

PARIS, le 29 octobre 1974.

C. N. A. M. T. S. N° 207

DESTINATAIRES :

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

Destinataires internes :

pour attribution

pour information

PLAN DE CLASSEMENT : 812 / 2450

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 -.

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 Saliariés

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 Saliariés a été appelée sur le développement
d'un certain nombre de formules de soins à domicile qui, en l'absence
de toute règlementation, 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.

- - 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°) Tarification 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.

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

À 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 détiennent 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. A 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

CRITERES SELON LESQUELS LE MEDECIN CONSEIL

FORMULE SON AVIS SUR LA PRISE EN CHARGE

ET SON RENOUVELLEMENT

1°/ Ne pourront bénéficier d'une prise en charge au titre de l'hospitalisation à domicile les malades atteints de :

- Tuberculose pulmonaire.
- Maladies mentales.
- Maladies contagieuses.
- Affections traitées par hémodialyse à domicile.
- Insuffisances respiratoires graves nécessitant l'utilisation d'appareils d'assistance respiratoire.

2°/ Conditions impératives nécessaires à l'entrée en hospitalisation à domicile :

a) L'hospitalisation à domicile fait suite à un séjour dans un établissement hospitalier participant au service public ou ayant passé convention avec lui.

L'admission après simple consultation externe dans les services de disciplines particulières ne peut être prononcée qu'à titre exceptionnel par le médecin-conseil chargé du contrôle hospitalier et pour les seules consultations externes désignées nommément dans un avenant à la Convention.

b) L'état du malade ne justifie plus son séjour en établissement du fait de l'évolution clinique.

c) L'état du malade et les soins envisagés imposent des interventions fréquentes et complexes des médecins et des auxiliaires médicaux, qui ne peuvent être donnés :

- ni par des établissements du type maison de convalescence, maison de repos.

- ni par les structures habituelles de soins à domicile : visites de médecins, soins par auxiliaires médicaux, aides-soignantes, etc...

.../...

d) L'enquête sociale montre que les soins envisagés peuvent être donnés à domicile.

e) Le nombre moyen mensuel de malades susceptibles d'être admis dans l'organisation de l'hospitalisation à domicile ne se trouve pas dépassé par l'admission du malade.

3°/ Si les conditions précédentes sont remplies, voici les indications les plus fréquentes de l'hospitalisation à domicile :

a) Lésions de l'appareil locomoteur ;

- Certaines fractures du rachis, bassin, du membre inférieur avant l'appui, fracture bilatérale du membre supérieur.

- Hémiplégie sauf pendant la période d'entretien.

- Paraplégie et tétraplégie.

- Sclérose en plaques en poussée aiguë.

- Polyarthrite chronique évolutive en poussée aiguë.

- Artérite des membres inférieurs en poussée évolutive.

- Complications graves des phlébites des membres inférieurs.

b) Insuffisance cardiaque.

c) Affections cancéreuses et hémopathies.

d) Cirrhose décompensée.

e) Suites d'interventions chirurgicales graves.

Pour les autres affections, l'hospitalisation à domicile est d'indication plus rare.

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' H O S P I T A L I S A T I O N A D O M I C I L E

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, prononcée, 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.