du Service d'hospitalisation à domicile

Le nombre de malades susceptibles d'être traités par un Service d'hospitalisation à domicile doit être précisé par la Convention-type, d'une part parce qu'il n'est pas sans relation avec l'équipement hospitalier existant et futur, d'autre part, parce que les effectifs du personnel affecté à l'hospitalisation à domicile doivent être en rapport étroit avec le nombre de malades en traitement.

Il appartient aux Caisses Régionales, avant de signer une convention d'hospitalisation à domicile, de prendre tous contacts utiles avec les structures hospitalières existantes, en vue de déterminer une capacité optimum pour une bonne utilisation du système sanitaire.

3°) Fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile

La Caisse Nationale est préoccupée par l'aspect fondamental des liaisons entre médecins : c'est pourquoi les conventions-types prévoient des accords particuliers entre chaque Association d'hospitalisation à domicile et tout établissement susceptible d'adresser des malades au Service d'hospitalisation à domicile, accords qui devront être communiqués aux Caisses d'Assurance Maladie. De même, il importe que le règlement intérieur de l'Association ou du Service organise les conditions dans lesquelles est coordonnée l'action du médecin hospitalier, du médecin traitant et des auxiliaires médicaux.

Ce règlement intérieur doit garantir, d'un côté le libre choix et de l'autre le libre exercice du contrôle médical. L'engagement des médecins appelés à participer aux soins comme médecins traitants dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, de se conformer aux clauses de ce règlement intérieur, doit être donné explicitement par ces médecins.

L'annexe IV comporte un certain nombre de directives et de suggestions sur le contenu du règlement intérieur dont les Associations gestionnaires d'hospitalisation à domicile pourront s'inspirer tout en les adaptant aux réalités locales.

4°) Tarifification des services rendus

Le Service d'hospitalisation à domicile met en oeuvre directement un certain nombre d'agents (infirmières, aides-soignantes, aides-ménagères, personnel administratif) et coordonne l'action des autres secteurs du système sanitaire qui délivrent aux malades des biens (produits pharmaceutiques) ou des services (visites du médecin traitant, analyses, ...).

La tarification de l'hospitalisation à domicile comporte, pour les associations privées, deux éléments :

a) Le forfait journalier

Le Service d'hospitalisation à domicile doit être rémunéré par un forfait journalier couvrant :

- l'exécution, par des auxiliaires médicaux, des soins prescrits par le médecin traitant,
- la continuité de ces soins et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés : service de garde,
- le transport sanitaire des malades, le cas échéant,
- la fourniture, à titre de prêt, du petit matériel médical et du mobilier nécessaire à la bonne exécution du traitement,
- la mise à la disposition du malade d'une aide-ménagère, si le besoin s'en fait sentir,
- les frais généraux du service.

Les tarifs des forfaits doivent être négociés par les Caisses Régionales, préalablement à leur approbation par les autorités préfectorales, même si le Service d'hospitalisation à domicile fonctionne dans le cadre d'un hôpital public.

- 13

b) la rémunération des autres agents du service sanitaire.

Les autres agents intervenant dans le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (médecins, pharmaciens, laboratoires) doivent être rémunérés dans les conditions du droit commun : prescriptions du médecin quantitatives et qualitatives, inscription sur les feuilles de maladie, etc.

En ce qui concerne le règlement des honoraires des praticiens, les associations existantes d'hospitalisation à domicile ont souvent eu recours - sans opposition des organisations syndicales de médecins - à un mécanisme autre que le paiement direct par le malade. Cette disposition trouve sa justification dans le fait qu'il s'agit généralement de patients sur lesquels pèsent de lourdes charges financières dues à la maladie elle-même et qui, s'ils se trouvaient toujours traités dans un établissement, bénéficieraient de cette modalité. Un tel système évite aux malades d'avoir à faire l'avance des honoraires mais nécessite pour sa mise en oeuvre que le consensus des diverses parties intéressées soit obtenu afin d'éviter des contestations de principe appuyées sur l'existence des textes régissant les rapports entre les médecins et les Caisses : aucune solution de ce type ne saurait être utilisée sans qu'il ait été constaté que les syndicats départementaux de praticiens n'y font pas opposition.

C'est pourquoi il a semblé souhaitable d'insérer dans le texte de la convention-type concernant les associations d'hospitalisation à domicile, une clause fortement incitative à la mise en place, d'une manière générale, d'un dispositif de paiement par tiers délégué accepté par les parties en cause et conduisant soit au paiement direct des honoraires par la Caisse intéressée au médecin, soit au règlement des honoraires par l'association au médecin.

Faute de pouvoir définir une formule sauvegardant les deux principes directeurs - le malade est dispensé de déboursier le montant des honoraires, le médecin est honoré directement par un tiers délégué - et concrétisée par des modalités satisfaisantes, il y aura lieu de favoriser l'emploi de la procédure visée à l'article 4 paragraphe 3 de la convention entre les Caisses Nationales et les syndicats médicaux du "Dû, autorisation d'avance".

Les solutions préconisées sont les plus justifiées au regard du cas particulier de l'hospitalisation à domicile, sans qu'elles constituent, à la limite, un empêchement pour un médecin d'exercice libéral d'exiger le paiement des honoraires par les assurés hospitalisés à domicile.

Il appartiendra aux Caisses Régionales, si elles rencontrent des difficultés sur ces points, de consulter la Caisse Nationale et de différer toute décision définitive.

De plus, il y aura lieu de veiller au respect des tarifs conventionnels sans perdre de vue que dans les cas définis par la Convention nationale, les honoraires des médecins peuvent donner lieu à des dépassements, fixés avec tact et mesure, à la charge de l'assuré ; le malade a d'ailleurs la liberté de faire appel au médecin de son choix et peut donc s'adresser en toute connaissance de cause à un praticien autorisé à dépassement. On remarque à cet égard que, dans le cadre de la formule visée à l'article 4, paragraphe 3 de cette convention, si elle est appliquée pour le règlement des honoraires, la possibilité de dépassement est exclue.

S'agissant des dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques, appareillage orthopédique et prothétique, l'Association règle les pharmaciens et prestataires de services puis se fait rembourser par la Caisse, sur présentation de bordereaux récapitulatifs accompagnés de pièces justificatives.

Il appartient aux Caisses de veiller tout spécialement à ce que le coût global de l'hospitalisation à domicile d'un malade donné ne dépasse pas le prix de journée de l'établissement hospitalier le plus proche. S'il en était ainsi, il est vraisemblable que le malade en cause ne devrait pas se trouver dans le service d'hospitalisation à domicile.

5°) Contrôle

L'exercice du contrôle incombant aux Caisses a fait l'objet d'une attention particulière : c'est ainsi qu'ont été prévues la tenue d'un fichier contenant, pour chaque malade, tout renseignement d'ordre médical, et pouvant être consulté par les médecins conseils ; la constitution de dossiers devant comporter les pièces dont une énumération est donnée et appelés également à être mis à la disposition des agents accrédités par les Caisses ; la possibilité d'enquêtes au domicile des malades, effectuées par les soins du service social ; enfin, la communication d'une part, de la liste du personnel, d'autre part, du budget prévisionnel, du compte d'exploitation, du bilan de fin d'exercice et du rapport moral d'activité des associations.

Le document concernant le règlement intérieur des Associations et Services d'hospitalisation à domicile présente une certaine souplesse puisque, de préférence à un texte déterminé, il se borne à reprendre des recommandations essentielles. Il va de soi, cependant, que le règlement intérieur devra stipuler expressément chacune des obligations visées.

6°) Ticket modérateur applicable aux soins dispensés en hospitalisation à domicile

Il y a lieu d'indiquer que la plupart des malades admis en hospitalisation à domicile seront déjà dispensés de toute participation, eu égard aux dispositions de l'article L. 286 du Code de la Sécurité Sociale. La question peut se poser néanmoins, et on peut être tenté de considérer que le motif de l'exonération (coût élevé du traitement relatif aux frais de séjour à l'hôpital) ayant disparu, le malade doit supporter une partie des dépenses. Par ailleurs, l'arrêté du 23 janvier 1956, qui fixe limitativement la liste des établissements dans lesquels le séjour entraîne l'exonération du ticket modérateur au delà de trente jours, ne fait aucune allusion, et pour cause, à l'hospitalisation à domicile.

Les services ministériels avaient donc estimé que l'hospitalisation à domicile ne pouvait par elle-même, et quelle que soit sa durée, justifier une exonération. Mais une telle position pouvait amener les malades à renoncer à l'hospitalisation à domicile. Aussi la Direction de la Sécurité Sociale a-t-elle admis que l'arrêté du 23 janvier 1956 recevrait application à l'égard des personnes traitées en hospitalisation à domicile.

7°) Indemnité journalière en cas d'hospitalisation à domicile

En cas d'hospitalisation, le montant de l'indemnité journalière maladie fait l'objet d'une réduction (de un à trois cinquièmes) qui varie en fonction de la situation de famille de l'assuré social et qui se fonde sur le fait que celui-ci n'a pas à pourvoir à son entretien.

Mais ces dispositions n'ont trait qu'à la forme traditionnelle de l'hospitalisation (séjour ininterrompu dans un établissement). Pour les autres formes d'hospitalisation, des modalités particulières ont été prévues et, s'agissant de l'hospitalisation à domicile, l'indemnité journalière ne doit pas être réduite.

oOo

A la suite de la mise en oeuvre des dispositions qui précèdent, les Caisses Régionales d'Assurance Maladie vont se trouver placées dans l'une des situations suivantes :

./..

- a) ou bien, il n'existe pas encore dans leur circonscription aucune organisation d'hospitalisation à domicile, et dans ce cas il conviendra à l'avenir de s'en tenir aux règles posées par la présente circulaire et ses annexes en invitant les promoteurs éventuels à s'y conformer au moment même de la constitution de l'Association ou du Service de l'hospitalisation à domicile.
- b) ou bien, des associations ou services d'hospitalisation à domicile sont déjà créés et fonctionnent en vertu d'accords passés avec les Caisses qui délivrent des prises en charge pour leurs assurés sociaux. Il y aura lieu, dans cette hypothèse, de définir éventuellement les modalités d'une période transitoire durant laquelle les dispositions actuelles pourront être adaptées dans un premier stade pour aboutir, dans un laps de temps que je souhaite le plus court possible, au cadre médical et administratif, objet des documents qui ont reçu l'approbation de la Commission de l'Assurance Maladie. Les Caisses Régionales devront tenir la Caisse Nationale au courant de ces situations et l'informer des mesures d'adaptation envisagée ainsi que des délais qui paraissent nécessaires pour aboutir à une harmonisation avec le texte de la convention-type.

Il me paraît utile, enfin, de souligner que le problème des soins à domicile, dont il a été déjà question ci-dessus, et qui vise des personnes âgées justiciables de soins beaucoup plus légers que ceux dispensés au titre de l'hospitalisation à domicile, est à l'étude dans les services de la Caisse Nationale et qu'une autre circulaire sera diffusée à ce sujet.

Conformément au désir exprimé par la Commission de l'Assurance Maladie, il y aura lieu, à l'issue d'une période qui peut être évaluée approximativement à 18 mois, de faire le point des conditions de fonctionnement de l'hospitalisation à domicile, telles qu'elles résultent du cadre conventionnel ainsi déterminé. À cet égard, j'ajoute qu'il a été convenu avec les services ministériels intéressés, qu'il n'y aurait pas pour l'instant de texte réglementaire relatif à l'hospitalisation à domicile.

Je vous demande de bien vouloir me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer pour l'application des présentes dispositions.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma considération distinguée.



M. DERLIN.

L'HOSPITALISATION A DOMICILE
PROJET DE CONVENTION-TYPE (ASSOCIATION)

Entre les soussignés.....

- La CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE
représentée par M.....

Et :

- La CAISSE MUTUELLE REGIONALE
représentée par M.....

- La CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
représentée par M.....
ci-dessous dénommées "les Caisses"

d'une part,

- L'ASSOCIATION D'HOSPITALISATION A DOMICILE
(dénomination et adresse).
représentée par M.....
ci-dessous dénommée "l'Association"

d'autre part,

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er

L'Association s'engage à mettre en place des moyens en personnel et en matériel nécessaires pour donner aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, ressortissants des régimes représentés par les Caisses signataires, les soins en hospitalisation à domicile que réclame leur état, dans les conditions définies par la présente convention. Ces moyens constituent le service d'hospitalisation à domicile géré par l'Association.

L'organigramme du service d'hospitalisation à domicile de l'Association, comportant notamment la liste du personnel dont le concours est prévu ainsi que l'indication de sa qualification, est annexé à la Convention.

ARTICLE 2

L'organisation du service d'hospitalisation à domicile se présente sous la forme d'une ou plusieurs sections dotées chacune d'une équipe technique ayant la charge d'un nombre de malades déterminé et dont le rayon d'action est limité.

./..

ARTICLE 3

Le nombre moyen mensuel de malades susceptibles d'être pris simultanément en charge, au titre de l'hospitalisation à domicile, par les Caisses est fixé chaque année par voie d'accord entre les parties. Il fait l'objet d'avenants à la convention, pris après avis des médecins-conseils des Caisses signataires. En ce qui concerne la première année d'application de la présente convention, ce nombre est fixé à.....

ARTICLE 4

L'admission d'un malade en hospitalisation à domicile est subordonnée aux conditions suivantes :

- 1° - Ne peuvent être admis en hospitalisation à domicile que les malades déjà hospitalisés dans un établissement, participant ou associé au service public hospitalier ou, exceptionnellement, ayant été examinés au titre d'une consultation externe dans les services de disciplines particulières, et dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours permanent à une équipe et à un appareillage hospitaliers, requiert encore une surveillance et des soins actifs.

Ne sont pas couvertes par cette convention, les personnes âgées ne répondant pas aux conditions fixées par le premier alinéa, ainsi que les malades atteints d'une affection psychiatrique justiciables d'un traitement ambulatoire, les malades atteints d'affections traitées par hémodialyse à domicile, les malades atteints d'insuffisances respiratoires graves nécessitant un appareillage spécialisé, et de tuberculose pulmonaire.

- 2° - Le consentement écrit du malade ou de sa famille est requis préalablement à toute hospitalisation à domicile.
- 3° - L'admission en hospitalisation à domicile est également subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale du service d'hospitalisation à domicile en vue de s'assurer que les conditions matérielles, psychologiques et sociales requises, notamment dans le domaine du logement et de l'environnement familial, sont bien remplies et permettent le retour du malade à son domicile.

Un double de cette enquête est immédiatement transmis au service de contrôle médical de la Caisse ou de l'organisme intéressé.

- 4° - La proposition d'admission des malades en hospitalisation à domicile appartient au praticien sous la responsabilité duquel (1) le malade est hospitalisé (ou au chef de service ayant procédé à la consultation externe). Ce praticien joint à sa demande le schéma des traitements et soins qu'il estime nécessaires aux malades.

./..

(1) Ce praticien est dénommé dans les articles suivants "le praticien hospitalier".

5° - L'admission des malades en hospitalisation à domicile est subordonnée à la délivrance préalable d'une prise en charge par la Caisse ou l'organisme d'assurance concerné, après avis du médecin-conseil. Pour obtenir délivrance et renouvellement de la prise en charge, l'Association de..... adresse à la Caisse intéressée une demande présentée sur un modèle établi d'un commun accord.

Dans les meilleurs délais et au plus tard dans les dix jours qui suivent la réception du document précité, la Caisse adresse à l'Association soit son accord sur la prise en charge de la part lui incombant dans les frais d'intervention, soit les motifs de son refus.

Si une demande de prolongation est prévisible lors de la demande initiale, le chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins la fait figurer sur cette demande. La durée initiale de la prise en charge est fixée à vingt jours. Cette prise en charge est renouvelable sur avis du médecin-conseil.

La demande de renouvellement de prise en charge doit être formulée huit jours avant l'expiration de la prise en charge initiale.

6° - L'admission est prononcée dans les limites et conditions précisées ci-dessus par le responsable de l'Association.

ARTICLE 5

Le malade a le libre choix du médecin à qui il désire voir confier l'exécution du traitement à son domicile, sous réserve de l'acceptation par le médecin traitant des conditions de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile telles qu'elles sont fixées par le règlement intérieur.

ARTICLE 6

Le règlement intérieur fixe les modalités de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile et notamment les conditions dans lesquelles est organisée la collaboration entre le praticien hospitalier, le médecin traitant et le service d'hospitalisation à domicile.

Le dossier médical détenu par l'hôpital est communiqué au médecin traitant dans les conditions prévues par le décret n° 74-230 du 7 Mars 1974.

ARTICLE 7

L'Association s'engage à conclure dans le cadre du secteur sanitaire une convention avec chaque établissement d'hospitalisation susceptible de lui adresser des malades répondant aux conditions fixées à l'article 4 ci-dessus.

Cette convention précise notamment les conditions dans lesquelles les malades peuvent quitter un établissement pour être admis en hospitalisation à domicile et les conditions dans lesquelles ils peuvent être réhospitalisés.

Cette convention précise également les modalités de transmission des informations nécessaires à la poursuite des traitements entre le praticien hospitalier et le médecin traitant ainsi que l'estimation des besoins du malade qui doivent être satisfaits par le service d'hospitalisation à domicile.

Ces conventions conclues par l'Association sont communiquées systématiquement et sans délai aux Caisses signataires par le responsable de l'Association.

L'Association peut également passer convention avec le syndicat interhospitalier du secteur.

ARTICLE 8

L'Association..... assure ou prend en charge :

1° - L'exécution, par des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat, des soins prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin traitant.

Il appartiendra à l'infirmière de tenir le cahier des prescriptions et de soins du malade.

2° - La surveillance sociale des malades et de leur famille, par des assistantes sociales chargées d'apporter leur concours pour la solution de tous les problèmes individuels ou familiaux de leur compétence, d'effectuer toutes les démarches administratives relatives au séjour du malade en hospitalisation à domicile.

3° - La continuité des soins exécutés par les auxiliaires médicaux, et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés, par un service de permanence et de garde.

4° - Le transport sanitaire des malades, chaque fois qu'il y a lieu, par le moyen répondant à son état et prescrit par le médecin traitant.

5° - La fourniture, éventuellement à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement.

6° - Si l'état du malade l'exige, la mise à sa disposition d'une aide-ménagère dont le nombre d'heures fournies doit être en rapport avec les besoins réels du bénéficiaire.

ARTICLE 9

La fin du séjour en hospitalisation à domicile est prononcée, sur proposition du médecin traitant à domicile éventuellement en accord avec le praticien hospitalier, par le Directeur de l'Association, avec l'agrément du médecin conseil de la Caisse intéressée.

ARTICLE 10

Les Caisses remboursent à l'Association les dépenses du service d'hospitalisation à domicile, pour le mois écoulé. et pour le malade, sur la base d'un forfait journalier.

Le montant de ce forfait journalier englobe les éléments prévus à l'article 8 de la présente convention, majorés des frais généraux, acceptés par les organismes signataires lors de l'établissement du prix de revient prévisionnel après production de toutes pièces justificatives.

Pour l'année il est fixé à F par jour et par malade admis dans le service d'hospitalisation à domicile.

Pour obtenir le règlement des sommes dues, l'Association adresse à chacune des Caisses, avant le dixième jour du mois suivant le mois auquel se rapportent les dépenses, une facture individuelle par malade en double exemplaire accompagnée d'un bordereau récapitulatif précisant :

- les noms, prénoms et numéros d'immatriculation de tous les malades traités en hospitalisation à domicile pendant le mois écoulé,
- le nombre de jours d'hospitalisation à domicile de chacun d'eux,
- la somme à rembourser à l'Association pour chaque malade.

Ce bordereau est arrêté et certifié exact par le responsable de l'Association d'hospitalisation à domicile ; il est réglé, en principe, dans le mois qui suit sa remise.

ARTICLE 11

Les honoraires médicaux sont déterminés d'après la Nomenclature Générale des actes professionnels et conformément aux dispositions générales de la Convention entre les Caisses Nationales de l'Assurance Maladie et la Profession médicale, ainsi que de son annexe relative aux tarifs.

Lorsque la nature ou le coût des soins le requiert, le règlement direct des honoraires au praticien doit pouvoir s'effectuer - sauf désaccord de celui-ci -, par un moyen permettant à l'assuré d'être dispensé de toute avance, les honoraires réglés par ce moyen étant ceux qui résultent des tarifs conventionnels en vigueur.

A défaut de pouvoir recourir à une formule satisfaisante de ce type, la procédure visée à l'article 4, paragraphe 3 de la Convention entre les Caisses Nationales et la profession médicale, sera appliquée.

ARTICLE 12

L'Association s'engage à donner aux médecins-conseils des Caisses toutes facilités en vue de l'exercice du contrôle médical sur place et sur pièces.

Le médecin-conseil peut notamment demander au chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins et au médecin traitant tous renseignements utiles concernant le malade.

L'Association tient un fichier contenant les nom et adresse du malade ainsi que tous renseignements d'ordre médical relatifs au traitement ou à l'hospitalisation dont il a pu faire l'objet. Les fiches médicales sont établies pour chaque bénéficiaire. Elles doivent être mises à jour et peuvent être consultées par les médecins-conseils des organismes de sécurité sociale. A cet égard, l'Association s'engage à veiller au secret professionnel.

Afin de s'assurer des conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention de l'Association, tant sur le plan matériel que sur le plan moral et social, les Caisses se réservent la possibilité de faire effectuer périodiquement des enquêtes au domicile des malades par l'intermédiaire de son service social.

L'Association s'engage à mettre à la disposition des agents de contrôle accrédités par les Caisses les dossiers des malades assistés qui doivent comprendre notamment :

- l'accord écrit du malade ou de sa famille,
- la fiche comptable, par malade, des honoraires médicaux d'une part, et des diverses prescriptions médicales d'autre part (pharmacie, radios, actes de chirurgie, examens de laboratoires, etc...),
- le compte rendu de l'enquête sociale préalable à toute prise en charge,
- le carnet d'exécution des prescriptions médicales,
- le relevé comptable des frais de transport, d'une part, et du matériel mis à la disposition du malade, d'autre part,
- le compte rendu détaillé relatif à l'exécution des prestations fournies par l'Association.

ARTICLE 13

L'Association s'engage à mettre à la disposition des agents de contrôle des Caisses la liste du personnel en fonction accompagnée de l'indication de sa qualification.

L'Association s'engage par ailleurs à fournir chaque année aux Caisses, son budget prévisionnel avant le 1er novembre de chaque année ; son compte d'exploitation, son bilan de fin d'exercice et son rapport moral d'activité dans le mois qui suit la présentation de ces documents au Conseil d'Administration de l'Association. Dans l'hypothèse où l'Association assure la gestion d'autres services, le service d'hospitalisation à domicile doit faire l'objet d'un budget et d'une comptabilité distincts.

ARTICLE 14

L'Association s'interdit de faire toute publicité ; tout manquement à ces dispositions entraînerait la dénonciation de la convention.

L'information destinée au corps médical n'est pas considérée comme publicité et ne tombe pas sous le coup des dispositions du présent article.

ARTICLE 15

Toute modification apportée à l'organisation de l'Association et de son service d'hospitalisation à domicile de et à son règlement intérieur est portée à la connaissance des Caisses signataires dans le délai de 15 jours.

ARTICLE 16

La présente convention est conclue pour une durée d'un an, à compter du ; elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par lettre recommandée qui devra être motivée, avec un préavis de 3 mois.

FAIT à le

en exemplaires.

Le Directeur de l'Association
d'Hospitalisation à domicile,

Le Directeur de la Caisse Régionale
d'Assurance Maladie de

Le Directeur de la Caisse de
Mutualité Sociale Agricole
de

Le Directeur de la Caisse Mutuelle
Régionale d'Assurance Maladie des
Travailleurs non Salariés des
Professions non Agricoles,

HOSPITALISATION A DOMICILE

PROJET DE CONVENTION-TYPE

(Etablissement d'hospitalisation public)

Entre les soussignés

- LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE
représentée par M.....

Et :

- LA CAISSE MUTUELLE REGIONALE
représentée par M
- LA CAISSE DE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
représentée par M

ci-dessous dénommées "les Caisses",

d'une part,

Et :

- LE CENTRE HOSPITALIER de (Service d'hospitalisation à domicile
représenté par le Directeur.

d'autre part,

IL A ETE CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

ARTICLE 1er

Le Centre hospitalier de s'engage à mettre en place des moyens en personnel et en matériel nécessaires pour donner aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, ressortissants des régimes représentés par les Caisses signataires, les soins en hospitalisation à domicile que réclame leur état, dans les conditions définies par la présente convention...

L'organigramme du Service d'hospitalisation à domicile, comportant notamment la liste du personnel dont le concours est prévu ainsi que l'indication de sa qualification, est annexé à la convention.

ARTICLE 2

En cas d'adhésion du Centre Hospitalier de au syndicat interhospitalier de la région ou du secteur d'action sanitaire, certaines activités du Service d'hospitalisation à domicile peuvent être envisagées dans le cadre du syndicat, au même titre que les autres services de l'établissement.

.../..

ARTICLE 3

L'organisation du service d'hospitalisation à domicile se présente sous la forme d'une ou plusieurs sections dotées chacune d'une équipe technique ayant la charge d'un nombre de malades déterminé et dont le rayon d'action est limité.

ARTICLE 4

Le nombre moyen mensuel de malades susceptibles d'être pris simultanément en charge, au titre du service d'hospitalisation à domicile, par les Caisses, est fixé chaque année par voie d'accord entre les parties. Il fait l'objet d'avenants à la convention pris après avis des médecins-conseils des Caisses signataires. En ce qui concerne la première année d'application de la présente convention, ce nombre est fixé à

ARTICLE 5

L'admission d'un malade en hospitalisation à domicile est subordonnée aux conditions suivantes :

1° - Ne peuvent être admis en hospitalisation à domicile que les malades déjà hospitalisés dans un établissement participant ou associé au service public hospitalier ou, exceptionnellement, ayant été examinés au titre d'une consultation externe dans les services de disciplines particulières, et dont l'état, s'il ne nécessite plus le recours permanent à une équipe et à un appareillage hospitaliers, requiert encore une surveillance et des soins actifs.

Ne sont pas couvertes en particulier par cette convention, les personnes âgées ne répondant pas aux conditions fixées par le premier alinéa, ainsi que les malades atteints d'une affection psychiatrique justiciables d'un traitement ambulatoire, les malades atteints d'affections traitées par hémodialyse à domicile, les malades atteints de tuberculose pulmonaire et d'insuffisances respiratoires graves nécessitant un appareillage spécialisé.

2° - Le consentement écrit du malade ou de sa famille est requis préalablement à toute hospitalisation à domicile.

3° - L'admission en hospitalisation à domicile est également subordonnée au résultat d'une enquête confiée à une assistante sociale du service d'hospitalisation à domicile en vue de s'assurer que les conditions matérielles, psychologiques et sociales requises, notamment dans le domaine du logement et de l'environnement familial, sont bien remplies et permettent le retour du malade à son domicile.

Un double de cette enquête est immédiatement transmis au service du contrôle médical des Caisses.

4° - La proposition d'admission des malades en hospitalisation à domicile appartient au praticien sous la responsabilité duquel le malade est hospitalisé (1) (ou au chef du service ayant procédé à la consultation externe). Ce praticien joint à sa demande le schéma des traitements et soins qu'il estime nécessaires au malade.

...

(1) Ce praticien est dénommé dans les articles suivants le praticien hospitalier.

5° - L'admission des malades en hospitalisation à domicile est subordonnée à la délivrance préalable d'une prise en charge par les Caisses, après avis du médecin-conseil.

Pour obtenir délivrance et renouvellement de la prise en charge, le Centre hospitalier (H. à D.) adresse à la Caisse intéressée une demande présentée sur un modèle établi d'un commun accord.

Dans les meilleurs délais et au plus tard dans les dix jours qui suivent la réception du document précité, la Caisse adresse au Centre Hospitalier soit son accord sur la prise en charge de la part lui incombant dans les frais d'intervention, soit les motifs de son refus.

Si une demande de prolongation est prévisible lors de la demande initiale, le chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins la fait figurer sur cette demande. La durée initiale de la prise en charge est fixée à vingt jours. Cette prise en charge est renouvelable sur avis du médecin-conseil.

La demande de renouvellement de prise en charge doit être formulée huit jours avant l'expiration de la prise en charge initiale.

6° - L'admission est prononcée dans les limites et conditions précisées par le Directeur du Centre Hospitalier.

ARTICLE 6

Le malade a le libre choix du médecin à qui il désire voir confier l'exécution du traitement à son domicile, sous réserve de l'acceptation par le médecin traitant des conditions de fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile telles qu'elles sont fixées par le règlement intérieur du Centre Hospitalier.

ARTICLE 7

Les dispositions du règlement intérieur fixent les modalités de fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile et notamment les conditions dans lesquelles est organisée la collaboration entre les services hospitaliers et le médecin traitant.

Le dossier médical détenu par l'hôpital est communiqué au médecin traitant dans les conditions prévues par le décret n° 74-230 du 7 mars 1974.

ARTICLE 8

Des conventions complémentaires déterminent, dans la région et les secteurs d'action sanitaire intéressés, les rapports entre le Centre Hospitalier de (Service d'hospitalisation à domicile) et les autres établissements d'hospitalisation, notamment les conditions dans lesquelles les malades peuvent quitter un établissement pour être admis dans le service d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier et inversement.

Figurent dans les mêmes conventions, les modalités de transmission des informations relatives à la poursuite des traitements.

.../...

Ces conventions sont communiquées systématiquement et sans délai aux Caisses signataires par le Directeur du Centre Hospitalier.

ARTICLE 9

Le Centre Hospitalier (H. à D.) de assure ou prend en charge :

- 1° - L'exécution, par des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat, des soins prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin traitant;
Il appartiendra à l'infirmière de tenir le cahier des prescriptions et de soins du malade ;
- 2° - La surveillance sociale des malades et de leur famille par des assistantes sociales chargées d'apporter leur concours pour la solution de tous les problèmes individuels ou familiaux de leur compétence, d'effectuer toutes les démarches administratives relatives au séjour du malade en hospitalisation à domicile ;
- 3° - La continuité des soins exécutés par les auxiliaires médicaux et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés par un service de permanence et de garde ;
- 4° - Le transport sanitaire des malades, chaque fois qu'il y a lieu, par le moyen répondant à son état et prescrit par le médecin traitant ;
- 5° - La fourniture, éventuellement à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement ainsi que de l'appareillage orthopédique et prothétique.
- 6° - Si l'état du malade l'exige, la mise à sa disposition d'une aide-ménagère dont le nombre d'heures fournies doit être en rapport avec les besoins réels du bénéficiaire;
- 7° - La fourniture des médicaments et produits pharmaceutiques ;
- 8° - Les examens de laboratoire, les actes de radiodiagnostic et de radiothérapie ;
- 9° - Les frais généraux correspondant aux frais de fonctionnement du Service d'hospitalisation à domicile.

ARTICLE 10

La fin du séjour en hospitalisation à domicile est prononcée sur proposition du médecin traitant à domicile, en accord éventuellement avec le praticien hospitalier, par le Directeur du Centre Hospitalier, avec l'agrément du médecin-conseil de la Caisse intéressée.

ARTICLE 11

Les Caisses remboursent au Centre Hospitalier les dépenses du Service d'hospitalisation à domicile pour le mois écoulé, et pour le malade, sur la base d'un forfait journalier englobant les éléments visés à l'article 9 (1° - 2° - 3° - 4° - 5° - 6° - 7° - 9° -) auxquels s'ajoutent les frais correspondant aux actes visés à l'article 9 - 8°, au tarif des consultations externes hospitalières.

La valeur du forfait journalier est soumise à l'homologation des autorités ayant la charge de fixer le prix de journée hospitalier sur proposition du Centre Hospitalier et des Caisses signataires.

Pour obtenir le règlement des sommes dues, le Centre Hospitalier adresse à chacune des Caisses, avant le dixième jour du mois suivant le mois auquel se rapportent les dépenses, une facture individuelle en double exemplaire accompagnée d'un bordereau récapitulatif précisant :

- le noms, prénoms et numéros d'immatriculation de tous les malades traités en hospitalisation à domicile pendant le mois écoulé,
- le nombre de jours d'hospitalisation à domicile de chacun d'eux,
- la somme à rembourser au Centre Hospitalier pour chaque malade.

Ce bordereau est arrêté et certifié exact par le Directeur du Centre Hospitalier ; il est réglé, en principe, dans le mois qui suit sa remise.

ARTICLE 12

Les honoraires des médecins non hospitaliers sont déterminés d'après la Nomenclature Générale des actes professionnels et conformément aux dispositions générales de la Convention entre les Caisses Nationales de l'Assurance Maladie et la profession médicale, ainsi que de son annexe relative aux tarifs.

Lorsque la nature ou le coût des soins le requiert, le règlement direct des honoraires au praticien, doit pouvoir s'effectuer - sauf désaccord de celui-ci - par un moyen permettant à l'assuré d'être dispensé de toute avance, les honoraires réglés par ce moyen étant ceux qui résultent des tarifs conventionnels en vigueur.

A défaut de pouvoir recourir à une formule satisfaisante de ce type, la procédure visée à l'article 4, paragraphe 3 de la Convention entre les Caisses Nationales et la profession médicale, sera appliquée.

ARTICLE 13

Le centre hospitalier de s'engage à donner aux médecins-conseils des Caisses toutes facilités en vue de l'exercice du contrôle médical sur place et sur pièces.

Le médecin-conseil peut notamment demander au chef du service hospitalier ou de l'établissement de soins et au médecin traitant tous renseignements utiles concernant le malade.

Le Service d'hospitalisation à domicile tient un fichier contenant les nom et adresse du malade ainsi que tous renseignements d'ordre médical relatifs au traitement ou à l'hospitalisation dont il a pu faire l'objet. Les fiches médicales sont établies pour chaque bénéficiaire. Elles doivent être mises à jour et peuvent être consultées par les médecins-conseils des organismes de Sécurité Sociale.

Afin de s'assurer des conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention du Centre Hospitalier, tant sur le plan matériel que sur le plan moral et social, les Caisses se réservent la possibilité de faire effectuer périodiquement des enquêtes au domicile des malades par l'intermédiaire de son service social.

Le Service d'hospitalisation à domicile s'engage à mettre à la disposition des agents de contrôle accrédités par les Caisses les dossiers des malades assistés, qui doivent comprendre notamment :

- l'accord écrit du malade ou de sa famille,
- la fiche comptable par malade, des diverses prescriptions médicales (pharmacie, radios, actes de chirurgie, examens de laboratoire, etc.),
- le compte rendu de l'enquête sociale préalable à toute prise en charge,
- le carnet d'exécution des prescriptions médicales,
- le relevé comptable des frais de transport, d'une part, et du matériel mis à la disposition du malade, d'autre part,
- le compte rendu détaillé relatif à l'exécution des prestations fournies par le Centre Hospitalier.

ARTICLE 14

Le Centre Hospitalier s'engage par ailleurs à fournir chaque année aux Caisses tous renseignements utiles sur les frais de fonctionnement du service qui constitue l'une des sections définitives de la feuille de répartition et d'imputation de la comptabilité de l'Hôpital.

ARTICLE 15

Toute modification apportée au Service d'hospitalisation à domicile et aux dispositions du règlement intérieur relatives à cette forme de soins, est portée à la connaissance des Caisses signataires dans le délai de quinze jours.

ARTICLE 16

La présente convention complète la convention générale réglant les rapports entre les Caisses signataires et le Centre Hospitalier de Elle est conclue pour une durée d'un an à compter du ; elle est renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par lettre recommandée qui devra être motivée, avec un préavis de 3 mois.

FAIT à _____ le _____
en _____ exemplaires

Le Directeur du
Centre Hospitalier de _____

Le Directeur de la Caisse
Régionale d'Assurance Maladie de _____

Le Directeur de la Caisse
de Mutualité Sociale Agricole de _____

Le Directeur de la Caisse Mutuelle
Régionale d'Assurance Maladie des
Travailleurs non Salariaés des
Profession non Agricoles, _____

L' HOSPITALISATION A DOMICILE

REGLEMENT INTERIEUR D'UNE ASSOCIATION D'HOSPITALISATION A DOMICILE

RECOMMANDATIONS

- Le règlement intérieur est communiqué aux organismes de Sécurité Sociale, signataires de la convention susvisée. Il est par ailleurs tenu à la disposition de toute personne intéressée, en particulier des malades et de leurs familles.
- L'Association s'engage à mettre en place des moyens en personnel et en matériel nécessaires pour donner aux assurés sociaux et à leurs ayants droit, les soins en hospitalisation à domicile que réclame leur état, dans les conditions définies par la Convention et le règlement.
- Le consentement écrit du malade ou de sa famille est une condition indispensable à l'admission. Le malade peut refuser cette admission.
- Une notice est remise au malade par l'Association afin de lui expliquer d'une façon détaillée les modalités de fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile.
- Le malade est informé qu'il a le libre choix du médecin à qui il désire voir confier la continuation de son traitement à domicile, dans le respect des conditions prévues pour le fonctionnement du service. Dans le cas où l'assuré social ne possède pas de médecin traitant ou si ce dernier refuse de collaborer au service d'hospitalisation à domicile, le malade choisit son médecin, au besoin le Médecin-Chef hospitalier lui fait connaître le nom des médecins qui acceptent la réglementation applicable à l'hospitalisation à domicile.

Une notice est remise au médecin traitant définissant le fonctionnement du service d'hospitalisation à domicile. Elle doit recevoir l'accord explicite du médecin traitant.
- Le médecin traitant reste en étroite liaison avec le Médecin-Chef hospitalier d'origine en vue de réaliser une parfaite coordination dans les traitements appliqués, le retour éventuel du malade à l'hôpital et la fin du séjour en hospitalisation à domicile.
- Les modalités des soins seront particulièrement précisées, le rythme des visites à domicile du médecin et des auxiliaires médicaux étant lié à l'état du malade.

Une personne qualifiée du service d'hospitalisation à domicile (Assistante Sociale, Secrétaire Médicale, Infirmière) aide le médecin traitant à prendre les rendez-vous nécessaires auprès des spécialistes de l'hôpital, à garder la liaison avec le service d'origine du malade et facilite les rencontres entre le médecin traitant et le médecin hospitalier. Le dossier médical hospitalier est complété à l'aide de renseignements fournis par le médecin traitant.

- La liste des prestations assurées par l'Association sera indiquée :

- 1° - L'exécution par des auxiliaires médicaux diplômés d'Etat des soins prescrits qualitativement et quantitativement par écrit par le médecin traitant. Il appartient à l'infirmière de tenir le cahier de prescriptions et de soins du malade.
- 2° - La surveillance sociale du malade et de sa famille, par une assistante sociale chargée d'apporter son concours pour la solution de tous les problèmes individuels ou familiaux de sa compétence, d'effectuer toutes les démarches administratives relatives au séjour du malade en hospitalisation à domicile.
- 3° - La continuité des soins exécutés par les auxiliaires médicaux et la réponse aux appels d'urgence, la nuit, les dimanches et jours fériés par un service de permanence et de garde.
- 4° - Le transport sanitaire du malade, chaque fois qu'il y a lieu, par le moyen répondant à son état et prescrit par le médecin traitant. Le transport peut être assuré par les véhicules du service d'hospitalisation à domicile ou par appel à des services de transports privés.
- 5° - La fourniture, éventuellement à titre de prêt, du matériel et du mobilier nécessaires à la bonne exécution du traitement.
- 6° - Si l'état du malade l'exige, la mise à sa disposition d'une aide ménagère dont le nombre d'heures fournies doit être en rapport avec les besoins réels du bénéficiaire.

- Dans le cadre des interventions prévues, la notice remise au malade au moment où il est admis en service d'hospitalisation à domicile, comporte :

l'adresse et le n° de téléphone du service de permanence et de garde de l'Association permettant un appel d'urgence, notamment durant la nuit et les jours fériés.

- Sont indiquées les conditions de fin de séjour en hospitalisation à domicile, prononcées, sur proposition du médecin traitant à domicile éventuellement en liaison avec le praticien hospitalier, par le Directeur de l'Association, avec l'accord du Médecin-Conseil de la Caisse intéressée.

- Sont indiquées également les modalités de règlement et de prise en charge des prestations fournies par l'Association, des honoraires médicaux, des dépenses afférentes aux produits pharmaceutiques, examens de laboratoire, actes de radiologie et d'électroradiologie, appareillage orthopédique et prothétique, afin de limiter les formalités à effectuer par le malade.

- Le malade est informé que la Caisse de Sécurité Sociale intéressée est appelée à effectuer des enquêtes à son domicile afin de s'assurer des conditions dans lesquelles s'exerce l'intervention de l'Association, tant sur le plan matériel que sur le plan moral et social.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES
55, Avenue Bosquet, 75700 PARIS

Tél. 705 99 50

PARIS, le 29 octobre 1974

Le Président du Conseil d'Administration
de la Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés

C.N.A.M.T.S. N° 207

à

Messieurs les Présidents
des Conseils d'Administration des
Caisses Régionales d'Assurance Maladie
(pour attribution)

Messieurs les Présidents
des Conseils d'Administration des
Caisses Primaires d'Assurance Maladie
(pour information)

OBJET : Assurance maladie -
HOSPITALISATION A DOMICILE : Conditions médicales de prise en
charge - Conventions-types - Règlement intérieur. -

PJ. 4

Monsieur le Président,

L'attention de la Caisse Nationale de l'Assurance
Maladie des Travailleurs Salariés a été appelée sur le développement
d'un certain nombre de formules de soins à domicile qui, en l'absence
de toute réglementation, se créent dans des conditions très disparates.
Sans nier l'intérêt de ces formules, il est apparu qu'elles entraînent en
concurrence avec d'autres formes de soins et qu'il était donc souhaita-
ble de rationaliser cette modalité de distribution des soins de façon à
ce que les régimes d'assurance maladie ne supportent pas des charges
inutiles à l'occasion d'initiatives plus ou moins bien conduites.

La présente circulaire a pour objet, d'une part
d'analyser les données du problème et, d'autre part, d'exposer les
éléments de solution concernant une des formules de soins à domicile,
à savoir l'hospitalisation à domicile. Ces solutions se matérialisent

./..

sous forme d'un certain nombre de conventions-types déterminant, suivant les cas, les modalités médicales et administratives de remboursement des soins donnés dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Pour assurer la coordination entre les établissements d'hospitalisation et les associations d'hospitalisation à domicile des conventions devront également être passées entre ces organismes.

I - LES DONNEES DU PROBLEME DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

1°) La place des soins à domicile dans le système sanitaire

Il est d'usage de distinguer dans l'organisation du système sanitaire français deux grands secteurs :

a) le secteur des soins aux malades ambulatoires ou à domicile, assuré principalement par les cabinets de médecins et d'auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral (mais également par les dispensaires ou les consultations externes hospitalières), s'appuyant sur un réseau de pharmaciens et de laboratoires d'analyses. Ce système de soins présente deux caractéristiques principales :

- d'une part, il laisse au malade une grande liberté de choix puisque celui-ci choisit les acteurs du système qu'il met en jeu pour se soigner (généraliste, spécialiste, pharmacien, laboratoire), le malade ou un de ses proches, dans le cadre de cette liberté, assurant la coordination entre ces différents acteurs, selon une démarche supposée logique et répondant à son besoin de soins médicaux ;
- d'autre part, du point de vue de l'assurance maladie, ce système de soins est le lieu d'élection de la rémunération à l'acte, la fréquentation par le malade de chaque acteur du système se traduisant par une rémunération distincte, notée dans une nomenclature ou un barème de prix.

b) le secteur des soins aux malades hospitalisés, assuré par les établissements d'hospitalisation publics et privés. Ce système présente également deux caractéristiques principales :

- si le malade choisit son établissement d'hospitalisation, il perd la plus grande partie de sa liberté dans le choix des soins, qui lui sont délivrés par une organisation hiérarchisée de praticiens et d'auxiliaires médicaux, assurant fourniture de produits pharmaceutiques et examens de laboratoires.

BIBLIOGRAPHIE

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - Direction de la Stratégie, Service de L'évaluation - Enquête DOMHIV - Septembre 1992 - *"Evaluation des besoins médico-sociaux des patients infectés par le VIH pris en charge à l'AP - HP et orientés vers diverses structures de relais"*.

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS - *"Hospitalisation à domicile, rapport d'activité 1992"*

UDSMA - MUTUALITE DE L'AVEYRON - 1990 - *"Evaluation deuxième année, expérience de soins palliatifs terminaux en hospitalisation à domicile"*.

ENSP - SYLVAIN MARTIN - Formation d'Elève Directeur de 3ème classe, promotion 1991 - *"Perspectives de développement d'alternatives à l'hospitalisation à partir du centre hospitalier de Moulins : l'exemple d'un service d'hospitalisation à domicile"*.

ENSP - CH CHAZE - *Mémoire de fin d'assistantat - 1988 - "La nutrition parentérale à domicile chez l'enfant : une innovation thérapeutique et structurelle"*.

LEGOS - MARTINE BUNGENER - 1987 - *"La production domestique de santé : exemple de l'hospitalisation à domicile, approche économique et données de l'enquête"*.

UNIVERSITE DE CAEN - SOPHIE PERSON - Mémoire de Maîtrise de Sciences et Techniques, intervention sociale et développement - promotion 1991-1992 - *"Vécu du système d'hospitalisation à domicile"*.

CREDES - ANDRE MIZRAHI - 1988 - *"Les services de soins à domicile, coût et efficacité"*

CREDES - LAURE COM-RUELLE, NADINE RAFFY - 1993 - *"Le fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile"*

CERAT - MONIKA STEPHEN - octobre 1987 - *"Les politiques alternatives dans le domaine de la santé"*

MARTINE BUNGENER - 1987 - Les cahiers du CTNRER n° 44 - octobre, décembre 1988 *"Soigner un malade à domicile, approche économique de la production familiale de santé"*.

CNAMTS - Dossier étude et statistiques - Mai 1987 - *"Les alternatives à l'hospitalisation, Résultats 1984 et analyse par structure"*.

CNAMTS - Paris, 1985 - *"Enquête H.A.D."*

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION - Documents statistiques n°168 - Mars 1993 *"Les services de soins à domicile, enquête S.S.A.D. 1991"*

HERVE LEROY - Enquête statistique nationale 1er janvier au 31 décembre 1992 - *"Alternatives à la dialyse en centre en France"*

COMMUNICATION PARTENAIRES SANTE - 1991, n° 2 - *"Hospitalisation à domicile"*

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DES PAYS DE LA LOIRE - Mars 1986 *"Alternatives à l'hospitalisation"*

REVUE PREVENIR - Premier semestre 1987 - *"Les alternatives à l'hospitalisation : le débat économique, la réponse des libéraux, les rôles et charges des familles, les obstacles politiques et administratifs, les progrès et perspectives."*

DR J.M. GOMAS - Les éditions du CERF, Paris, 1993 - *"Soigner à domicile des malades en fin de vie"*.

REVUE PROSPECTIVE ET SANTE - n° 32 /hiver 1984 - *"L'hôpital hors les murs"*.

SANTE SERVICE PUTEAUX - Nathan - *"L'hospitalisation à domicile"*

SANTE SERVICE PUTEAUX - H. GARDENT, CH. CAYE, A.M. CANDOTTI - *"Contribution de l'hospitalisation à domicile à une diminution du coût hospitalier"*

PREMIER COLLOQUE EUROPEEN, HOSPITALISATION A DOMICILE ET CANCER - Mr Ehrard, directeur régional de la caisse régionale d'assurance Maladie d'Ile de France - Paris, 3 février 1988 - *"Aspect économique"*

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE - R. FONTENEAU - n°5, 1993- *"Hospitalisation à domicile, Conférence de Cardiff"*

GESTION HOSPITALIERE - P. LEMARLEY, J.P. BOUTIN, M.GHYOULA - n° 279, 1989 - *"Le coût de l'hospitalisation à domicile dans le Var"*

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - n° 3, 1989 - *"L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile."*

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL - 1982, Paris : Imprimerie Nationale - *"Les alternatives à l'hospitalisation"*

DECISION SANTE - M.FUKS - n° 33, 1992 - *"Les soins en H.A.D"*

GESTION HOSPITALIERE - D. DIALA - n° 301, 1990 - *"Infirmière en hospitalisation à domicile"*

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile - *"L'hospitalisation à domicile"* - Paris : FNEHAD, s.d.-35 p.

L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE - C. LANSIER - n° 1, 1992 - *"Actualité de l'hospitalisation à domicile : à propos d'une expérience"*

DECISION SANTE - M. FUKS - n° 34, 1993 - *"HAD : la technique apprivoisée : la chimiothérapie"*

DECISION SANTE - M. FUKS - n° 35, 1993 - *"HAD : la technique apprivoisée"*

DECISION SANTE - M. FUKS - n° 36, 1993 - *"HAD : la technique apprivoisée : l'oxygénothérapie"*

DECISION SANTE - M. FUKS - n° 37, 1993 - *"HAD : la technique apprivoisée : l'antibiothérapie par voie veineuse"*

DECISION SANTE - M. FUKS - n° 38, 1993 - *"HAD : la technique apprivoisée : la nutrition parentérale à domicile"*

REVUE DE L'INFIRMIERE : A. LEBEAUPIN - n° 1, 1993 - *"Les services de soins à domicile début 1991"*

GESTIONS HOSPITALIERES - n° 328, 1993 - *"La chimiothérapie à domicile : formation des I.D.E., libéraux, par une continuité de soins entre l'hôpital et le domicile"*

IGAS - 1978 - *"L'hospitalisation à domicile"*

11EME ASSISES NATIONALES DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE - 1985 - *"Soins et hospitalisation à domicile : Quel avenir ?"*

GESTIONS HOSPITALIERES - D. ARCOT - n° 224, 1983 - *"L'hospitalisation à domicile est-elle un système de soins coûteux" ?*

LE CONCOURS MEDICAL - C. CHABRUN ROBERT - n° 20, 1976 - *"HAD : trois expériences du Sud-Ouest"*

LE CONCOURS MEDICAL - C. CHABRUN ROBERT - n° 40, 1978 - *"L'hospitalisation à domicile dans le système de soins"*

LE CONCOURS MEDICAL - C. CHABRUN ROBERT - n° 38, 1986 - *"L'hospitalisation à domicile en question"*

LA REVUE HOSPITALIERE - R. DUCLOS - n° 339, 1981 - *"L'hospitalisation à domicile en France"*

LE CONCOURS MEDICAL - n° 19, 1980 - *"Hospitalisation à domicile à la recherche de sa définition"*

HOSPITALISATION PRIVEE - V. GIORDONO - n° 253, 1986 - *"Soins et HAD : analyse et avenir"*

HOSPITALISATION PRIVEE - J. GODARD - n° 242, 1983 - *"L'avenir de l'HAD dans le système de santé française"*

Liste des graphiques

Graphique n° 1	
Le soutien du patient.....	20
Graphique n° 2	
Pourcentage de patients et de leur entourage ayant ressenti ou non des inconvénients lors du séjour en HAD	21
Graphique n° 3	
Les inconvénients ressentis par l'entourage du patient.....	22
Graphique n° 4	
Les inconvénients ressentis par le patient hospitalisé à domicile.....	23
Graphique n° 5	
Evolution des taux de fréquentation des structures d'HAD dans chaque secteur.....	27
Graphique n° 6	
Evolution du nombre de journées des structures d'HAD dans chaque secteur.....	28
Graphique n° 7	
Evolution des taux d'activité en HAD dans chaque secteur.....	28
Graphique n° 8	
Satisfaction des patients pris en charge en HAD.....	33
Graphique n° 9	
Satisfaction des patients pris en charge en HAD selon le sexe.....	34
Graphique n° 10	
Pourcentage de patients et de leur entourage ayant ressenti ou non des avantages lors du séjour en HAD.....	35
Graphique n° 11	
Comparaison des avantages et des inconvénients en HAD ressentis par les patients et leur entourage.....	36
Graphique n° 12	
Les avantages ressentis par le patient.....	37
Graphique n° 13	
Les avantages ressentis par l'entourage du malade.....	37
Graphique n° 14	
Motifs des non admissions en HAD en 1991.....	44
Graphique n° 15	
Accroissement des dépenses hospitalières et des dépenses en HAD (à prix relatifs sur la période 1986-1991).....	47
Graphique n° 16	
Accroissement des différents postes de dépenses en hospitalisation à domicile sur la période 1986-1991 (prix relatifs).....	48
Graphique n° 17	
Accroissement du coût moyen d'une journée en HAD et en hospitalisation classique comparée l'augmentation de l'indice général des prix.....	49
Graphique n° 18	
Economies réalisées en 1991 par l'Assurance Maladie en Millions de Francs.....	54

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
Economies réalisées par l'Assurance Maladie pour l'année 1991 grâce à l'HAD.....	53
Tableau n° 2	
Economies réalisées par l'Assurance Maladie pour l'année 1991 grâce à l'HAD.....	53

Achévé d'imprimer le 10 Février 1994
SCRIPTA Diffusion, 16 Place Adolphe Chérioux
75015 PARIS
Dépôt légal : Février 1994

**COMMENT RECEVOIR OU CONSULTER
LES PUBLICATIONS DU CREDES**

ACHAT DES PUBLICATIONS

- Soit directement au CREDES

1 rue Paul Cézanne

75008 PARIS

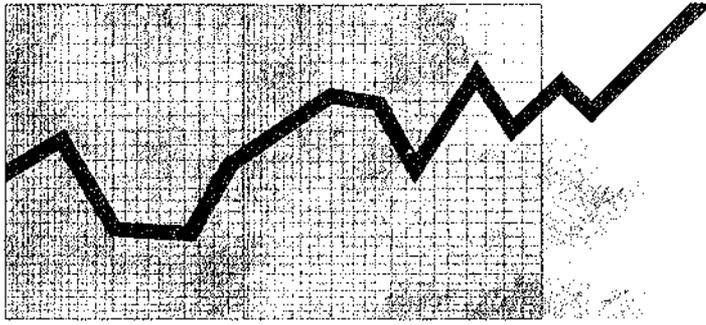
(Métro : Saint-Philippe-du-Roule ou Miromesnil)

- Soit par courrier

CONSULTATION

Au Service de Documentation du CREDES,

sur rendez-vous : Téléphoner au 40 76 82 00 ou 40 76 82 01



Avec 41 structures opérationnelles au 1er janvier 1992, l'hospitalisation à domicile occupe une place marginale dans le système de soins. Après une phase de stagnation dans les années 80, quel peut-être l'avenir de l'hospitalisation à domicile ?

L'hospitalisation à domicile en 1993 réunit certains freins à la fois du côté de la demande et de l'offre. Ce mode de prise en charge doit faire face à un hospitalo-centrisme tenace, constituant un véritable handicap dans le fonctionnement même de l'H.A.D.

L'avenir de l'H.A.D. semble plus optimiste en 1993 par rapport aux années précédentes notamment dans le secteur public.

L'intérêt humain et médical de la formule de soins n'est plus à démontrer. L'H.A.D. requiert également 90 % de patients satisfaits et très satisfaits. L'argument économique qui faisait hésiter à développer ce mode de prise en charge doit être reconsidérée : l'H.A.D contribue à la diminution des dépenses hospitalières.

Les décrets d'octobre 1992 et des besoins réels en H.A.D. encore non satisfaits devraient garantir à l'hospitalisation à domicile des années meilleures.

* *
*

With 41 operational facilities in 1992, home care represents but a marginal segment of the French health care system. After a period of stagnation in 1993, the future of the home care market is presently uncertain.

In 1993, home care faced inhibitions from the demand as well as the supply side. Home care has to confront a hospital-focused system which interferes with the basic functioning of home care delivery.

The future of home care appears more optimistic in 1993 with respect to former years, particularly within the public sector.

The human and medical advantages offered by this kind of care no longer need to be justified. Moreover, the satisfaction rates among home care patients reach 90 %. Economic arguments against the development of home care have been disproven by home care's visible contribution to the reduction of hospital expenditures.

Ministerial decrees dating from October 1992 and the growing unmet need for home care services should lead to the development of French home care in upcoming years.