

- des ateliers thérapeutiques utilisant des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale ;
- des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ;
- des services d'hospitalisation à domicile qui organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient.

Art. 2. - Les équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant hébergement, mentionnés à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 susvisée, peuvent comprendre notamment :

- des unités d'hospitalisation à temps complet ;
- des centres de crise qui sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ;
- des hôpitaux de nuit organisant des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit et, le cas échéant, de fin de semaine ;
- des appartements thérapeutiques qui sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante, sinon continue, de personnels soignants ;
- des centres de post-cure : unités de moyen séjour destinées à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome ;
- des services de placement familial thérapeutique qui organisent le traitement des malades mentaux de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible.

Art. 3. - Le directeur général de la santé et le directeur des hôpitaux sont chargés de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 14 mars 1986.

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

*Le secrétaire d'Etat auprès du ministre
des affaires sociales et de la solidarité nationale,
porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,
EDMOND HERVÉ*

Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics

Paris, le 12 mars 1986.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, 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, le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, 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° 70-1318 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.

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 d'une 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 chronothérapie 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, 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° 70-1318 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.

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,
M. GAGNEUX*

*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,
JOSEPH FRANCESCHI*

*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. RIMAREIX*