



EHESP

Filière Directeur d'hôpital

Promotion : **2014 - 2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Enjeux et réflexions autour de la mise
en place d'un hôtel hospitalier à
l'hôpital universitaire Necker-Enfants
malades (AP-HP)**

Margaux JAULENT

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier :

- **Madame Maya VILAYLECK**, maître de stage, Adjointe au Directeur, Directrice de la Stratégie et des Projets de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades ;
- **Monsieur Vincent-Nicolas DELPECH**, Directeur de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades ;
- **Madame Lise ROCHAIX**, Directrice de mémoire, Titulaire de la Chaire Hospinomics (PSE-AP-HP), Présidente du Conseil d'administration de l'ATIH ;
- **Professeur Jean-Pierre BÉTHOUX**, Chirurgien consultant des hôpitaux, Hôpitaux universitaires Paris-Centre (AP-HP), Coordinateur médical du groupe « hôpitaux hospitaliers » de l'ARS Ile-de-France ;
- **Madame Véronique GRIVEY**, Coordinatrice projet au sein de la Direction de la Stratégie et des Projets de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades ;
- **Madame Myriam GUILLOUX**, Responsable en organisation au sein de la Direction de la Stratégie et des Projets de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades ;
- **Madame Stéphanie PIERRET**, Coordinatrice du Pilotage médico-économique au sein de la Direction des Finances et de la Recherche de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades ;
- **Docteur Denis MATHIEU**, Responsable du Département de l'information médicale de l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades.

Je remercie également toutes les personnes interviewées ainsi que les équipes de l'Hôpital Necker-Enfants malades ayant participé à ce projet et citées dans ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Les hôtels hospitaliers : un dispositif multiple ouvrant de nombreuses perspectives dans un cadre juridique en construction	5
1.1 L'offre d'hébergements extra hospitaliers en France est variée et se distingue des initiatives étrangères.....	5
1.1.1 L'offre d'hébergements extra hospitaliers à l'étranger : des modèles variés ...	5
1.1.2 L'offre d'hébergements extra hospitaliers en France	9
1.2 L'intégration de l'hôtel hospitalier constitue une véritable opportunité pour le système de santé et ses usagers mais implique un changement de culture pour l'hôpital	12
1.2.1 L'hôtel hospitalier : une opportunité pour le système de santé ?	12
1.2.2 Un changement de paradigme pour l'hôpital : une nouvelle définition de la prise en charge	16
1.3 Un cadre juridique en pleine évolution.....	17
1.3.1 Un cadre juridique encore inexistant aujourd'hui	17
1.3.2 L'article 53 loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 offre une opportunité de mise en place d'un cadre juridique pour les structures existantes et en projet	18
1.3.3 Le décret en Conseil d'État à venir précisera les caractéristiques de l'offre d'hôtels hospitaliers France	19
2 Réflexions autour de l'extension d'offre d'hébergement extra hospitalier à l'hôpital universitaire Necker-Enfants Malades	21
2.1 L'intérêt d'une extension de l'offre d'hébergement extra hospitalier à l'hôpital Necker-Enfants malades : un objectif stratégique lié au rôle de recours de l'hôpital	21
2.1.1 La place particulière et les missions de l'hôpital impliquent une offre importante en hébergements extra hospitaliers.....	21
2.1.2 Pour faire face à ces enjeux, l'hôpital a développé depuis plusieurs années un recours à une offre d'hébergements extra hospitaliers pour ses patients	27

2.2	L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a permis à l'hôpital Necker-Enfants malades de mener une réflexion sur l'extension de son recours à l'hébergement extra hospitalier	29
2.2.1	L'appel à projet de l'ARS sur l'expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers a permis à l'hôpital d'engager cette réflexion et de chiffrer son potentiel	29
2.2.2	Étude de cas relative à l'amélioration du recours à la Maison des familles de l'hôpital Necker-Enfants malades	35
2.2.3	Premiers résultats et analyse de la démarche au regard des contraintes et spécificités liées à la situation particulière de l'établissement	41
	Conclusion	51
	Bibliographie	55
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AME : Aide Médicale d'État
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département d'Information Médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GHM : Groupe Homogène de Malades
HAD : Hospitalisation À Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation Conventionnelle
HDMS : *Hospital Demand Management Strategy*
HU : Hôpital Universitaire
IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
IGR : Institut Gustave Roussy
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PPP : Partenariat Public Privé
RPS : Revue de Pertinence des Soins
RRAC : Récupération Rapide Après Chirurgie
T2A/TAA : Tarification À l'Activité
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Introduction

« *Tout le monde dit que nous devons aller vers la médecine ambulatoire, mais il y a des conditions à respecter, notamment pour le retour à son domicile d'un patient qui habite loin de l'hôpital* ». C'est ainsi que Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et du droit des femmes justifie la proposition d'expérimentation d'hôtel hospitalier déposée par le député Olivier Véran à l'occasion des discussions relatives au Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015.

En effet, dans sa Stratégie nationale de santé ainsi que dans le Projet de loi de modernisation de notre système de santé, la Ministre s'est engagée à encourager le « virage ambulatoire ». Concernant la chirurgie ambulatoire, qui consiste à réaliser une intervention chirurgicale pour un patient sans nuitée d'hébergement dans un cadre sécurisé et organisé, l'objectif est d'accéder à une moyenne de 60% d'interventions réalisées en ambulatoire d'ici 2020¹. En 2013, 40% des interventions chirurgicales étaient réalisées en ambulatoire. La France accuse en effet un retard important dans le recours à la chirurgie ambulatoire au regard des pays de l'Europe du Nord et des Etats-Unis.

Pour le ministère, ce virage ambulatoire « *permet, au bénéfice des patients et des équipes, de recentrer l'hôpital sur les soins et non plus sur l'hébergement* »². Or, certains patients ne sont pas éligibles à une chirurgie ambulatoire pour des raisons sociales parfois liées à des problèmes d'hébergement (éloignement du domicile par rapport à l'hôpital, situations sociales complexes etc.). Ainsi, certains hôpitaux ont développé des hôtels hospitaliers afin permettre à ces patients d'être éligibles à une prise en charge ambulatoire. Ces structures permettent en effet à l'hôpital de dissocier l'activité de soins de celle d'hébergement et de se recentrer, ce faisant, sur son cœur de métier : le soin. Les hôtels hospitaliers, en France, sont des structures d'hébergement extra hospitalier purement hôtelières, le plus souvent gérées par un prestataire privé, situées sur le site ou à proximité de l'hôpital et permettant d'héberger un patient suivi par l'hôpital la veille de son intervention, le soir de son intervention ou entre plusieurs consultations et bilans.

Si ces structures se sont développées ces dernières années dans les pays anglo-saxons et en Europe du Nord, elles ne bénéficient pas en France d'un cadre juridique qui leur est propre. Pourtant, ce système permettrait, outre le développement du recours à

¹ [« Chirurgie ambulatoire. Progrès des techniques. Nouvelles organisations. » Brochure du Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes 2015](#)

² Ibid.

l'ambulatoire, de constituer une source importante d'économies pour l'assurance maladie puisque de nombreuses nuitées d'hospitalisations (dont le coût est élevé), actuellement prises en charge, pourraient être évitées. De même, la prise en charge des patients en est améliorée par un hébergement extra hospitalier permettant d'éviter les infections nosocomiales et de bénéficier d'un cadre calme et confortable. Enfin, l'établissement, par la libération des lits permise par la mise en place d'un hôtel hospitalier, peut bénéficier de marges de manœuvre plus importantes dans la gestion de ses lits (augmentation du *turnover* de lits et donc des recettes liées à l'activité, revalorisation du patrimoine hospitalier etc.).

Vu l'importance du sujet, la Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 prévoit la mise en place d'une expérimentation nationale, sur une durée de trois ans, relative aux hôtels hospitaliers et concernant quinze établissements, ce qui garantit l'existence d'un cadre juridique pour les structures de ce type déjà existantes.

Toutefois, les modalités de l'expérimentation n'ont, à ce stade, pas encore été précisées. Il existe en effet une pluralité d'hébergements extra hospitaliers en France (achat de nuitées à un hôtel juxta-hospitalier, maison associative d'accueil hospitalier, hôtel hospitalier dans les murs de l'hôpital) qui dépendent des caractéristiques et de l'historique de chaque établissement. En outre, la question de la prise en charge de la nuitée en hôtel hospitalier n'a pas encore été tranchée. En effet, à l'heure actuelle, dans certains cas, la nuitée est à la charge du patient (qui peut selon le cas être remboursé par sa mutuelle ou sa caisse primaire d'assurance maladie), ce qui empêche un élargissement du dispositif aux patients qui ne disposent pas des ressources financières nécessaires. Le débat porte aujourd'hui sur l'intérêt qu'il y aurait pour la collectivité à une prise en charge de ce dispositif par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, dès lors que la non prise en charge de la nuitée peut constituer un frein au développement de ce type de services et que les économies attendues sont conséquentes.

La situation spécifique de l'hôpital Necker-Enfants malades, en raison de son rôle important de recours et de la forte demande en soins auquel il doit faire face, constitue un terrain d'étude privilégié. L'objet de ce mémoire est de présenter la démarche menée par l'établissement sur la faisabilité de la mise en place d'un parcours de soins intégrant un passage en hébergement extra hospitalier. Il vise une analyse approfondie des opportunités offertes par ce type de service et l'établissement des conditions nécessaires à la mise en place et au succès d'une telle structure, à partir d'une étude de cas.

Après un état des lieux relatif aux hébergements extra hospitaliers et des opportunités qu'ils offrent malgré un cadre juridique encore en construction (I), nous étudierons le cas de la mise en place d'un tel projet sur le site spécifique de l'hôpital Necker-Enfants malades et en tirerons les enseignements nécessaires pour le décideur hospitalier (II).

1 Les hôtels hospitaliers : un dispositif multiple ouvrant de nombreuses perspectives dans un cadre juridique en construction

Les hôtels hospitaliers se sont fortement développés ces dernières années dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Ils peuvent prendre plusieurs formes mais ont tous le même objectif : répondre à la demande en soins aigus sans augmenter les capacités en lits des établissements. En France, quelques structures ont été créées au cours des vingt dernières années (1.1) et ont su prouver leurs bénéfices en termes d'amélioration de la prise en charge du patient, d'économies pour l'assurance maladie et de gain de marges de manœuvre pour l'établissement (1.2). Toutefois, jusqu'à récemment, elles ne bénéficiaient pas de cadre juridique précis. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, un processus de sécurisation juridique de ces dispositifs a été amorcé qui aboutira peut-être à leur généralisation en 2020 (1.3).

1.1 L'offre d'hébergements extra hospitaliers en France est variée et se distingue des initiatives étrangères

1.1.1 L'offre d'hébergements extra hospitaliers à l'étranger : des modèles variés

Depuis plusieurs années, les alternatives à l'hébergement hospitalier se sont développées dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. L'objectif est le même pour l'ensemble de ces structures : réduire la durée de séjour en hospitalisation conventionnelle pour des prises en charges non aiguës et permettre de répondre plus rapidement à la demande en soins, sans augmenter les capacités en lits des établissements. Toutefois, il n'y a pas de modèle uniforme d'hôtel hospitalier d'un pays à l'autre, voire au sein d'un même pays. Les structures et leur mode de gestion sont très diversifiés pouvant aller d'une gestion hôtelière privée incluant des soins infirmiers à une structure gérée par l'hôpital avec ou sans soins de surveillance médicale pour les patients qui en auraient besoin.

- Le cas de l'Australie :

En Australie, le ministère de la Santé de l'Etat de Victoria a lancé dès 2001 un programme appelé *Hospital Demand Management Strategy (HDMS)* pour faire face à la demande croissante en soins programmés et urgents sans augmenter de manière proportionnelle la capacité des hôpitaux en lits d'hospitalisation conventionnelle, soit en

limitant la dépense afférente. Dans une note d'analyse, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a étudié ce programme et plus spécifiquement les « *medihotels* »³, structures d'hébergement alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, créées à cette occasion. L'Etat de Victoria a ainsi financé huit *medihotels* d'une capacité de huit à quinze lits entre 2001 et 2006. Ces établissements, situés sur le site hospitalier ou à proximité, sont gérés par l'hôpital lui-même (rattachés à l'une des directions). Ils permettent d'accueillir des patients autonomes et nécessitant une surveillance médicale légère en amont ou en aval de leur hospitalisation ou ayant des bilans programmés sur plusieurs jours.

La structure offre un cadre hôtelier de qualité supérieure à une hospitalisation conventionnelle (confort, repas de gamme supérieure, intimité du patient) permettant une convalescence confortable au patient tout en permettant de limiter les risques d'infections nosocomiales. Surtout, ce système représente un gain financier important pour la collectivité, la nuitée en *medihotel* étant moins chère qu'une nuitée en hospitalisation conventionnelle. Ainsi, le coût moyen d'une journée d'hospitalisation était en 2006 de 356,20 dollars alors que celle d'une journée en *medihotel* était de 251,20 dollars⁴. Un audit mené par l'Etat de Victoria suite à l'expérimentation ayant permis la création des huit premiers *medihotels* montre que le gain réalisé était de 1,5 million de dollars sur la période 2004-2005⁵. Outre ces avantages, ce système permet également de fluidifier le parcours du patient et la gestion des lits en assurant un *turnover* d'occupation des lits grâce à la réduction de la durée moyenne de séjour et grâce à la coordination entre les services et les *medihotels* qui permet d'adapter le parcours du patient à ses besoins.

Toutefois, l'audit réalisé en 2006 par le ministère de la Santé de l'Etat de Victoria a mis en évidence un faible taux d'adressage des services cliniques vers les *medihotels*, mettant en relief le manque de communication entre les deux structures. De même, les soins minimaux réalisés en hôtel engendrent une perte de compétences et sont peu attractifs pour les infirmières, la « technique » étant moins pointue que dans les services de soins. Enfin, le ministère octroie un budget spécifique au financement du *medihotel* de chaque hôpital, indépendamment du niveau d'activité de la structure hôtelière.

³ « Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital », Note d'analyse, *Veille et prospective DGOS*, n°4, lundi 5 juillet 2011

⁴ « Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital », Note d'analyse, *Veille et prospective DGOS*, n°4, lundi 5 juillet 2011

⁵ *Review of medihotels : Future directions*, Ministère de la Santé de l'Etat du Victoria, 2006

- Le cas des Etats-Unis :

Aux Etats-Unis, il existe plusieurs types de structures hôtelières alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

Les *recovery centers*⁶ constituent ainsi pour les patients ayant subi une chirurgie sans complication, une structure de qualité hôtelière transitoire avant leur retour au domicile ou en amont de leur intervention. Une infirmière coordinatrice y assure la coordination de soins focalisés sur la prise en charge de la douleur et l'éducation thérapeutique. Le personnel soignant et médical y est présent en permanence. Les chambres peuvent également y être très médicalisées, même si le patient ne nécessite plus de soins aigus. Le confort hôtelier y est assuré mais les assurances sociales de type Medicare ou Medicaid ne les prennent pas en charge, malgré leur coût inférieur à celui d'une nuitée en hospitalisation conventionnelle (40% moins cher), ce qui contraint leur développement.

En dehors de ces structures, les hôpitaux américains ont développé ces dernières années des conventions avec les hôtels à proximité de la structure hospitalière. Par ce biais, ils garantissent un confort hôtelier à leurs patients à proximité de l'hôpital tout en répondant à la demande en soins sans augmenter leurs capacités en lits. C'est ainsi le cas de la Mayo Clinic de Rochester (Minnesota) qui a même développé un système de couloirs souterrains reliant directement l'hôpital aux hôtels de proximité, facilitant ainsi le transport du patient. Le patient peut y recevoir des soins si nécessaire, une équipe soignante pouvant se rendre dans sa chambre privée.

Dans les structures américaines, les soins pouvant être prodigués au patient sont plus lourds que dans les autres structures étrangères présentées ici.

Dans ces cas, l'hébergement est à la charge du patient, sauf si son assurance santé le prend en charge.

- Les pays scandinaves:

En Suède, en Norvège et au Danemark⁷, il existe des hôtels hospitaliers garantissant un hébergement dans une structure hôtelière, excluant tout soin. Le patient

⁶ « Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital », Note d'analyse, *Veille et prospective DGOS*, n°4, lundi 5 juillet 2011

⁷ « Hôtel hospitalier – Expériences repérées et 1^{ère} modélisation », Note de synthèse, ARS Ile-de-France – Kurt Salmon, Novembre 2014

doit donc être autonome et mobile. La présence d'une infirmière est possible en cas d'urgence et les patients peuvent avoir recours à un outil d'appel d'urgence vers les services si besoin.

En Norvège, la nuitée en hôtel hospitalier, prescrite par un médecin, est intégralement prise en charge par le système national de santé. Il existe des groupes hôteliers spécialisés dans la construction et la gestion d'hôtels hospitaliers dans les pays du Nord, comprenant en général une centaine de lits.

Au Danemark, la région de Copenhague a octroyé six millions de dollars d'aide au développement des hôtels hospitaliers. Dans le modèle danois, la nuitée est intégralement financée par le système de santé national. Dans ce cadre, l'hôpital fixe les règles d'éligibilité à l'hôtel hospitalier et le client a le statut de patient de l'hôpital, notamment s'il a des examens ou interventions prévues. L'admission en hôtel hospitalier ne peut se faire que sur prescription médicale. Dans ces hôtels, le patient peut faire appel au personnel soignant, si nécessaire, mais les chambres ne sont pas médicalisées.

En Suède, pionnière du modèle, une faible partie du tarif de la nuitée peut être à la charge du patient.

Dans son étude relative aux modèles étrangers d'hôtels hospitaliers menée pour le compte de l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile-de-France⁸, le cabinet Kurt Salmon met en évidence certaines caractéristiques communes à ces structures. Elles sont en majorité gérées par des prestataires privés, spécialisés dans le domaine de l'hôtellerie, et sont généralement ouvertes aux proches des patients et aux clients extérieurs. Dans ce dernier cas, une tarification différenciée est appliquée. Le prix de la nuit y est en moyenne de 72€ pour les structures de moins de 25 lits et de 110€ pour les établissements de plus de 100 lits. Le bâti peut être la propriété de l'hôpital (reconversion du patrimoine hospitalier, financement de la construction sur fonds propres ou via une aide publique), d'une structure privée ou être issu d'un partenariat public-privé.

Dans ces structures étrangères, la raison d'être principale des hôtels hospitaliers n'est pas celle de l'éloignement du domicile du patient (qui est souvent contraint de passer la nuit en hospitalisation conventionnelle la veille de son intervention ou le lendemain, sans nécessiter une surveillance médicale spécifique), mais plutôt un moyen de libérer des lits en hospitalisation conventionnelle ou de développer la chirurgie

⁸ « Hôtel hospitalier – Expériences repérées et 1^{ère} modélisation », Note de synthèse, ARS Ile-de-France – Kurt Salmon, Novembre 2014

ambulatoire et d'assurer ainsi un *turnover* de lits plus important à moindre coût pour la collectivité. Les hospitalisations conventionnelles se limitent ainsi aux patients nécessitant des soins aigus, les soins plus légers pouvant être prodigués dans une structure d'hébergement extra hospitalier.

1.1.2 L'offre d'hébergements extra hospitaliers en France

En France, plusieurs établissements ont déjà mis en place des structures d'hébergement extra hospitalier, mettant en évidence trois modèles de gestion. L'objectif de la mise en place de telles structures est souvent multiple, répondant à des critères sociaux, géographiques ou organisationnels, qui permettent de libérer des lits habituellement occupés de manière injustifiée d'un point de vue médical.

Un des premiers modèles développés en France est celui de l'Hospitel® de l'Hôtel-Dieu (Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)) qui a vu le jour en 1992. Il s'agissait de construire dans une aile du site hospitalier un hôtel géré par un prestataire privé, la société Hospitel®, par le biais d'un bail à construction et d'une convention de service signés entre la Direction des affaires domaniales et juridiques de l'AP-HP et la société⁹. L'hôtel pouvait accueillir patients, accompagnants et touristes et s'engageait à payer un loyer calculé selon une formule de réfaction en fonction du nombre de patients et accompagnants accueillis, afin de garantir leur caractère prioritaire dans la réservation. La structure avait pour objectif d'accueillir en priorité deux filières de patients. Tout d'abord, une filière de patients polynésiens pris en charge dans le service d'hématologie de l'Hôtel-Dieu. Les patients et leurs accompagnants pouvaient ainsi bénéficier d'un confort hôtelier sur le site de l'hôpital. Les patients, pris en charge sur une période longue, ne nécessitaient pas une hospitalisation entre plusieurs séances et bilans et l'hôtel permettait de libérer ces lits pour d'autres patients aigus. La prise en charge des nuitées était assurée par la caisse de prévoyance sociale de Polynésie. L'autre filière de patients était celle de la spécialité ophtalmologique qui permettait de développer l'ambulatoire, en libérant les lits d'hospitalisation conventionnelle occupés par des patients pour des raisons sociales ou géographiques.

Entre 2010 et 2012, à la suite d'un changement de l'offre de soins de l'hôpital et devant la nécessité de développer la chirurgie ambulatoire, le service de chirurgie viscérale conventionnelle de l'Hôtel-Dieu a vu ses 25 lits transformés en une structure à dominante ambulatoire de 8 lits avec 2 lits conventionnels programmables. Dans ce cadre, un nouveau type de parcours de soins intégrant un passage en hôtel hospitalier,

⁹ TOUZARD Jacques, *Extension de l'hôtel hospitalier à l'Hôtel-Dieu (AP-HP) : Enjeux, et perspectives*, Mémoire de l'EHESP, décembre 2008.

proposé au patient, a été mis en place à l'Hôtel-Dieu. Ce parcours appelé Ambulotel® consiste ainsi, selon l'état du patient et la lourdeur de son intervention chirurgicale (même dans le cas où il peut rentrer directement à son domicile le jour de son intervention mais que celui-ci est trop éloigné), à lui donner la possibilité de passer directement la nuit post-opératoire dans un hôtel dans les murs de l'hôpital ou à combiner quelques nuits en hospitalisation conventionnelle avec une ou deux nuits en hôtel hospitalier. Il peut également être hébergé dans l'hôtel la veille de son intervention, notamment en raison de son éloignement géographique de l'hôpital.

L'hôtel Hospitel® accueille des clients extérieurs ainsi que les patients et leurs accompagnants étant entendu que ces derniers et leurs accompagnants bénéficient d'un tarif préférentiel négocié avec l'hôpital. Le patient y est considéré comme sortant donc hors de la responsabilité de l'hôpital qui ne supporte pas les risques de l'exploitation. Ainsi, aucun soin n'est prodigué dans l'hôtel. Toutefois, les chambres sont reliées à un dispositif d'appel d'urgence vers l'hôpital en cas de nécessité. En outre, certains chirurgiens peuvent se rendre dans la chambre privée du patient pour un bilan ou une visite post-opératoire.

Outre ce modèle de gestion de l'hôtel hospitalier par un prestataire privé issu de la filière hôtelière sur le site hospitalier, il existe d'autres modèles permettant aux hôpitaux de répondre aux mêmes objectifs. Certains hôpitaux, comme l'Institut Gustave Roussy (IGR) à Villejuif, achètent des nuitées à un hôtel situé à proximité de l'hôpital (soit, juxta-hospitalier). Ainsi, l'IGR achète un certain quota de nuitées à deux hôtels pour y loger ses patients ne nécessitant pas une surveillance médicale particulière. Il peut ainsi s'agir de patients nécessitant des séances de chimiothérapie et qui ont ainsi la possibilité de bénéficier du confort hôtelier à proximité de l'hôpital ou de patients ayant subi ou allant subir une intervention chirurgicale.

Autre modèle existant en France, de nombreuses structures associatives ont développé, sur le site hospitalier ou à proximité, des maisons d'accueil des familles. Les associations, par le biais de salariés et de bénévoles, assurent la gestion de l'hôtel et offrent une nuitée aux patients à un prix modeste. Ainsi, le Laurier Rose¹⁰ au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse, accueille accompagnants et patients dans un établissement de 36 chambres depuis 1975. Les patients pris en charge sont majoritairement des patients éloignés du CHU qui nécessitent des soins sur une période rapprochée ou qui peuvent bénéficier d'une chirurgie en ambulatoire, par exemple. Le CHU prend ici en charge la nuitée de ses patients et l'association du Laurier Rose offre

¹⁰ JÉGU Sandra, « Le Laurier Rose de Toulouse se tient prêt à expérimenter le concept d'hôtel hospitalier », Dépêche Hospimedia.fr, 25/02/2015

ses prestations hôtelières sur le site de l'hôpital Purpan. Ces maisons d'accueil hospitalières vont pouvoir bénéficier d'un cadre juridique au sein du projet de loi de modernisation de notre système de santé, en cours de discussion.

Ainsi, bien que différents, ces trois modèles d'hôtel hospitalier servent le même objectif. On peut donc en déduire une définition des missions des hôtels hospitaliers en France. Il s'agit ainsi de prendre en charge des patients autonomes, déperfusés et mobiles, qui auraient occupé un lit en hospitalisation conventionnelle sans que cela ne soit justifié d'un point de vue médical. Les hôtels hospitaliers ne concernent ainsi pas seulement les patients relevant de spécialités chirurgicales mais aussi médicales. L'hôtel permet ainsi de libérer un lit d'hospitalisation conventionnelle et de bénéficier d'un confort et d'un repos hors du service hospitalier.

Il peut s'agir ainsi de patients dont le domicile est éloigné de l'hôpital, cette distance ne leur permettant pas de se rendre dans le service le matin de leur intervention, de leur consultation ou d'en repartir à la suite de leur intervention. Mais également de patients dont les conditions de logement ne leur permettent pas de rentrer chez eux directement après le soin reçu (logement insalubre, conditions sociales complexes, isolement social etc.) : l'hôtel hospitalier constitue alors un « sas » entre l'hôpital et le domicile, le patient ne nécessitant pas une surveillance médicale particulière mais un certain confort pour assurer une bonne convalescence et ainsi éviter une ré-hospitalisation. Dans tous les cas de figure, le patient est considéré comme administrativement « sortant » de l'hôpital, donc il n'est plus sous la responsabilité de l'hôpital en étant admis dans la structure privée que représente l'hôtel hospitalier. De même, en France, toute admission à l'hôtel hospitalier se fait sur prescription médicale. Certaines des structures imposent même un critère d'éloignement explicitement défini (vivre à 50 ou 60 km de l'hôpital).

Afin de garantir une meilleure coordination entre les services et l'hôtel hospitalier en matière de programmation, de permettre au patient de se sentir rassuré et de faciliter les déplacements du patient, il est préférable que l'hôtel hospitalier soit situé sur le site hospitalier ou à proximité.

Ainsi, à la différence des modèles d'hôtels hospitaliers étrangers, l'hôtel hospitalier français exclut tout soin, qu'il soit léger ou non, de la part des services de l'hôpital. Il ne s'agit donc pas d'exercer exclusivement des soins aigus à l'hôpital et de réaliser les soins légers en hôtel hospitalier, tel l'objectif des modèles étrangers, mais de dissocier l'hébergement pur du soin. En outre, le patient étant dans un milieu exclusivement hôtelier (qui peut, certes, être situé sur le site hospitalier) et considéré comme sortant de l'hôpital, ce dernier n'a aucune responsabilité à l'égard du patient. Libre à lui de contacter un service de soins à domicile au sein de l'hôtel, s'il le juge nécessaire. Toutefois, l'entrée en

hôtel hospitalier étant conditionnée à une prescription médicale et ne concernant que les patients autonomes et déperfusés, le patient n'est pas supposé nécessiter de soin.

1.2 L'intégration de l'hôtel hospitalier constitue une véritable opportunité pour le système de santé et ses usagers mais implique un changement de culture pour l'hôpital

1.2.1 L'hôtel hospitalier : une opportunité pour le système de santé ?

A) Un levier pour le virage ambulatoire

La France accuse encore aujourd'hui un retard trop important en matière de recours à la chirurgie ambulatoire par rapport aux autres pays développés. Ainsi, en 2009 et à périmètre comparable, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire en France était de 45% alors qu'il était de 60 à 80% pour les autres pays européens et les Etats-Unis¹¹. Si ce taux a progressé rapidement en France ces dernières années, la France n'atteindra vraisemblablement pas l'objectif d'une activité chirurgicale ambulatoire majoritaire d'ici 2016, pourtant préconisé par Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, en 2014¹². L'hôtel hospitalier pourrait néanmoins permettre d'accompagner l'augmentation de ce taux de recours à l'ambulatoire.

En effet, en facilitant l'hébergement des patients la veille et du soir de leur intervention, l'hôtel hospitalier permet d'élargir les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire à ces patients qui en étaient régulièrement exclus. Ainsi, le système Ambulotel® de l'Hôtel-Dieu a pu réduire considérablement la durée de séjour dans son service de chirurgie générale. L'efficacité de ce parcours a été démontrée dans une étude menée par les équipes du service de chirurgie générale de l'Hôtel-Dieu en 2013 et a montré une réduction importante du nombre de jours d'hospitalisation conventionnelle entre deux groupes de patients comparables (de 3,8 à 0,4 nuit¹³). Ce système a en outre permis de développer considérablement la chirurgie ambulatoire au sein de l'hôpital, au-

¹¹ IGF/ IGAS, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », mission de Modernisation de l'Action Publique, juillet 2014.

¹² Déclaration de la Ministre dans le journal *Les Echos* du 25 avril 2014

¹³ S. GAUCHER, F. CAPIELLO, S. BOUAM, I. DAMARDJI, A. AISSAT, J.-P. BÉTHOUX, "Day surgery : Results after restructuration of a university public general surgery unit". *J Visc Surg* 2013; 150(3): 213-217

delà même des gestes marqueurs référencés par l'assurance maladie en 2011, sans complication pour le patient¹⁴.

Outre les bénéfices pour le patient ainsi qu'en termes d'organisation pour l'établissement, le développement de la chirurgie ambulatoire constitue un moyen pour l'assurance maladie de réaliser des économies par une réduction de nuitées d'hospitalisation conventionnelle, même s'il est difficile de chiffrer de manière précise ces gains potentiels.

B) Des économies importantes pour l'assurance maladie

La généralisation des hôtels hospitaliers constitue avant tout une source d'économies potentielle pour l'assurance maladie. En effet, l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France a mené en 2013 une étude¹⁵ afin de déterminer le potentiel de patients éligibles à un hébergement non médicalisé. Grâce à des critères définis à partir de la Revue de pertinence des soins (RPS)¹⁶ de la Haute Autorité de Santé (HAS) « permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients », le groupe de travail de l'ARS a réalisé un questionnaire soumis lors d'une enquête « un jour donné »¹⁷ dans différents services. L'enquête, portant sur 27 services d'hospitalisation conventionnelle d'établissements de la région (de taille, localisation et nature juridique différentes), 1093 lits et 987 patients, a ainsi permis de mettre en évidence un potentiel théorique de 30% de patients éligibles à un hébergement non médicalisé, soit autant d'hospitalisations non pertinentes, voire non justifiées, qui pourraient si l'on poursuit une certaine logique, ne pas être prises en charge par l'assurance maladie. On voit donc le grand intérêt que peut porter l'assurance maladie à ce dispositif si ce potentiel était d'envergure comparable dans les autres régions françaises.

Le montant des économies pour l'assurance maladie pourrait être considérable. À l'échelle d'un service, un calcul de ce montant a été réalisé en 2012 par des équipes de

¹⁴ S. BOUAM, S. GAUCHER, F. MATRELLA, F. CAPPIELLO, J. FRENKIEL, J.-P. BETHOUX, « Increasing ambulatory surgery potential by non medicalized accommodation : Matched comparison of the 2011 National Hospital Activity data to 66 local stays », J Visc Surg 2014 ; 151, pp 268-273

¹⁵ ARS Ile-de-France, Groupe de travail Hôtels hospitaliers, « Evaluation des besoins – Hébergement non médicalisé à l'hôpital », Projet, Septembre 2014.

¹⁶ Haute Autorité de Santé (HAS), « Revue de pertinence des soins – Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation », Novembre 2004.

¹⁷ L'enquête n'est donc pas étalée sur une période définie mais prend en compte le potentiel de patients, un jour donné dans un service donné.

l'Hôtel-Dieu (AP-HP)¹⁸. Cette étude, menée sur 78 patients opérés entre janvier 2010 et décembre 2011 dans le service de chirurgie générale et viscérale et répartis en 25 groupes homogènes de malades (GHM) a mis en évidence une économie globale de 109 877 euros (1408 euros) en faveur de l'assurance maladie. Une autre étude¹⁹ menée sur le même hôpital pour le service d'ophtalmologie, montre une différence de 2806,1 euros par séjour entre un séjour de 5 nuits en hospitalisation conventionnelle et un séjour combinant trois nuits en hospitalisation conventionnelle dans le service d'ophtalmologie et deux nuits en hôtel hospitalier, pour un patient pris en charge à 100% par l'assurance maladie. En effet, dans cet hôtel hospitalier, le coût de la nuitée s'élève à 71 euros.

C) Une amélioration de la prise en charge des patients

L'hôtel hospitalier contribue, en outre, à l'amélioration de la prise en charge du patient. En effet, il offre au patient un confort de qualité hôtelière à proximité du site hospitalier. Ainsi, il bénéficie d'une chambre privée, d'un cadre reposant et calme, de repas de qualité supérieure et peut y inviter ses proches. Le patient évite alors les inconvénients de la nuitée en chambre hospitalière, parfois partagée et plus bruyante. En outre, en étant situé hors du service de soins, il a moins de chance de contracter des infections nosocomiales.

L'hôtel hospitalier contribue ainsi au développement du concept de récupération rapide après chirurgie (RRAC) développé par le Danois Henrik Kehlet²⁰ dans les années 90. Outre la réduction des durées d'hospitalisation, la récupération rapide après chirurgie est une approche de prise en charge du patient visant à assurer un rétablissement rapide du patient, réduisant la mortalité et la morbidité. Le patient est alors acteur de son rétablissement et cela suppose la définition d'un parcours impliquant différents acteurs hospitaliers, du chirurgien au personnel administratif, visant à réduire les facteurs prolongateurs du séjour hospitalier (développement d'anesthésies plus légères, kinésithérapie, alimentation précoce etc.)²¹. L'intégration d'un passage en hôtel hospitalier dans le parcours du patient peut permettre de développer ce concept.

¹⁸ S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPPIELLO, A. AISSAT, J.-P. BETHOUX, « Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle », *La Presse Médicale*, tome 41, n°12 Décembre 2012.

¹⁹ J. TOUZARD, « L'hôtel hospitalier : un outil pour concilier qualité et efficacité dans les établissements de santé », *Finances Hospitalières*, N°56, Mars 2012.

²⁰ H. KEHLET, D.W. WILMORE, Multimodal strategies to improve surgical outcome, *Am. J. Surg.*, 2002, 183(6) pp 630-641.

²¹ Haute Autorité de Santé (HAS), « Programmes de récupération rapide après chirurgie : état des lieux et perspectives », Rapport d'orientation, juillet 2014

Afin de confirmer en partie ces bénéfices, les équipes de l'Hôtel-Dieu ont mené une enquête de satisfaction auprès de 50 patients ayant séjourné à l'Hospitel® après une chirurgie²². Les résultats du questionnaire montrent ainsi que les patients sont satisfaits du sentiment de sécurité procuré par la présence de l'hôtel hospitalier sur le site hospitalier. Les patients se sentent rassurés par l'existence d'un service de chirurgie et d'un service d'urgences à proximité, en cas de nécessité. L'agencement de la chambre et l'organisation de leur arrivée en fonction de leurs besoins spécifiques liés à leur rétablissement constituent un point important pour ces patients.

D) Un levier d'activité pour l'établissement

L'hôtel hospitalier représente un moyen pour les établissements de retrouver des marges de manœuvre dans la gestion de leur établissement.

Il constitue avant tout un outil assurant la fluidification du parcours du patient. En libérant les lits autrefois occupés pour des hospitalisations non justifiées, il permet d'assurer un *turnover* sur ces mêmes lits et de permettre un surcroît d'activité, générant des ressources supplémentaires issues de la tarification à l'activité (T2A). L'hôpital peut ainsi répondre à la demande en soins de manière plus rapide grâce à ces nouvelles disponibilités en lits et diminuer les listes d'attente parfois très importantes pour certains services de chirurgie.

En permettant la diminution de la durée de séjour grâce à l'intégration d'un passage en hôtel hospitalier dans le parcours du patient, il contribue au développement de la chirurgie ambulatoire. Certains services d'hospitalisation conventionnelle peuvent ainsi faire l'objet d'une restructuration et diminuer leur capacité en lits. Cette conversion peut permettre à l'établissement de générer des économies en termes de personnels, notamment de nuit, et de dépenses à caractère médical. Ces propos doivent toutefois être nuancés car l'organisation d'un nouveau parcours du patient peut engendrer un surcroît de charges de personnel pour répondre à des nouvelles missions d'accueil, d'orientation, de préparation etc. Cette diminution des capacités en lits peut en outre permettre de libérer des locaux, autorisant ainsi les établissements à valoriser leur patrimoine immobilier pour le développement de nouveaux projets (telle la mise en place d'un hôtel hospitalier) ou à le céder. C'est ce qu'a fait l'Hôtel-Dieu (AP-HP) en convertissant une aile de son établissement en hôtel hospitalier.

²² S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPIELLO, A. DRAGOS RADU, A. AISSAT, J. -P. BÉTHOUX, L'hôtel hospitalier : résultats d'une enquête de satisfaction auprès de 50 patients après une intervention en chirurgie ambulatoire », *La Presse Médicale*, 2012, 42(9), pp. 1279-1280.

1.2.2 Un changement de paradigme pour l'hôpital : une nouvelle définition de la prise en charge

La mise en place des hôtels hospitaliers constitue un véritable changement de paradigme dans l'organisation du système hospitalier, en mettant fin au caractère binaire de la prise en charge entre hôpital et domicile²³. En effet, aujourd'hui, le patient est considéré comme « admis » à l'hôpital pour bénéficier de soins ou alors « sortant » auquel cas il n'est plus sous la responsabilité de l'hôpital et peut rentrer à son domicile. Or, cette vision ne prend pas en compte les patients qui pourraient sortir mais qui ne peuvent pas rejoindre leur domicile pour des raisons sociales ou géographiques. Ces patients relèvent d'un positionnement intermédiaire dans le parcours habituel : l'hébergement extra hospitalier. Il s'agit en effet d'une sorte de « sas », une option supplémentaire dans le parcours du patient qui n'est ni l'hôpital, ni son domicile.

Cette nouvelle vision change ainsi les missions de l'hôpital. Il s'agit alors de dissocier l'activité de soins de celle de l'hébergement. L'hôpital se recentre ainsi sur son cœur de métier : le soin. Il peut ainsi mettre son plateau technique au centre de son fonctionnement, le nombre de lits n'étant plus le symbole de la puissance d'un service ou d'un hôpital. Le lit devient alors le support de ce plateau technique.

Ce changement de paradigme suppose une véritable réorganisation du parcours du patient puisque la décision d'hébergement en hôtel hospitalier doit être proposée bien en amont dans le parcours du patient. Ainsi, dans le cadre du parcours Ambulotel® de l'Hôtel-Dieu (AP-HP), les chirurgiens proposent cette solution d'hébergement aux patients au moment de la consultation. Une importante coordination est à ce moment-là nécessaire entre le service et son interlocuteur au sein de l'hôtel hospitalier. Dans ce cas, de nouveaux métiers vont émerger pour prendre en compte ce nouveau type de parcours patient et ainsi assurer sa fluidité et une certaine qualité de la prise en charge du patient. Il sera nécessaire de former des agents qui assureront la charge de cette coordination du parcours du patient, de la programmation des consultations, interventions ou examens, de l'accueil et de la préparation du patient.

²³ C. MERDINGER-RUMPLER, J.-P. BÉTHOUX, « L'Hôtel-Hospitalier: le chaînon manquant de la prise en charge hospitalière en France ? », 2015.

1.3 Un cadre juridique en pleine évolution

1.3.1 Un cadre juridique encore inexistant aujourd'hui

À l'heure actuelle, il n'existe pas de cadre juridique précis encadrant les hôtels hospitaliers. On peut retrouver une référence aux hôtels hospitaliers dans une circulaire CNAMTS (DGR n°27/93-ENSM n°6/93) de 1993 relative aux « hôtels pour malades ». Dans cette circulaire, l'assurance maladie indique qu'il s'agira d'étudier au cas par cas l'opportunité de chaque projet d'hôtel pour malades ainsi que le coût d'un tel projet. Elle ajoute que l'analyse des coûts doit s'accompagner « d'une analyse des conditions de réalisation : fermeture de lits et incidence sur les moyen en personnel »²⁴.

À l'heure actuelle, les hôtels hospitaliers sont le fruit d'initiatives individuelles de la part d'établissements et d'équipes médicales nécessitant de fluidifier le parcours des patients, l'occupation des lits et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

Ainsi, par le biais de procédures d'appel d'offres, certains ont contracté avec un hôtel juxta-hospitalier, afin d'acheter un certain quota de nuitées dont peuvent bénéficier les patients éligibles à un tel hébergement. L'Hôtel-Dieu (AP-HP) a, quant à lui, créé son Hospitel® avant la mise en vigueur de la loi Sapin, ce qui a facilité la mise en place d'un type de structure avec gestion déléguée. Les contrats renouvelés en 2010 consistent en un montage « à deux étages » : un premier contrat de partenariat public privé (PPP²⁵) pour la conception et la réalisation de l'ouvrage (extension de l'hôtel hospitalier) et la mise en place d'une régie intéressée avec la société Hospitel®. Enfin, les Maisons des Familles avaient pour vocation, à l'origine, d'accueillir les familles des patients hébergés, à des prix modestes et souvent pris en charge par les fonds d'action sociale des caisses primaires d'assurance maladie. Toutefois, elles accueillent de plus en plus de patients avec leur famille, facilitant leur hébergement entre deux rendez-vous à l'hôpital, par exemple. C'est ainsi le cas de la Maison des Familles la Clairière de l'hôpital Raymond Poincaré (AP-HP) à Garches. La convention de prise en charge n'est, en l'espèce, valable que si au plus 15% de patients sont hébergés, ceci n'étant pas la vocation première de la Maison qui a pour mission d'accueillir les accompagnants des patients.

Pourtant, ce type de structures est en plein essor et leur apport au développement de l'ambulatoire est aujourd'hui communément admis.

²⁴ CNAMTS, « Les hôtels pour malades dans le cadre des établissements de santé financés par dotation globale », circulaire DGR n°27/93-ENSM n°6/93

²⁵ PPP : partenariat public-privé

1.3.2 L'article 53 loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 offre une opportunité de mise en place d'un cadre juridique pour les structures existantes et en projet

C'est en raison du succès des structures d'hôtels hospitaliers que le rapporteur de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a proposé une expérimentation nationale relative aux hébergements extra hospitaliers accueillant des patients. Ainsi, l'article 53 de la loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) prévoit cette expérimentation à l'échelle nationale pour l'année 2016. Cette disposition prévoit ainsi une autorisation de la part de l'Etat, et à titre expérimental sur une durée de trois ans, aux établissements de santé de développer, d'eux-mêmes ou par le biais d'une délégation à un tiers, un hébergement temporaire non médicalisé en pré- ou en post-hospitalisation. Les établissements se portant candidats devront répondre à un appel à projets national. Un avis sera rendu par les agences régionales de santé sur les diverses candidatures. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale définira le contenu des projets rendus par les établissements. Chaque établissement retenu pourra bénéficier d'un financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) permettant de contribuer au financement de dispositifs d'hébergement extra hospitalier.

Cette inscription du dispositif au sein de la loi de financement de la sécurité sociale n'est pas anodine. En inscrivant cette expérimentation dans cette loi de financement, il s'agissait d'afficher un objectif clair d'économies, notamment pour l'assurance maladie, qui n'a plus vocation à prendre en charge les hospitalisations non justifiées d'un point de vue médical.

Par ailleurs, même si les conditions exactes de l'expérimentation seront précisées dans un décret en Conseil d'Etat, l'article 53 ne prévoit pas, comme le faisait la proposition initialement faite au sein de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, d'assurer un financement de la nuitée en hébergement extra hospitalier par l'assurance maladie. Ceci manifeste à nouveau la volonté des pouvoirs publics de réaliser des économies.

1.3.3 Le décret en Conseil d'État à venir précisera les caractéristiques de l'offre d'hôtels hospitaliers France

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en charge de la mise en œuvre de ce projet, a missionné la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la définition des conditions d'éligibilité des patients aux hôtels hospitaliers²⁶. L'éligibilité devra être établie sur la base de critères médicaux, administratifs, géographiques et sociaux. Plusieurs questions se posent à ce sujet. Il s'agit par exemple de faire une distinction entre les hôtels hébergeant patients et leurs accompagnants et ceux hébergeant les accompagnants seuls. Il existe des fonds spécifiques prenant en charge les nuitées des accompagnants. En revanche, l'hôtel hospitalier tel qu'il est conçu en France a pour vocation de prendre en charge les patients qui occupent des lits de manière induite d'un point de vue médical, et non leurs accompagnants. Cette approche diffère de celle de l'Hôtel-Dieu qui recommande aux patients éligibles la présence d'un accompagnant. Toutefois, certaines situations devront nécessiter la présence d'un accompagnant. C'est ainsi le cas des patients mineurs, âgés ou handicapés, pour lesquels la question devrait donc être tranchée par la publication de l'étude faite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en octobre 2015.

Ainsi que la HAS le mentionne dans sa feuille de route, ces critères auront un impact non négligeable sur les questions organisationnelles et financières liées aux hôtels hospitaliers. En effet, le niveau de confort exigé influera sur le financement du projet et les profils de patients éligibles définis pourront orienter la décision d'ouvrir la structure aux clients extérieurs et le niveau d'accès aux services de l'établissement (sonnette d'alarme, transport spécifique etc.).

Outre les critères d'éligibilité à un hébergement extra hospitalier, le décret en Conseil d'Etat devrait préciser une série d'incertitudes relatives aux conditions de mise en œuvre de l'expérimentation. La première est évidemment la question du financement de la nuitée : l'assurance maladie prendra-t-elle en charge cette nuitée ? Quel sera le niveau du reste à charge ? La question des responsabilités : quelle sera la coordination entre l'établissement et la structure hôtelière ? qui pourra prétendre à la gestion de telles structures ? En outre, la question de l'information et du consentement du patient est également centrale pour la réalisation de cette expérimentation. Enfin, il serait souhaitable que le décret définisse de solides critères d'évaluation de l'expérimentation qui décrivent clairement les situations de départ de chacune des structures retenues et une date de fin de l'expérimentation.

²⁶ [HAS, Expérimentation d'hôtels pour patients, Feuille de route, CEESP du 7 avril 2015](#)

2 Réflexions autour de l'extension d'offre d'hébergement extra hospitalier à l'hôpital universitaire Necker-Enfants Malades

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 et l'expérimentation nationale qu'il permet ouvre de nouvelles perspectives pour les établissements de santé. L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades, en raison de son important rôle de recours et de son engagement de long terme dans des dispositifs d'amélioration et de fluidification de la gestion des lits (2.1), s'est engagé dans une réflexion relative aux hôtels hospitaliers. Ainsi, la définition d'un parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier ainsi que ses conditions de réussite est nécessaire (2.2).

2.1 L'intérêt d'une extension de l'offre d'hébergement extra hospitalier à l'hôpital Necker-Enfants malades : un objectif stratégique lié au rôle de recours de l'hôpital

2.1.1 La place particulière et les missions de l'hôpital impliquent une offre importante en hébergements extra hospitaliers

A) Un hôpital à forte activité de recours

L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades est un groupement hospitalier de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il comporte environ 700 lits et places et 4433 professionnels.

L'hôpital Necker-Enfants malades comporte 7 pôles :

- Le pôle pédiatrie générale et multidisciplinaire
- Le pôle médico-chirurgical pédiatrique
- Le pôle périnatalogie et cardiologie pédiatrique
- Le pôle réanimation, urgences, anesthésie, imagerie
- Le pôle biologie et produits de santé
- Le pôle immunologie, rein, infectiologie, sang, cœur
- Le pôle santé publique et recherche clinique

42% de l'activité de l'hôpital concernent des patients adultes sur une offre de soins limitée mais hautement spécialisée. Ainsi, l'hôpital Necker-Enfants malades est le premier centre national de greffes rénales adultes en nombre de greffes et accueille le centre de référence maladies rares concernant les mastocytoses (hématologie adultes). L'activité adultes est ainsi concentrée autour de disciplines hautement spécialisées telles que la

néphrologie, la transplantation rénale, l'hématologie ou encore les maladies infectieuses et tropicales.

La majorité de l'activité de l'hôpital concerne l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales pédiatriques et un grand nombre de services de périnatalité (réanimation néonatale, maternité de niveau 3 ayant réalisé 3200 naissances en 2014).

Ces spécialités sont très variées et souvent hautement spécialisées. En effet, l'hôpital accueille 40 des 120 centres de référence maladies rares²⁷ labellisés par le Ministère de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes. Ces centres prennent en charge 20 000 patients à Necker avec plus de 55 000 consultations par an. En outre, en 2013, 6047 séjours ont concerné des patients pris en charge pour leur maladie rare. Ces séjours représentent 20,5 % des séjours d'hospitalisation complète de l'hôpital, soit 30,5% des journées d'hospitalisation complète. Ces chiffres témoignent du rôle spécifique de l'hôpital Necker-Enfants malades et justifient ainsi son attractivité qui s'étend au-delà de la seule région Ile-de-France, voire de la France métropolitaine. De nombreux patients originaires de ces zones éloignées occupent des lits d'hospitalisation conventionnelle pour des raisons liées à leur éloignement géographique. Certains pourraient ainsi bénéficier de nuitées en hébergement extra hospitalier au cours de leur parcours de soin.

La concentration exceptionnelle de ces centres de référence maladies rares et l'importance de l'activité de recours de l'hôpital élargissent le recrutement de patients au-delà de la seule région Ile-de-France et cette patientèle constitue un axe majeur du projet médical de l'hôpital. Ces patients originaires de la zone hors Ile-de-France, voire de l'étranger représentent 17% des patients suivis par les équipes de l'hôpital Necker-Enfants malades. Ce taux diffère selon les services et il peut être bien plus élevé dans certaines spécialités, comme l'indique le tableau 1.

²⁷ Les centres de référence maladies rares sont définis par l'arrêté du 13 mars 2009 pris pour application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale. Ils bénéficient d'un financement au titre des MIGAC. Ces centres ont une mission d'expertise, de prise en charge de recours, d'animation de réseau national, d'enseignement et de recherche. Ils concernent une prise en charge complexe, des équipements techniques et une expertise rare sur le sujet. (DGOS, Centres de référence : labellisation, structures spécialisées, Avril 2012)

Service	Proportion de patients en provenance de la zone hors Ile-de-France
Maladies métaboliques pédiatriques	49%
Unité de ventilation non invasive pédiatrique	28%
Gastroentérologie et hépatologie pédiatriques	41%
Chirurgie viscérale pédiatrique	23%
Chirurgie maxillo-faciale et plastique pédiatrique	29%
Neurochirurgie pédiatrique	29%
Néphrologie pédiatrique	44%
Cardiologie pédiatrique	34% (chirurgie) 38% (médecine)
Immunologie et hématologie pédiatriques	59%
Hématologie adultes	24%

Document 1 : Taux de patients domiciliées en dehors de la région Ile-de-France. Source : Opale 2014 – Retraitement des données par la direction des affaires financières – HU Necker-Enfants malades (AP-HP)

Ce rôle de recours est également renforcé par le positionnement de l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades sur son territoire. En effet, l'hôpital accueille la grande garde de neurochirurgie pédiatrique et de polytraumatisés pédiatriques de la région d'Ile-de-France. L'établissement fait donc face à une forte demande en soin de la part de l'ensemble du territoire régional.

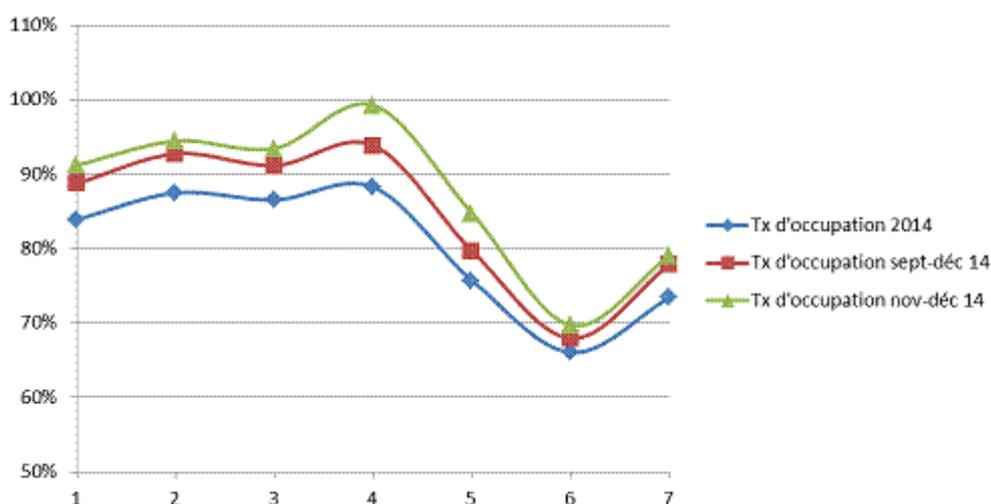
B) Une tension sensible sur les lits importante

Une part importante des spécialités de l'hôpital est confrontée à une tension forte sur l'occupation des lits, qui ne cesse de croître ces dernières années. Ainsi, les listes d'attente augmentent pour un nombre croissant d'interventions. Toutefois ces interventions restent réalisées dans des délais de sécurité acceptables, mais qui pourraient être plus courts.

La première phase du projet du nouveau Necker, constituée par l'ouverture du pôle mère-enfant Laennec en février 2013, a reposé sur un projet ambitieux de

progression importante d'activité et d'une réduction sensible du nombre de lits. Cette projection s'est confirmée en 2014 par une augmentation de l'activité parallèle à une diminution des capacités en lits de l'ordre de 17% par rapport à la période précédente.

En 2014, le taux d'occupation officiel global de l'hôpital était de 81,5%. Ce taux est, à fin juillet 2015, de 84%, soit trois points de plus qu'à la même période en 2014. Mais il est à noter que ce taux peut être bien plus élevé à certaines périodes de l'année. En effet, l'activité pédiatrique est fortement saisonnalisée. Elle dépend ainsi du calendrier scolaire, des épidémies hivernales etc. De plus, le taux d'occupation (et donc l'activité) varie également en fonction des jours de la semaine, en ce qui concerne les services de chirurgie. Ainsi, le jeudi, par exemple, le pôle médico-chirurgical pédiatrique connaît un taux d'occupation de ses lits de l'ordre de 99% en fin d'année 2014 alors que sur la même année, le taux d'occupation du pôle est d'environ 80%. En outre, le taux d'occupation des blocs de l'hôpital est de l'ordre de 80,8% en 2014.



Document 2 : Taux d'occupation des lits au sein du pôle médico-chirurgical pédiatrique par jour de la semaine (1= lundi, 2= mardi, 3= mercredi, 4= jeudi, 5= vendredi, 6= samedi, 7= dimanche).
Source : HU Necker-Enfants malades

En 2015, le taux d'activité de l'hôpital a également considérablement augmenté, ce qui contribue à l'allongement des délais d'attente pour une intervention. En effet, à la fin du mois de juillet 2015, l'hôpital avait dépassé de 3% sa cible d'activité (également prévue en augmentation) en hospitalisation complète, ce qui correspond à 608 séjours supplémentaires.

En outre, faute de personnel « en tension », c'est-à-dire de métiers que les hôpitaux publics peinent à recruter, soit dans ce cas des anesthésistes ou des infirmiers de bloc diplômés d'Etat (IBODE), l'hôpital fonctionne avec deux blocs fermés. Toutefois,

si ces blocs venaient à ouvrir grâce à de nouveaux recrutements, les capacités en lits ne pourraient peut-être pas être suffisantes pour accueillir les patients opérés. Une étude a été menée par les services financiers de l'hôpital en 2014 sur le sujet et a démontré un besoin supplémentaire de 9,5 lits occupés à 85% si tous les blocs ouvraient à activité constante.

C) Un engagement pour la fluidification du parcours patient

Depuis plusieurs années, l'hôpital s'est engagé dans une logique visant à la fois à améliorer le parcours de soins des patients et d'autre part, à fluidifier la gestion des lits de l'établissement. Dans cette perspective, l'hôpital a suivi un programme ANAP qui a abouti à un diagnostic et a retenu un certain nombre d'actions menées au niveau de l'établissement.

L'hôpital a ainsi généralisé les pré-admissions pour les patients programmés dès la sortie de consultation programmant l'intervention.

En outre, dès 2013, l'hôpital a créé une cellule centralisée de gestion des lits (*bed management*) pour son pôle médico-chirurgical pédiatrique. Les missions de cette cellule de gestion des lits consistent à fluidifier l'aval des urgences et ainsi diminuer le temps d'attente des patients aux urgences, anticiper les sorties d'hospitalisations conventionnelles, organiser et décloisonner les hébergements de patients selon des règles prédéfinies, anticiper les besoins en lits pour chaque intervention prévue sur une période minimale de deux semaines et enfin, éviter les déprogrammations d'interventions par manque de lits. La cellule fait ainsi le lien entre les différents services de chirurgie, d'urgences et d'aval des urgences (UHCD). Dans ce même cadre, la cellule a acquis un logiciel de gestion des lits qui permet à chacun d'avoir une vision sur l'état d'occupation des lits.

Par ailleurs, l'hôpital a développé un projet d'amélioration de la sortie au sein des services d'hospitalisation conventionnelle. Ce programme, développé d'abord dans le pôle médico-chirurgical pédiatrique, constitue l'un des projets prioritaires du plan stratégique de l'AP-HP. Il s'agit de mieux anticiper l'heure de sortie du patient afin de faciliter les entrées de nouveaux patients dès 16h et d'assurer une gestion des lits (notamment une fluidification de l'aval des urgences vers les services, avec une durée moyenne de séjour en UHCD de moins de 24h) et des blocs opératoires plus fluides. Il s'agit en somme de respecter la juste durée d'un séjour. Ainsi, en 2013, le taux de sortie

avant 12h était de 28% à Necker²⁸, la plupart des patients (56%) sortant pendant la période 12h-18h. Ce projet vise également à améliorer la qualité de l'information fournie au patient au moment de sa sortie et à améliorer la coordination entre médecine de ville et hôpital. L'institution a ainsi développé des outils tels que la pochette de sortie (préconisée par la Haute autorité de santé) intégrant l'ensemble des documents nécessaires à la sortie ainsi qu'une *check-list* de sortie améliorant la fluidification du parcours du patient. En décembre 2014, le taux de sortie avant 12h était ainsi passé à 36% (soit 8 points de plus que l'année précédente). La procédure est désormais déployée au sein du pôle médico-chirurgical pédiatrique et est en cours de développement au sein du pôle de pédiatrie générale et pluridisciplinaire.

En outre, afin de diminuer la durée moyenne de séjour, d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients (récupération rapide après chirurgie, retour plus rapide au domicile, diminution des risques de contracter une infection nosocomiale), l'hôpital a ouvert en février 2014 une unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique.

De même, l'hôpital s'est engagé dans une démarche d'optimisation de la programmation des blocs opératoires. Ainsi, une cellule est dédiée à l'organisation de ces blocs et un catalogue a été créé, répertoriant l'ensemble des actes chirurgicaux pouvant être réalisés et le temps prévisionnel de chaque intervention. Chaque semaine, une réunion de régulation des blocs est organisée réunissant la cellule de régulation des blocs, la directrice de la stratégie et des projets, chirurgiens, anesthésistes, cadres IBODE et IADE. Cette réunion vise à étudier le programme opératoire des semaines à venir et à estimer la faisabilité de celui-ci en prenant en compte la possibilité d'annulation, les besoins en ressources personnel médical et paramédical etc. Un Conseil de bloc présidé par un chirurgien se réunit également sur une base régulière afin d'améliorer le fonctionnement des blocs opératoires.

Dans cette même approche, l'hôpital s'est récemment lancé dans le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) pour le pôle médico-chirurgical pédiatrique. En lien avec le service d'hospitalisation à domicile de l'AP-HP et le médecin responsable du département d'information médicale (DIM), des protocoles de prise en charge ont été définis à partir d'une analyse des séjours supérieurs à la DMS, de la sélection de certaines filières de patients et de l'étude par les médecins référents de chaque spécialité des comptes rendus d'hospitalisation. Le recours de l'hôpital à l'HAD a ainsi augmenté dès les premiers mois ayant suivi le début de l'étude et permettront, à terme, de réduire la durée moyenne de séjour en améliorant ainsi le parcours du patient.

²⁸ Source Necker – Diagnostic ANAP – Décembre 2013

L'ensemble de ces initiatives développées ces dernières années au sein de l'hôpital Necker-Enfants malades témoigne d'un engagement important en faveur d'une gestion des lits optimisée. Ces projets d'efficience visent ainsi à répondre à plusieurs objectifs :

- Réduire la durée moyenne de séjour ;
- Fluidifier le parcours du patient et améliorer sa prise en charge ;
- Récupérer des marges de manœuvre en termes de lits et de journées afin de remédier à la saturation de certains services.

Toutefois, au vu des chiffres et des prévisions d'activité pour l'année 2015, d'autres solutions sont à envisager pour permettre de mieux répondre à la demande croissante en soins et assurer une meilleure gestion des lits de l'hôpital. Ainsi, le développement du recours aux hébergements extra hospitaliers pour les patients ne nécessitant pas de surveillance médicale constitue une solution afin de dégager des marges de manœuvre pour l'établissement ainsi qu'améliorer la prise en charge du patient, tout en permettant de réaliser des économies pour l'assurance maladie.

2.1.2 Pour faire face à ces enjeux, l'hôpital a développé depuis plusieurs années un recours à une offre d'hébergements extra hospitaliers pour ses patients

Depuis un certain nombre d'années, l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades s'est engagé dans le recours aux hébergements extra hospitaliers afin de faciliter la prise en charge de ses patients, prenant ainsi en compte la particularité du recrutement de patients de l'hôpital hors de la zone Ile-de-France.

Ainsi, l'hôpital a mis à disposition de l'association de l'Ordre de Saint Jean un bâtiment permettant d'héberger deux structures gérées par l'association. Il s'agit de la Maison des parents et de la Maison des familles. La première accueille les parents des patients hospitalisés non franciliens. Elle compte 12 chambres et bénéficie d'une convention avec la caisse d'action sociale de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF) qui permet de financer une partie de la nuitée des patients affiliés au régime général d'assurance maladie, en fonction du revenu de la personne. Cette maison n'est pas habilitée à recevoir de patients mais est destinée à héberger les accompagnants des patients hospitalisés dans les services de l'hôpital.

En revanche, la Maison des Familles accueille les patients pour une courte période qui n'excède généralement pas trois semaines. La majorité de ces patients étant des mineurs, ils sont obligatoirement accompagnés d'un parent ou d'un proche. La Maison dispose de 13 chambres permettant d'accueillir des patients venant de zones géographiques éloignées, en veille d'intervention, en suite d'intervention, en attente de bilan ou de consultation, etc. Les patients doivent être autonomes, déperfusés et mobiles. Ils correspondent sensiblement aux patients éligibles à un hébergement en hôtel hospitalier. En effet, ce type d'hébergement est éligible à l'expérimentation nationale prévue pour 2016 et relative aux hôtels hospitaliers. L'association accueille sur certificat médical d'aptitude à la vue en collectivité tout patient et, le cas échéant, son accompagnant pour un tarif de 23 euros par personne et par nuitée. Son statut se rapprochant de celui d'une maison d'accueil hospitalière, elle offre un service d'animation, d'écoute et des aménagements tels que des salons de jeux, une cuisine etc. La nuitée n'est pas prise en charge par l'hôpital ni par l'assurance maladie. Ainsi, pour un patient mineur et son accompagnant le tarif est de 46 euros pour une nuit. Une partie peut être prise en charge par la mutuelle du patient mais le patient doit faire l'avance des frais. Une seule exception existe à ce système : certains patients ne bénéficiant pas de prise en charge peuvent l'être par les fonds collectés par l'association créée par le service social de l'hôpital. Le taux d'occupation y est fluctuant en fonction de la saisonnalité. Toutefois, il semblerait que la Maison ne soit, en moyenne, occupée qu'à 80% de ses capacités. Ces chiffres peuvent s'expliquer par un manque de communication et coordination entre services de soins et Maison des familles. En effet, il n'y a pas d'interlocuteur privilégié entre le service et la Maison, puisque cette dernière demande à communiquer directement avec les patients. En outre, les services font moins appel à cette Maison qu'ils estiment en permanence saturée. Enfin, la maison est fermée un mois au cours de l'été en raison de son faible nombre de salariés (2 au total). Afin d'assurer sa rentabilité, la Maison des Familles doit accueillir un certain « *case mix* » de patients. En effet, en raison des possibles annulations, des durées de séjour ou de spécificités liées à certaines spécialités, la Maison s'attache à ne pas créer de filière pour une spécialité mais à accueillir une certaine diversité de patients.

Certains membres du service social de l'hôpital ont en effet créé leur propre association, l'île aux enfants, soutenue par des fondations telles que la Fondation Grace de Monaco. La création de cette association leur permet de bénéficier d'une personnalité juridique autorisant la collecte de fonds. Ainsi, l'association a acquis un studio permettant d'héberger à titre provisoire et pour un loyer modeste, les patients, notamment en provenance des zones géographiques éloignées de l'hôpital (essentiellement l'Outre-mer) venus pour un séjour long (en général, pour une greffe).

Enfin, l'hôpital a récemment signé une convention avec une association mettant à disposition un appartement à proximité de l'hôpital pour un patient greffé et ses accompagnants, venant de zones géographiques éloignées de l'hôpital (essentiellement les départements et régions d'Outre-mer).

Par ailleurs, les services de l'hôpital font appel à d'autres types de maisons d'accueil hospitalières associatives à proximité de l'hôpital pouvant accueillir patients ou accompagnants. Cela suppose toutefois un trajet non négligeable impliquant plusieurs type de transports vers la maison d'accueil la plus proche.

Malgré l'existence d'une offre d'hébergements extra hospitaliers à laquelle l'hôpital peut avoir recours pour ses patients, cela ne suffit pas à absorber l'ensemble des hospitalisations injustifiées d'un point de vue médical à l'hôpital. En effet, la demande en soins ne cesse d'augmenter et les délais d'intervention ne cessent d'augmenter.

2.2 L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a permis à l'hôpital Necker-Enfants malades de mener une réflexion sur l'extension de son recours à l'hébergement extra hospitalier

2.2.1 L'appel à projet de l'ARS sur l'expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers a permis à l'hôpital d'engager cette réflexion et de chiffrer son potentiel

Afin de contribuer à l'amélioration de la gestion des lits et la cohérence de l'occupation des lits d'hospitalisation conventionnelle, l'hôpital s'est inscrit dans une initiative lancée par l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France visant à préparer cinq établissements de la région à l'expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers prévue par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015. L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades n'a toutefois pas été retenu par l'agence régionale de santé pour bénéficier de cette préparation, faute d'emprise immobilière permettant de localiser l'hôtel hospitalier.

Toutefois, cette candidature a été l'occasion de déterminer un potentiel théorique de patients éligibles à un hôtel hospitalier sur une vingtaine de services de l'hôpital. En

effet, l'ARS, en collaboration avec les équipes de l'hôpital Ambroise Paré (AP-HP) a développé un outil d'évaluation des potentiels fondé sur une « enquête un jour donné », utilisé afin de déterminer le potentiel de 30% de patients éligibles en Ile-de-France (voir partie I). Les équipes de la direction de la stratégie et des projets, après avoir présenté la méthode à un comité de pilotage interne composé de chefs de pôles, de cadre de santé, de cadres administratifs, d'assistantes sociales, d'ingénieurs en organisation et de directeurs, ont mené des enquêtes un jour donné dans les services intéressés par la démarche.

Ainsi, 20 services, à la fois pédiatriques et adultes, ont participé à l'enquête que nous avons menée et qui consistait en un questionnaire relatif à la situation du patient. L'enquête a concerné quatre pôles de l'hôpital :

- Pôle pédiatrie générale et multidisciplinaire ;
- Pôle médico-chirurgical pédiatrique ;
- Pôle cardiologie et périnatalité ;
- Pôle immunologie, rein, infectiologie, sang, cœur.

Pour chaque patient occupant un lit d'hôpital, il s'agissait de préciser les raisons de son hospitalisation telles que définies dans l'outil développé par l'ARS ²⁹ :

- Le patient est hospitalisé la veille de son intervention :
 - o Pour bilan chirurgical ;
 - o Pour prise en charge médicale (bilans, séances, autres) ;
 - o En post-opératoire, patient autonome et déperfusé pour :
 - Surveillance spécifique ;
 - Avis diagnostic ou thérapeutique ;
 - Décision médicale interne au service ;
 - Raisons sociales liées au patient ou à sa famille ;
 - Kinésithérapie ou rééducation fonctionnelle ;
 - Attente d'un passage en HAD, SSR.
 - o Pour conversion de chirurgie ambulatoire.

En compagnie d'un médecin référent, les fiches par patient ont été remplies un jour donné. Les enquêtes ont eu lieu les mardi, mercredi et jeudi afin de prendre en compte les fluctuations liées à l'organisation des blocs opératoires. L'enquête s'est déroulée sur la période allant du 7 au 20 avril 2015.

²⁹ Annexe 3

Pôle/Service	Nombre de séjours	Taux d'occupation officiel	Durée moyenne de séjour (source PMSI)
Pôle 1 : Pédiatrie générale et multidisciplinaire			
Général pôle (HC)	5232	81%	4,46
Pédiatrie générale	1956	84%	5,7
Pneumo allergologie	1086	54%	3,46
Dermatologie	278	76%	5,05
Métabolisme	578	79%	3,13
Neurologie	616	79%	4,19
Pôle 2 : Médico-chirurgical pédiatrique			
Général pôle	11 243	78%	3,53
Chirurgie viscérale	2363	72%	2,88
Néphrologie	608	84%	4,57
Gastroentérologie, hépatologie, nutrition	588	87%	7,73
ORL	2482	69%	2,53
Chirurgie maxillo-faciale et plastique	1566	82%	2,87
Neurochirurgie	1432	81%	3,27
Orthopédie	2722	85%	3,85
Pôle 3 : Périnatalogie et cardiologie			
Général pôle	9116	89%	6,30
Néonatalogie	1212	88%	13,36
Maternité	7201	96%	3,59
Cardiologie médico-chirurgicale	2055	85%	4,26
Pôle 6 : Hématologie, Immunologie, Infectiologie			
Général pôle	1904	82%	10,71
Hématologie adultes	903	88%	8,7
Hématologie, Immunologie, Rhumatologie pédiatriques	350	73%	11,45
Maladies infectieuses et tropicales	681	89%	9,76

Pôle 8 : Rein, Œil, Cœur			
Général pôle (hors ophtalmo)	1758	83%	7,46
Néphrologie adultes	786	77%	6,68
Transplantation rénale adultes	988	87%	6,89

Document 3 : Données globales d'activité 2014 sur le périmètre de l'enquête. Source : Direction des finances et de la recherche – HU Necker-Enfants malades

Les enquêtes ont ainsi permis de dégager un potentiel théorique de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier de 20,2%. Toutefois, en raison du peu d'adaptation du questionnaire aux spécificités de la maternité, il a été décidé de distinguer les résultats de service des résultats globaux sur le périmètre de l'enquête. En effet, les raisons pour lesquelles les patientes étaient encore présentes dans leur lit n'étaient pas proposées par le questionnaire. De même certaines de ces patientes, ne seront vraisemblablement pas éligibles à un hébergement extra hospitalier. Le potentiel de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier est ainsi de 17,8% sur le périmètre étudié.

Pôle	Chef de pôle	Services inclus	Nbres de lits	Nbres de patients	Nbres de patients éligibles	%	Principales raisons du maintien à l'hôpital
1. Pédiatrie générale	Pr J DeBlic	Pneumo allergologie	13	13	2	15	Examens programmés sur plusieurs jours (surveillance clinique) Raison sociale liée au patient-ou à sa famille (Patients hors IDF)
		Pédiatrie générale	37	37	6	16	Raison sociale liée au patient-ou à sa famille Surveillance thérap ou clinique attente d'avis décisions médicale (protocole) rééducation fonctionnelle
		Dermatologie	7	7	1	14	Raisons sociales : Patients hors IDF
		Neurologie	8	8	1	13	
		Maladies métaboliques	10	10	3	30	Prise en charge médicale. Soins tardifs.
		Endocrinologie-gynécologie et diabétologie					
		Génétique médicale					
		Pédopsychiatrie					
Total pôle 1			75	75	13	17%	
2. Médical chirurgical pédiatrique	Pr Y Aigrain	Chirurgie viscérale	23	23	8	23	Veille d'intervention, surveillance thérapeutique spécifiques, patients venant de loin
		Néphrologie	12	10	3	30	Séances (prise en charge médicale), raisons sociales (patient venant de loin: Antilles, etc.)
		Gastroentérologie	15	15	3	20	Veille d'hospitalisation, raisons sociales (patients habitant loi, parent hospitalisé)
		ORL	19	19	6	31	patients en surveillance (saignements éventuels), manque de place en UCA, veilles d'intervention
		CMFP	16	16	4	25	Surveillance thérapeutique ou clinique, raisons sociales
		Neurochirurgie	16	16	4	25	Raisons sociales surveillance thérapeutique
		Orthopédie	30	30	7	23	Surveillance thérapeutique (patient douloureux), raisons sociales (patients habitant loin), veilles d'hospitalisation
Total Pôle 2			131	129	35	27%	
3. Périnatalogie et cardiologie	Pr P Vouhé	Cardiologie médico-chirurgicale	23	19	7	37	Veilles d'intervention
		Maternité	45	45	18	40	Raisons sociales (habitent loi, enfants hospitalisés à Nck), veilles de césarienne
		Néonatalogie	60	51	3	6	Veille d'intervention, Surveillance
Total Pôle 3			128	115	28	24%	
6.8. Adultes	Pr Legendre	Transplantation	25	22	2	9	Raisons sociales
		Néphrologie	19	16	2	13	Raisons sociales
		Hémato Immunologie Rhumatologie pédiatrique	28	26	1	4	Raison sociale (rapatriement en Guyane)
		Hématologie adulte	24	22	3	14	Raison psychologique (patient anxieux) sociales (en attente de rapatriement), patients cible= suites d'autogreffes de myelome, suites d'allogreffes
		Maladies infectieuses	20	20	2	10	
		Biothérapie					
Total Pôle Adulte			116	106	10	9%	
Total			450	425	86	20,20%	
Total hors Maternité			405	380	68	17,80%	

Document 4 : Résultats de l'enquête un jour donné menée à l'hôpital Necker-Enfants malades.
Source : Direction de la stratégie et des projets – HU Necker-Enfants malades.

Le motif d'hospitalisation des patients éligibles à un hébergement extra hospitalier diffère d'un service à l'autre. Les principaux motifs recensés ont été les suivants :

- Patients hébergés pour bilan, séance ou veille d'intervention (la majorité des patients sont hospitalisés la veille de leur intervention) ;
- Patients hospitalisés pour raisons sociales (patients originaires de la zone hors Ile-de-France, patients étrangers bénéficiaires de l'AME, patients dont un proche est également hospitalisé sur le même site) ;
- Patients restant hospitalisés pour recevoir des soins tardifs (21h)

On retrouve également des patients hospitalisés entre plusieurs séances qui sont rassurés d'un point de vue psychologique par le fait d'être hébergés dans le service qui les prend en charge.

Il faut toutefois nuancer ces résultats. En effet, les conditions de mobilité de certains patients peuvent être réduites. En outre, tous les patients hospitalisés la veille de leur intervention ne peuvent pas être hébergés hors du service pour des raisons organisationnelles (première intervention de la journée), ou liées à des examens tels que des enregistrements du sommeil, par exemple.

Si l'hôpital n'a pas été retenu par l'ARS pour un appui à la préparation de l'expérimentation nationale, le travail réalisé ainsi que l'engagement de l'ensemble des acteurs médicaux, administratifs et soignants a permis d'identifier, par cette étude, un potentiel à exploiter et la direction de l'hôpital a considéré trois options pour répondre au besoin en hébergement extra hospitalier :

- Un développement du recours à la Maison des familles ;
- Un achat de nuitées aux hôtels juxta-hospitaliers ;
- Un éventuel investissement du parc immobilier existant de l'hôpital, envisageable seulement à long terme.

Afin de répondre à la demande d'hébergement non médicalisé, l'hôpital s'est tourné vers l'offre actuellement proposée à ses patients. En effet, la Maison des familles, a des missions communes avec un hôtel hospitalier. Si elle offre un cadre particulier d'accueil, d'écoute, offrant une gamme d'animations à destination des patients et de leurs familles, ainsi que des prix modestes, elle permet aux patients de bénéficier d'un hébergement non

médicalisé à proximité ou sur le site hospitalier pour les patients déperfusés et autonomes. La Maison des familles de l'hôpital n'est à ce jour occupée qu'à 80% de ses capacités. Il est donc apparu nécessaire, avant d'entreprendre toute démarche de création d'un hôtel hospitalier, d'améliorer en premier lieu, le taux d'occupation de cette structure et ainsi permettre de dégager des marges de manœuvre pour les services dont la demande en soins est élevée.

2.2.2 Étude de cas relative à l'amélioration du recours à la Maison des familles de l'hôpital Necker-Enfants malades

a) Analyse du parcours existant

Afin de permettre à l'hôpital de dégager des marges de manœuvre en termes de gestion des lits, il a été décidé d'étudier le taux d'occupation de la Maison des familles et de mettre en place une expérimentation portant sur une discipline médicale pédiatrique dont le taux de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier est élevé.

Le choix a été fait de ne faire porter l'expérimentation que sur une discipline afin de définir de manière précise avec les équipes du service et de la Maison des familles un parcours du patient complet. Ce choix s'est donc porté sur le service d'ORL pédiatrique de l'hôpital. En effet, le taux d'occupation de l'hôpital était en juillet 2015 de 100% et ce service fait l'objet d'une demande en soins importante, avec des listes d'attente en croissance. En outre, l'enquête un jour donné a révélé un potentiel de 31% de patients éligibles à un hébergement non médicalisé.

Les équipes de la direction de la stratégie et des projets de l'hôpital, en charge du dossier, ont ainsi étudié dans un premier temps le parcours du patient en Maison des familles. Après une consultation aboutissant sur une demande d'intervention, la secrétaire médicale concernée présente aux patients venant de la zone hors Ile-de-France les coordonnées de la Maison des familles. Le patient doit donc effectuer la démarche et contacter lui-même les responsables de la Maison, s'il a connaissance de l'existence de ce service. Il doit faire une avance de frais (2 fois 46 euros pour un patient pédiatrique et son accompagnant, pour une nuitée) ou peut, dans des cas arbitrés par les membres de l'association, bénéficier d'un financement de la part de l'association du service social de l'hôpital. Le service social est, lui, contacté directement par la famille ou les praticiens. Un nombre limité de patients peut bénéficier a posteriori d'une prise en charge, partielle ou complète par leur mutuelle, si le contrat d'assurance complémentaire le prévoit.

Le parcours du patient ORL intégrant un passage en hébergement extra hospitalier doit alors faire l'objet d'une communication renforcée vers les patients ainsi qu'une meilleure coordination entre la Maison des familles et les services. Ainsi, à titre d'exemple, à l'hôtel Hospitel® de l'Hôtel-Dieu (AP-HP), un agent de la structure hôtelière privée assure la coordination du parcours du patient. Une opération, si cela est compatible avec l'état de santé du patient et hors cas d'urgences, peut être décalée en fonction des disponibilités de l'hôtel hospitalier, si cela n'engendre évidemment pas une perte de chances pour le patient quant à l'amélioration de sa santé.

b) Élaboration des critères d'éligibilité à l'hébergement extra hospitalier

En attendant la publication des critères d'éligibilité des patients à un hébergement extra hospitalier par la Haute autorité de santé et afin de permettre la faisabilité de l'expérimentation, le choix a été fait de restreindre les filières de patients éligibles. Une réunion a été organisée à cet effet avec le référent médical du projet d'expérimentation au sein du service d'ORL et le médecin DIM.

Ainsi, plusieurs types de GHM (groupe homogène de malades) sont éligibles à un hébergement extra hospitalier au sein du service d'ORL pédiatrique. Ceux-ci concernent essentiellement les chirurgies d'oreille type otoplasties ou tympanoplasties, ainsi que la pose d'implants cochléaires.

En outre, après étude des programmations de blocs sur le logiciel IPOP, a été mis en évidence le fait que chaque patient est hospitalisé la veille de son intervention. Cette admission peut se concevoir pour les patients hospitalisés la veille d'une intervention prévue en ouverture de bloc pour des raisons organisationnelles ou pour des examens pré-intervention (audiogrammes, enregistrements du sommeil etc.). Ces patients pourraient ainsi représenter une dizaine de cas éligibles par semaine, au vu du programme des blocs du mois de septembre.

Outre ces critères, ont été retenus ceux définis par le groupe de travail ARS portant sur les hébergements extra hospitaliers³⁰, c'est-à-dire que le patient hospitalisé doit être avant tout autonome, mobile et déperfusé. Dans ce cas, concernant le patient pédiatrique, celui-ci doit être accompagné d'un parent.

³⁰ ARS Ile-de-France, Groupe de travail hôtels hospitaliers, « Évaluation des besoins – Hébergement non médicalisé à l'hôpital », septembre 2014

Dans le cadre de l'expérimentation, ces critères sont retracés dans une fiche de prescription médicale attachée à la fiche de demande d'intervention que remplit également le praticien. Le praticien doit s'assurer du consentement et de la bonne information du patient sur le sujet. La fiche est ensuite remise à la secrétaire médicale ainsi qu'au patient, à qui l'on explique les conditions d'entrée et de réservation au sein de la Maison des familles.

c) *Estimation des pertes et gains financiers liés à la mise en place d'un parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier*

S'il apparaît évident que la mise en place d'un hôtel hospitalier peut constituer une source d'économies pour l'assurance maladie, la question peut se poser en ce qui concerne les établissements de santé, en particulier en termes de facturation.

Il s'agit ainsi de calculer les gains et/ou les pertes financiers liés au *turn over* de patients généré par l'hôtel hospitalier, concernant trois types de patients :

- les patients pris en charge à 100% par l'assurance maladie
- les patients pris en charge à 80% par l'assurance maladie
- les patients ne bénéficiant pas d'une prise en charge par l'assurance maladie

Ainsi, concernant une chirurgie de l'oreille, un exemples de GHM fréquent et pouvant concerner un potentiel important de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier ont été étudiés avec les services du DIM et de la direction des finances. Ce GHM concernent les reconstructions d'oreille (présence d'un acte CAMAxxx) :

GHM	Libellé	DMS Necker	DMS nationale	Tarif (hors coefficients)
03C161	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, niveau 1	4,16 jours	3,3 jours	1859,42 €

Document 5: Analyse de GHM comprenant des patients éligibles à un hébergement extra hospitalier. Source : Département d'information médicale – HU Necker-Enfants malades.

La borne basse de ce GHM étant à zéro, il n'y a pas de « pénalisation » en termes de facturation si le patient sort plus tôt. Le prix de cette intervention en ambulatoire est identique, afin d'inciter à la réaliser en chirurgie ambulatoire.

Dans ce cas, la borne haute, à 7 jours, est valorisée à 163,08€, ce qui témoigne encore de la volonté d'incitation à la prise en charge ambulatoire de ce type de chirurgie. Si l'on envisage une réduction de la durée de séjour d'un jour, soit un passage en hôtel hospitalier la veille de l'intervention ou à la place de la dernière nuitée du séjour hospitalier, les résultats obtenus en termes de gains d'activité pour l'établissement seraient les suivants :

	Unitaire					Total		
	Nombre de séjours	Nombre de journées	Valorisation Assurance maladie	Valorisation ticket modérateur	TOTAL Valo	Valorisation Assurance maladie	Valorisation Ticket modérateur	TOTAL Valo
AM 80%	3	12	1 487€	1 140€	2 927€	4 462€	4 320€	8 782€
AM 100%	177	736	1 859€		1 859€	329 043€	0€	329 043€
Non AM non AME	2	8	0€	8 964€	8 964€	0€	17 928€	17 928€
Non AM AME	4	17	1 487€	1 440€	2 927€	5 949€	5 760€	11 709€
TOTAL	186	774	1 793€	151€	1 944€	333 505€	22 248€	355 753€

Document 6 : Valorisation financière des séjours pour le GHM 03C211 pour quatre types de patients : patients pris en charge à 80% par l'assurance maladie, patients pris en charge à 100%, patient non pris en charge par l'assurance maladie et ne bénéficiant pas de l'Aide médicale d'État, patient AME. Source : Direction des finances et de la recherche – HU Necker-Enfants malades.

Ce tableau décrit, pour ce GHM précis, le nombre de séjours ayant eu lieu à Necker en 2014. On constate ainsi une grande majorité de patients pris en charge par l'assurance maladie à 100% (177 sur 186 soit 95% des patients pris en charge en 2014). Ainsi, lors d'une diminution de la DMS de 1 jour, le prix du séjour ne sera pas modifié,

mais c'est le nombre de séjours qui pourra augmenter (le lit libéré sera occupé à nouveau). En revanche, pour un patient pris en charge à 80%, le prix du séjour va être modifié par la diminution du nombre de jours et donc du ticket modérateur applicable soit 20% du tarif journalier de prestation (1 710€ pour un séjour en chirurgie à l'AP-HP). Ainsi, en 2014, ces séjours ont représenté une recette de 355 753€.

En dépit de l'allongement des listes d'attente pour ce service, les urgences sont automatiquement programmées et les délais sont raisonnables. En revanche, une priorisation de la liste d'attente est établie et permet de dégager des informations sur le profil de patients pouvant occuper les lits qui ont été libérés par le recours à l'hébergement extra hospitalier. Après analyse de liste d'attente des patients et du *case mix* des patients d'ORL, les lits libérés sur ce GHM semblent pouvoir être remplacés par des patients relevant également de ce GHM. Ainsi, il s'agirait, par la mise en place d'un hôtel hospitalier, *in fine*, d'augmenter le nombre de séjours sur ce même GHM.

Par conséquent, si la mise en place d'un hôtel hospitalier permet de diminuer d'un jour la durée de séjour pour ce GHM, les résultats obtenus sont les suivants :

	Nombre de séjours	Nombre de journées	Unitaire			Total		
			Valorisation Assurance maladie	Valorisation ticket modérateur	TOTAL Valo	Valorisation Assurance maladie	Valorisation Ticket modérateur	TOTAL Valo
AM 80%	4	12	1 487€	1 080€	2 567€	5 949€	4 320€	10 269€
AM 100%	233	736	1 859€		1 859€	433 147€	0€	433 147€
Non AM non AME	3	8	0€	6 723€	6 723€	0€	20 169€	20 169€
Non AM AME	5	17	1 487€	1 080€	2 567€	7 436€	5 400€	12 836€
TOTAL	245	774	1 793€	122€	1 941€	439 096€	24 489€	463 585€

patient non pris en charge par l'assurance maladie et ne bénéficiant pas de l'Aide médicale d'État, patient AME si la durée de séjour est réduite d'un jour grâce à la création d'un hôtel hospitalier. Source : Direction des finances et de la recherche – HU Necker-Enfants malades.

Ainsi, un séjour réduit d'une journée grâce à un passage du patient en hôtel hospitalier (sous réserve que son état le permette), le service génère un gain de 59 séjours supplémentaires. On note également un gain en recettes de 107 832€. Avec une telle somme générée, on peut même envisager un financement par l'établissement des nuitées au sein de la Maison des familles de l'hôpital Necker-Enfants malades (soit 23 euros par personne pour une nuitée, soit 46 euros pour un patient pédiatrique et son accompagnant), ce qui reviendrait pour 245 nuitées à 11 270 euros. Toutefois, il s'agit ici d'un maximum et il est à supposer qu'un certain nombre de séjours ne pourront, pour des raisons diverses, intégrer un passage en hôtel hospitalier.

Ainsi, la mise en place d'un parcours intégrant un passage en hébergement extra hospitalier semble constituer une opération rentable pour l'établissement, tout comme pour l'assurance maladie. Le *turn over* de patients généré par cette possibilité contribue à accroître le volume des recettes de l'hôpital et à permettre aux patients éligibles à un hébergement extra hospitalier de bénéficier d'un confort supplémentaire.

Ces propos doivent cependant être nuancés. En effet, la mise en place d'un nouveau parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier nécessite une coordination entre l'hôpital et la structure hôtelière. Dans la plupart des hôpitaux intégrant un parcours avec hébergement extra hospitalier, il existe un coordinateur de parcours du patient qui assure le lien entre l'hôpital et la structure d'hébergement extra hospitalier. De même, d'autres facteurs sont à prendre en compte, qui pourraient avoir un impact financier, comme par exemple, des travaux, ou le recrutement de personnel pour faire face au *turnover* toujours plus important etc. Ainsi, même si l'opération reste rentable, le gain final obtenu dans ces calculs sera minoré de ces dépenses.

Toutefois, malgré ces études et réunions de travail menées avec les équipes médicales et paramédicales (cadres, secrétaires médicales, assistantes sociales) du service, le projet s'est heurté à divers obstacles qui mettent en cause sa faisabilité. Il convient donc d'analyser les contraintes rencontrées lors de la mise en place d'un parcours intégrant un passage en hébergement extra hospitalier.

2.2.3 Premiers résultats et analyse de la démarche au regard des contraintes et spécificités liées à la situation particulière de l'établissement

A) Une prise en compte nécessaire du bâti hospitalier

Au moment de l'établissement du parcours du patient intégrant un passage en hôtel hospitalier, deux modifications d'organisation ont été mises en évidence qui ont supposé une étude préalable des locaux en amont de la construction du parcours du patient. En effet, le parcours du patient éligible à un hébergement extra hospitalier dans le cadre de sa prise en charge chirurgicale est le suivant:



Document 8: Description du parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier, en ORL. Source : Direction de la stratégie et des projets - HU Necker-Enfants malades

Toutefois, deux étapes se sont révélées problématiques pour les deux cas de figure les plus fréquents parmi les patients éligibles à un séjour en hôtel hospitalier :

- le patient, qui, par la mise en place d'un hôtel hospitalier, pourrait être admis le jour de son intervention ;
- le patient qui pourrait sortir le soir de son intervention pour passer une nuit en hôtel hospitalier et reviendrait à l'hôpital pour une consultation de suivi ou un bilan de son intervention.

Le cas du patient entrant le jour de son intervention correspond à un gisement de patients potentiels important puisque l'ensemble des patients opérés, quelle que soit l'heure de l'intervention, est hospitalisé la veille de cette opération. Dans ce cas, le patient qui habite dans une zone géographique éloignée ou dont la situation sociale le justifie peut être éligible à une nuitée en hébergement extra hospitalier. Il passe ainsi une nuit en hébergement extra hospitalier et se rend dans le service le jour de son intervention. Ainsi, lorsque le patient se rendra dans le service pour être préparé avant son intervention, l'équipe paramédicale aura besoin d'un local pour effectuer cette préparation et permettre au patient et à sa famille d'attendre son transport vers le bloc opératoire. En effet, lorsque le patient est hospitalisé la veille de son intervention cette étape est réalisée dans la chambre d'hôpital. Or, comme évoqué précédemment, seuls 36% des patients sortent du service avant 12h et un certain nombre d'entre eux sortent entre 12h et 16h. Il est probable que le patient qui se fait opérer le jour de son entrée dans le service n'aura pas de chambre puisque les autres patients ne seront pas tous sortis et que les chambres n'auront pas pu être préparées à temps par l'équipe paramédicale.

Toutefois, le service d'ORL de l'hôpital Necker-Enfants malades ne dispose pas d'un local dédié qui permettrait de préparer le patient et de faciliter le transit avant le passage en bloc opératoire. En outre, si le patient n'a pas rempli les conditions préalables telles qu'une douche de préparation cutanée avant son intervention, il n'y a pas de lieu lui permettant de remplir cette condition, ce qui pourra perturber le programme opératoire.

L'hôpital Foch a levé cet obstacle en créant une unité d'accueil pré-opératoire (UAPO)³¹. Cette unité est consacrée aux patients se rendant à l'hôpital le matin de leur intervention. À la fin de l'opération, ils passent nécessairement en salle de réveil puis peuvent être hébergés dans le service de chirurgie concerné. Dans le cadre de ce parcours, le patient est appelé la veille de son intervention et les consignes lui sont

³¹ « L'unité d'accueil pré-opératoire en 8 questions » sur le site internet de l'hôpital : <http://www.hopital-foch.org/group-foch/espace-patient/slug-hopital-foch-patient-fr/je-rentre-a-lhopital-foch/uapo-hopital-foch>

rappelées. L'UAPO est commune avec l'unité de chirurgie ambulatoire de l'hôpital. À l'hôpital Necker-Enfants malades, l'unité de chirurgie ambulatoire est située dans un bâtiment distinct du bloc destiné aux hospitalisations conventionnelles et une telle mutation apparaît difficile.

Un autre cas de figure nécessite que soient prises en compte les spécificités architecturales de la structure hospitalière : le cas du patient sortant le jour même de son intervention. Les patients doivent parfois revoir leur praticien pour une consultation ou un bilan à la suite de leur intervention mais cela ne nécessite pas forcément une surveillance médicale de nuit, l'hébergement extra hospitalier pouvant alors être indiqué. Si le patient avait passé cette nuit dans le service, le praticien aurait réalisé cette consultation dans la chambre du patient. Dans le cas où le patient ne passe pas la nuit dans le service, un local doit être trouvé pour que cette consultation puisse avoir lieu. Dans l'étude de cas choisie, il a été proposé de réaliser cette consultation dans un box de consultations ORL ou à défaut dans un autre service (les consultations des spécialités chirurgicales pédiatriques étant toutes situées au même étage).

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un parcours patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier, il est donc nécessaire de prendre en compte l'organisation architecturale de la structure hospitalière et de l'adapter au parcours de soins. Au vu de la rentabilité attendue de la mise en place d'un tel type de parcours, l'organisation de travaux peut être envisagée pour permettre la mise en œuvre d'un tel service.

B) La nécessité d'une vision prospective de l'organisation et de l'interconnexion des services

La mise en place d'un parcours patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier suppose de réaliser un travail en amont sur l'organisation de la prise en charge. Plusieurs types d'imprévus doivent être anticipés car ils pourraient nuire à la fluidité du système.

Les équipes du service doivent par exemple gérer le retard ou la non venue d'un patient. Dans ce cas, les conséquences pour la programmation et l'organisation des blocs opératoires peuvent être très importantes. Des solutions doivent être prévues pour limiter les effets de ce retard sur l'organisation de la prise en charge chirurgicale.

En outre, la gestion des blocs opératoires est par nature peu prévisible, ce qui peut rendre difficile l'intégration du parcours du patient comprenant une étape en hébergement extra hospitalier. Ainsi, les programmes opératoires peuvent changer la veille ou le jour même de l'intervention pour des raisons diverses (enfant malade, non à jeun etc.). Les opérations les moins sévères, qui peuvent être éligibles à une prise en charge ambulatoire et qui concernent le plus souvent les patients éligibles à un hôtel hospitalier, sont souvent utilisées comme variable d'ajustement. À titre d'exemple, le patient programmé pour une intervention à 16h, peut être avancé à 8h, la veille de son intervention, ce qui rend difficile la prévision du besoin d'une nuitée en hôtel hospitalier. En amont de la construction d'un tel parcours, il convient de mener une réflexion sur les fluctuations des programmations de bloc opératoire et de mettre en œuvre un plan d'action permettant de les réduire. L'existence d'un Conseil de bloc et d'une cellule de programmation des blocs opératoires pourrait permettre de stabiliser les programmes et d'éviter que les chirurgies légères servent de manière systématique de variable d'ajustement.

C) La nécessité d'une nouvelle organisation de service à effectifs médicaux et paramédicaux constants et d'éventuels recrutements

L'organisation des soins au sein d'un service est protocolisée. En effet, la veille de leur intervention, les patients sont préparés par les soignants et les examens nécessaires sont réalisés. Le matin, dans le service d'hospitalisation, les soins sont réalisés, et suite aux visites, les sorties sont préparées. Une fois les patients sortis, les chambres doivent être préparées afin de permettre l'entrée de nouveaux patients.

Ainsi, l'arrivée d'un patient le matin de son intervention perturbe l'organisation habituelle. Il est ainsi nécessaire de revoir l'organisation des soins afin de permettre un temps d'accueil et de préparation du patient le jour de son intervention afin de ne pas engendrer des retards dans le programme ambulatoire et de garantir au patient une prise en charge de qualité. À effectifs constants, une réorganisation est nécessaire. Toutefois, il serait peut-être envisageable de dédier un agent à l'accueil et à la préparation des patients se rendant dans le service le jour de leur intervention.

La mise en place d'un parcours intégrant un passage en hébergement extra hospitalier engendre aussi une nécessaire coordination entre les services et la structure d'accueil. La désignation d'un agent de coordination est nécessaire afin d'assurer la fluidité du parcours du patient entre les deux structures. Il s'agit en effet de s'assurer de la

réservation de la chambre, des moyens de financement de la nuitée et d'informer le patient sur son parcours et les conditions nécessaires au bon déroulement de son intervention.

Par ailleurs, dans le cadre précis de l'hôpital Necker-Enfants malades, la mise en place d'un hôtel hospitalier ne vise pas à supprimer des lits libérés mais à favoriser une meilleure réponse à la demande en soins qui ne cesse de s'accroître et ainsi permettre à l'hôpital de récupérer des marges de manœuvre en termes de lits tout en améliorant la qualité de la prise en charge du patient. Dans ce cadre, les lits libérés par les patients qui ne le nécessitaient pas d'un point de vue médical, sont alors occupés par des patients dont la demande en soins est pertinente. Dans ce cas, la charge en soins va nécessairement augmenter pour les personnels soignants qui pouvaient apporter une prise en charge plus légère sur certains patients ne nécessitant pas une surveillance médicale, en particulier de nuit. Par la mise en place d'un hôtel hospitalier, l'ensemble des patients hospitalisés nécessiteront une prise en charge médicale poussée et ainsi, à effectif constant, la charge en soin risque d'augmenter, si le taux de patients éligibles est important.

En outre, au cours de l'étude de la mise en place d'un tel parcours, certaines variables liées aux effectifs médicaux sont apparues indispensables. En effet, la mise en place d'un hébergement extra hospitalier est, comme évoqué précédemment, un facteur favorisant le développement de la prise en charge ambulatoire, et notamment de la chirurgie ambulatoire. À l'hôpital Necker-Enfants malades, l'Unité de chirurgie ambulatoire est située dans un autre bâtiment que celui de la chirurgie conventionnelle. Or, si un certain nombre de patients devient éligible à une chirurgie ambulatoire grâce à l'existence d'un hébergement extra hospitalier, les plages de chirurgie ambulatoire sont déjà toutes utilisées pour le service d'ORL. En effet, faute d'anesthésiste pédiatrique, l'unité fonctionne avec un bloc opératoire en moins. Or, l'ORL est une des spécialités les plus utilisatrices de plages de chirurgie ambulatoire. Ainsi, il est nécessaire de prendre en compte ces facteurs liés aux ressources humaines médicales et paramédicales dans la mise en œuvre d'un tel projet. En outre, un projet de développement des hébergements extra hospitaliers ne peut se faire que de pair avec un projet de développement de la chirurgie ambulatoire.

Par conséquent, si la mise en place d'un hôtel hospitalier semble être une opération rentable, il est nécessaire de prendre en compte le coût que pourrait représenter le renfort en ressources humaines nécessaires pour prendre en charge la

forte demande en soins et assurer la coordination entre la structure hospitalière et la structure hôtelière.

D) Une prise en charge souhaitable de la nuitée d'hébergement extra hospitalier

Le succès de l'expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers dépend en partie de la question du financement de la nuitée. En effet, à l'heure actuelle, le patient peut se retrouver dans une situation où il doit lui-même financer sa nuitée en hôtel hospitalier. Si le CHU de Toulouse et l'IGR prennent en charge la nuitée de leurs patients, les clients d'Hospitel paient leur nuitée. De même, dans la Maison des familles de l'hôpital Necker-Enfants malades, les patients doivent payer leur séjour au moment de leur arrivée dans la structure. Dans ces deux derniers cas, certaines mutuelles prennent en charge la nuitée *a posteriori*. En outre, les fonds récoltés par les associations des services sociaux de ces hôpitaux prennent parfois en charge la nuitée des patients et de leur famille dans le cas d'une situation sociale complexe. Cette décision est laissée à la discrétion du service qui a récolté les fonds. Ainsi, le patient a le choix entre une nuitée à l'hôpital qu'il considère comme « gratuite » et une nuitée en hôtel hospitalier pour laquelle il doit avancer le prix du séjour. On peut craindre le caractère peu incitatif de la démarche, qui pourra empêcher de « capter » une patientèle pourtant éligible à ce type de parcours.

Cette situation est due au fait que le patient, une fois sorti du service, est considéré, d'un point de vue juridique, comme « sortant ». La structure hôtelière étant gérée par un prestataire privé, qui supporte les risques de l'exploitation de la structure d'hébergement extra hospitalier, le patient ne peut plus logiquement être sous la responsabilité de l'hôpital. Les missions de l'hôpital public ne prennent pas en compte la prise en charge d'un patient ne nécessitant pas de soin. Dans ce cas, les Caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles ne prennent pas nécessairement en charge la nuitée de ce patient, considérée comme étant hors parcours de soins. On assiste donc à un transfert de charges vers le patient.

Le décret en Conseil d'Etat précisant les modalités de l'expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers permettra de préciser cette question. Au vu des économies attendues (non financement des nuitées injustifiées d'un point de vue médical, réduction du nombre de lits, de transports médicalisés, possibilité de baisses de tarifs consécutives à ces évolutions), un financement de la nuitée par l'assurance maladie et les complémentaires pourrait être une solution envisageable pour garantir le succès de la

démarche. Le différentiel entre une prise en charge de nuitée en hôtel et d'une nuitée médicalisée est en effet suffisant pour justifier une telle solution.

Dans le cadre de l'expérimentation souhaitée dans le service d'ORL de l'hôpital Necker-Enfants malades, si le financement de la nuitée n'est pas assuré pour le patient, le nombre de patients participant sera nécessairement inférieur à celui que l'on pourrait espérer. Or les calculs de rentabilité de la mise en place d'un hébergement extra hospitalier montrent qu'il existe une marge de manœuvre suffisante pour justifier une prise en charge de la nuitée à l'hôtel par un tiers.

E) Un accompagnement nécessaire du changement

La mise en place d'un parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier, opère un changement de paradigme au regard des missions de l'hôpital public. L'établissement se recentre sur son activité de soins qui se découple de celle d'hébergement. Le lit devient alors le support d'un plateau technique toujours plus développé afin d'y accueillir les patients dont la surveillance médicale est nécessaire. La mise en place d'un tel parcours suppose une mission d'accompagnement du changement pour les professionnels. En effet, un tel projet suppose une modification des parcours de soins, des organisations des soins puisque le programme des activités de soins sera modifié.

De même, le développement de la chirurgie ambulatoire dans un hôpital universitaire réduit le temps utilisé par les praticiens universitaires pour assurer des enseignements aux internes, car l'opération réalisée est plus rapide. Néanmoins, il s'agit d'un changement des pratiques que les nouvelles générations de médecins se doivent de maîtriser. Le développement des hôtels hospitaliers, parce qu'il conduira à amplifier ce phénomène général, participe de cette évolution des changements de pratique, ce qui doit être pris en compte.

Comme dans tout nouveau projet, une information claire sur les objectifs du projet et ses bénéfices est nécessaire pour une acceptation par les équipes. Dans ce cas, il s'agit d'expliquer aux équipes qu'il était possible d'aller plus loin que les efforts accomplis et qu'un changement organisationnel est possible par une concertation et une remise à plat de l'organisation et des charges en soins existantes.

Concernant le patient, il y a également un accompagnement nécessaire à prévoir. En effet, l'impact psychologique de ne plus passer la nuit à l'hôpital à la suite d'intervention est important pour un patient qui a besoin d'être rassuré. Les bénéfices d'un hébergement extra hospitalier pour la récupération rapide du changement doivent être présentés clairement et le patient doit être accompagné dans ses interrogations et sa démarche. L'hôtel hospitalier est également souvent perçu, à tort, comme l'intrusion du privé dans la prise en charge médicale du patient à l'hôpital public. Or, il s'agit d'expliquer au patient les raisons de ce parcours et la justification de son passage en hébergement extra hospitalier.

Conclusion

Le développement des hôtels hospitaliers constitue une véritable opportunité pour notre système de santé d'améliorer la prise en charge des patients tout en étant plus performant et innovant. Ce modèle, existant depuis plusieurs années à l'étranger, constitue un moyen de répondre plus rapidement à la demande en soins sans augmenter les capacités en lits de l'établissement et tout en garantissant une prise en charge de qualité et sécurisée pour le patient.

La mise en place de telles structures constitue une source d'économies potentielle pour l'assurance maladie, au regard du coût moyen d'une nuitée en hospitalisation complète évitée et du potentiel important de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier.

La mise en place d'hôtels hospitaliers, ainsi que d'autres formes d'hébergement extra hospitalier, constitue un tournant dans la vision que l'on pouvait avoir de l'hôpital. L'hôpital se recentre sur son plateau technique et sur son cœur de métier, l'activité de soins étant désormais explicitement dissociée de l'activité d'hébergement. Le nombre de lits n'est plus alors le seul reflet des performances du service ou de l'établissement. L'existence des hôtels hospitaliers permet d'offrir de nouvelles perspectives à l'établissement en termes de revalorisation de son patrimoine immobilier, de développement du recours à la chirurgie ambulatoire (et donc de la restructuration possible de ses services), enfin d'un surcroît d'activité.

Ces possibilités varient cependant en fonction de la structure d'hébergement extra hospitalier retenue et de la pluralité des coordinations possibles avec l'établissement de santé.

L'étude du cas de l'hôpital universitaire Necker-Enfants malades témoigne de cette nécessaire adaptation aux caractéristiques de l'établissement et de l'offre existante. Les possibilités offertes par l'expérimentation nationale en termes de recours à un hôtel hospitalier doivent prendre en compte ces particularités.

Ce mémoire consiste ainsi à étudier de manière plus précise les modalités de mise en œuvre d'un tel projet au niveau de l'établissement et les gains pouvant en être obtenus. L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades fait l'objet d'une forte demande en soins et constitue un hôpital à forte activité de recours en raison de la spécificité de ses activités. Ainsi, un nombre important de ses patients est originaire de la zone hors Ile-

de-France et est pour partie éligible à un hébergement extra hospitalier. Si cette problématique d'hébergement a été prise en compte depuis de nombreuses années, l'offre existante n'est pas suffisante pour permettre d'absorber les besoins croissants en hébergements extra hospitalier.

L'étude de cas ici présentée vise à améliorer le taux d'occupation de la Maison des familles par la mise en place d'un parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier au sein du service ORL. Elle a permis de mettre en évidence les contraintes que le décideur doit prendre en compte et intégrer au moment de l'élaboration d'un tel projet, si intriqué avec d'autres problématiques et projets.

Ainsi, il sera nécessaire pour le décideur de prendre en compte les aspects suivants :

- L'adéquation de la **structure architecturale** du bâtiment de chirurgie doit être étudiée précocement dans la définition du parcours et dans le périmètre du projet de recours à un hôtel hospitalier :
- Les questions liées aux **interconnexions entre services** devront aussi être étudiées de manière fine, avant toute mise en place. A titre d'illustration, si les programmations de bloc opératoire sont fluctuantes, il ne sera pas envisageable d'accueillir les patients le jour de l'intervention. Un travail en amont doit être réalisé au préalable afin de stabiliser les relations entre services concernés ;
- D'éventuelles **réorganisations** devront être étudiées, du fait de l'augmentation de la charge de travail associée à un turnover plus important. Un arbitrage devra alors être réalisé entre une réorganisation du service à effectifs constants ou des recrutements ;
- Par ailleurs, il sera nécessaire pour le chef de projet **d'accompagner ce changement** pour les patients comme pour les personnels, en raison du changement de paradigme que suppose la mise en place d'un hôtel hospitalier.

Enfin, le décideur hospitalier reste lié par un cadre juridique aujourd'hui encore instable, puisque ni le décret en Conseil d'État précisant les modalités de l'expérimentation nationale ni les recommandations de la HAS relatives aux critères d'éligibilité des patients en hébergement extra hospitalier n'ont, à ce jour, été publiés.

La mise en place d'un projet d'hôtel hospitalier offre un potentiel riche pour le décideur hospitalier et les mois qui viennent permettront par ailleurs de stabiliser l'environnement juridique dans lequel ce type de projet pourra se développer. Mais dans tous les cas, sa déclinaison dépendra essentiellement des caractéristiques propres de l'établissement,

comme le montre bien l'étude de cas qui a été menée sur l'hôpital Necker enfants malades. Un travail de concertation sur le terrain, avec l'ensemble des équipes concernées constitue un préalable indispensable au bon déroulement et au succès de ce type de projet.

Bibliographie

- **Rapports et études :**

ARS Ile-de-France – Kurt Salmon, « Hôtel hospitalier – Expériences repérées et 1^{ère} modélisation », Note de synthèse , Novembre 2014.

ARS Ile-de-France, Groupe de travail Hôtels hospitaliers, « Evaluation des besoins – Hébergement non médicalisé à l'hôpital », Projet, Septembre 2014.

CNAMTS, « Les hôtels pour malades dans le cadre des établissements de santé financés par dotation globale », circulaire DGR n°27/93-ENSM n°6/93, 1993.

Haute Autorité de Santé (HAS), « Revue de pertinence des soins – Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation », Novembre 2004.

DGOS, « Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital », Note d'analyse, *Veille et prospective DGOS*, n°4, Juillet 2011.

Haute Autorité de Santé (HAS), « Programmes de récupération rapide après chirurgie : état des lieux et perspectives », Rapport d'orientation, Juillet 2014.

Haute Autorité de Santé (HAS), « Expérimentation d'hôtels pour patients - Feuille de route », CEESP du 7 avril 2015

IGF/ IGAS, « Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », mission de Modernisation de l'Action Publique, Juillet 2014.

Ministère de la Santé de l'Etat du Victoria (Australie), *Review of medihotels : Future directions*, 2006.

- **Articles scientifiques :**

S. BOUAM, S. GAUCHER, F. MATRELLA, F. CAPIELLO, J. FRENKIEL, J.-P. BETHOUX, « Increasing ambulatory surgery potential by non medicalized accommodation : Matched comparison of the 2011 National Hospital Activity data to 66 local stays », *J Visc Surg* 2014 ; 151, pp 268-273.

S. GAUCHER, F. CAPIELLO, S. BOUAM, I. DAMARDJI, A. AISSAT, J.-P. BÉTHOUX, "Day surgery : Results after restructuration of a university public general surgery unit". *J Visc Surg* 2013; 150(3): 213-217.

S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPIELLO, A. AISSAT, J.-P. BETHOUX, « Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle », *La Presse Médicale*, tome 41, n°12 Décembre 2012.

S. GAUCHER, S. BOUAM, F. CAPIELLO, A. DRAGOS RADU, A. AISSAT, J. -P. BÉTHOUX, L'hôtel hospitalier : résultats d'une enquête de satisfaction auprès de 50 patients après une intervention en chirurgie ambulatoire », *La Presse Médicale*, 2012, 42(9), pp. 1279-1280.

H. KEHLET, D.W. WILMORE, "Multimodal strategies to improve surgical outcome", *Am. J. Surg.*, 2002, 183(6) pp 630-641.

- **Articles :**

S. JÉGU, « Le Laurier Rose de Toulouse se tient prêt à expérimenter le concept d'hôtel hospitalier », Dépêche Hospimedia.fr, 25/02/2015.

C. MERDINGER-RUMPLER, J.-P. BÉTHOUX, « L'Hôtel Hospitalier: le chaînon manquant de la prise en charge hospitalière en France ? », 2015.

Tribune de Madame Marisol TOURAINE dans *Les Echos* du 25 avril 2014.

J. TOUZARD, « L'hôtel hospitalier : un outil pour concilier qualité et efficience dans les établissements de santé », *Finances Hospitalières*, N°56, Mars 2012.

- **Brochure :**

Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, « Chirurgie ambulatoire. Progrès des techniques. Nouvelles organisations. », Brochure, 2015.

- **Mémoires :**

LUCAS Yann, *Le virage ambulatoire au CHU de Nantes : une orientation stratégique moteur de sa recomposition capacitaire*, Mémoire de l'EHESP, décembre 2014.

TOUZARD Jacques, *Extension de l'hôtel hospitalier à l'Hôtel-Dieu (AP-HP) : Enjeux, et perspectives*, Mémoire de l'EHESP, décembre 2008.

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des tableaux et graphiques.....	II
Annexe 2 : Liste des personnes interviewées	III
Annexe 3 : Enquête un jour donnée de l'ARS Ile-de-France permettant de déterminer le potentiel de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier.....	IV
Annexe 4 : Note de cadrage de l'expérimentation menée à l'hôpital Necker-Enfants malades.....	V
Annexe 5 : Fiche de prescription médicale pour un passage en hébergement extra hospitalier.....	VIII

Annexe 1 : Liste des documents

- **Document 1** : Taux de patients domiciliés en dehors de la région Ile-de-France. Source : Opale 2014 – Retraitement des données par la direction des affaires financières – HU Necker-Enfants malades (AP-HP).
- **Document 2** : Taux d'occupation des lits au sein du pôle médico-chirurgical pédiatrique par jour de la semaine. Source : HU Necker-Enfants malades
- **Document 3** : Données globales d'activité 2014 sur le périmètre de l'enquête. Source : Direction des finances et de la recherche – HU Necker-Enfants malades
- **Document 4** : Résultats de l'enquête un jour donné menée à l'hôpital Necker-Enfants malades. Source : Direction de la stratégie et des projets – HU Necker-Enfants malades.
- **Document 5** : Analyse de GHM comprenant des patients éligibles à un hébergement extra hospitalier. Source : Département d'information médicale – HU Necker-Enfants malades.
- **Document 6** : Valorisation financière du nombre de séjours pour le GHM 03C211 pour quatre types de patients : patients pris en charge à 80% par l'assurance maladie, patients pris en charge à 100%, patient non pris en charge par l'assurance maladie et ne bénéficiant pas de l'Aide médicale d'État, patient AME. Source : Direction des finances et de la recherche – HU Necker-Enfants malades.
- **Document 7** : Valorisation financière des séjours pour le GHM 03C211 pour quatre types de patients : patients pris en charge à 80% par l'assurance maladie, patients pris en charge à 100%, patient non pris en charge par l'assurance maladie et ne bénéficiant pas de l'Aide médicale d'État, patient AME si la durée de séjour est réduite d'un jour grâce à la création d'un hôtel hospitalier. Source : Direction des finances et de la recherche – HU Necker-Enfants malades.
- **Document 8** : Description du parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier, en ORL. Source : Direction de la stratégie et des projets - HU Necker-Enfants malades

Annexe 2 : Liste des personnes interviewées

- Professeur Jean-Pierre BÉTHOUX, Chirurgien consultant des hôpitaux, Hôpitaux universitaires Paris-Centre (AP-HP), Coordonnateur médical du groupe « hôtels hospitaliers » de l'ARS Ile-de-France.

- Madame Déborah CVETOJEVIC, Cheffe du bureau R3 « Plateaux techniques et prises en charges hospitalières aiguës », Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Responsable de l'expérimentation « Hôtels hospitaliers ».

- Madame Odile CHOMIAC de SAS, Directrice de la Maison des familles et de la Maison des parents de l'hôpital Necker-Enfants malades, coordinatrice des maisons d'accueil de l'Ordre de Saint-Jean.

- Monsieur David TROUCHAUD, Directeur des ressources humaines, Directeur du site Ambroise Paré, Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest (AP-HP).

- Madame Sylvie STEIN, Directrice de la Maison d'accueil « Le Rosier Rouge » (Vanves).

Annexe 3 : Enquête un jour donnée de l'ARS Ile-de-France permettant de déterminer le potentiel de patients éligibles à un hébergement extra hospitalier



Cliquez pour enregistrer

Enregistrer

Cliquez pour réinitialiser

Effacer sans enregistrer

FICHE DE RECUEIL -

IDENTIFICATION		Commentaires
Numéro patient	<input type="text"/>	
Age	<input type="text"/>	
Numéro de la journée dans le séjour du patient (journée d'admission= J1)	<input type="text"/>	
	Homme <input type="radio"/>	
	Femme <input type="radio"/>	
1) Patient en hospitalisation conventionnelle		Commentaires
1 a - patient en hospitalisation la veille d'intervention :	<input type="radio"/>	
1 b1 - patient en hospitalisation pour bilan chirurgical :	<input type="radio"/>	
1 b2 - patient en hospitalisation pour prise en charge médicale :	<input type="radio"/>	
	Bilan <input type="radio"/>	
	Séances (chimio, radioth, dialyse...)	<input type="radio"/>
	Autres <input type="radio"/>	
1 c - patient en hospitalisation post-opératoire, autonome et sans perfusion (ou susceptible de l'être) :	<input type="radio"/>	
Dans ce dernier cas, motif de son maintien dans l'hôpital :		
surveillance thérapeutique ou clinique spécifique	<input type="radio"/>	
attente d'avis diagnostique ou thérapeutique spécialisé	<input type="radio"/>	
décision médicale interne au Service (protocole, attente d'avis collégial)	<input type="radio"/>	
raison sociale liée au patient ou à sa famille	<input type="radio"/>	
rééducation fonctionnelle, kinésithérapie	<input type="radio"/>	
attente de passage en HAD, en SSR	<input type="radio"/>	
2) Patient en conversion de chirurgie ambulatoire		Commentaires
risque élevé de retour rapide à l'hôpital dans la nuit :	<input type="radio"/>	
consultation chirurgicale nécessaire dès le lendemain :	<input type="radio"/>	
pas d'accompagnant pour le retour au domicile et/ou la nuit :	<input type="radio"/>	
éloignement trop important ou accès difficile du domicile :	<input type="radio"/>	
gestion des flux (horaire tardif d'intervention) :	<input type="radio"/>	
autre motif	<input type="radio"/>	

Annexe 4 : Note de cadrage de l'expérimentation menée à l'hôpital Necker-Enfants malades

EXPERIMENTATION HÔTEL HOSPITALIER

Note de cadrage
Document de travail

❖ Objet du projet :

Il s'agit, dans le cadre de l'étude relative à la mise en place d'un hôtel hospitalier sur le site de l'hôpital universitaire Necker-Enfants Malades, d'affiner le potentiel de patients éligibles à un hôtel hospitalier et d'étudier la faisabilité d'un parcours intégrant un passage en hôtel hospitalier pour les patients de l'hôpital.

L'expérimentation porte sur une spécialité pédiatrique chirurgicale : le service d'ORL. Elle consiste à organiser un parcours patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier (Maison des Familles) selon les critères d'éligibilité à un hôtel hospitalier.

L'existence d'une Maison des Familles, l'un des trois modes de gestion d'hôtel hospitalier, sur le site de l'hôpital constitue une opportunité pour la mise en œuvre de cette expérimentation.

Les résultats de l'expérimentation permettront d'analyser la faisabilité d'un tel parcours patient et d'évaluer la nécessité d'une extension de l'offre d'hébergement extra hospitalier à l'hôpital universitaire Necker-Enfants Malades.

❖ Objectifs du projet :

○ *Objectifs de qualité* :

- Estimer les avantages d'un parcours intégrant un passage en hôtel hospitalier pour la qualité de la prise en charge du patient au regard des critères suivants :
 - récupération rapide après prise en charge médicale ou chirurgicale
 - baisse des infections nosocomiales
 - confort et prestations hôtelières
 - satisfaction globale du patient
- Evaluer le potentiel d'amélioration de la fluidification du parcours du patient (libération des lits plus rapide pour permettre de répondre à la demande en soins croissante)

○ *Objectifs de temps* :

- Mesurer l'impact de cette expérimentation sur la DMS moyenne des spécialités étudiées, si possible, au moment de l'hospitalisation des patients.

○ *Objectifs de charges et de coûts* :

- Estimer le gain financier (ou la perte financière) lié à la mise en place de ce parcours du patient.

○ *Objectifs de communication* :

- Produire un support de communication détaillé auprès des équipes médicales et paramédicales du service sur l'intérêt de l'expérimentation et les modalités de son déroulé jusqu'à l'entrée effective du patient dans l'hôtel hospitalier (soit, en moyenne, plusieurs mois après le début de l'expérimentation).

- Avoir des données objectivées qui permettront de connaître le potentiel et les besoins du GH en matière d'hébergement extra hospitalier pédiatrique.
- À partir des résultats de l'étude, communiquer aux services intéressés et standardiser la prise en charge du patient dans le cadre de ce nouveau parcours de soin.
 - *Contraintes sur les objectifs :*
- Le cadre réglementaire est à ce jour encore instable :
 - les modalités de l'expérimentation nationale relative aux hôtels hospitaliers ne seront connues qu'en octobre
 - les critères d'éligibilité définis par la HAS ne seront connus qu'en octobre
- Ressources internes limitées : la mise en œuvre d'un tel projet ne se fait pas avec une personne à temps plein sur le dossier, ni avec l'appui d'un cabinet externe.
- Foncier disponible limité : les surfaces actuelles de l'hôpital sont en train d'être optimisées et si une extension doit être décidée, la question de son emplacement soulèvera des questions.
- Niveau d'investissement limité : le GH n'a pas d'autonomie quant à sa capacité à lever d'importants fonds pour mettre en place un hôtel hospitalier, au vu des projets nombreux en cours au niveau du GH.

❖ Périmètre:

- L'expérimentation portera sur le service d'ORL pédiatrique.

❖ Risques :

- *Freins à la mise en œuvre du projet :*

- manque de temps avant la mise en œuvre de l'expérimentation début 2016
- refus de la Maison des Familles de coopérer
- refus des services de revoir leur organisation
- manque de personnel pour permettre la réorganisation du parcours de soins
- impact de l'expérimentation visible à long terme

- *Facilitants :*

- si refus de la maison des familles, possibilité de lancer l'expérimentation avec un hôtel juxta-hospitalier

❖ Méthode :

L'expérimentation ne portera que sur les patients programmés (et non les urgences) en hospitalisation conventionnelle ou dont l'hospitalisation conventionnelle pourrait être convertible en prise en charge en chirurgie ambulatoire.

- *Validation de l'expérimentation :*

- Présentation du projet aux responsables de la Maison des Familles
- Présentation du projet au chef de service et demande de désignation d'un médecin référent

- *Définition des critères d'éligibilité à l'hôtel hospitalier :*

- Étude des séjours supérieurs à la DMS moyenne avec le DIM et le médecin référent : définition des critères d'éligibilité à l'hôtel hospitalier, sur la base des études menées par l'ARS Ile-de-France.
 - *Définition du parcours du patient :*
 - Organiser avec les assistantes sociales, les cadres, les coordinatrices de parcours de soins, les secrétaires médicales et les équipes le parcours du patient intégrant un hébergement en hôtel hospitalier : proposer cette option au patient en amont de son hospitalisation, prévoir son accueil et sa préparation à la sortie, les documents à fournir, les messages à faire passer aux équipes et aux patients. La GAP et le service social de l'hôpital doivent être intégrés à la réflexion.
 - Préparer un support de communication sur le fonctionnement de l'hôtel hospitalier, les critères d'éligibilité, les avantages d'un tel mode d'hébergement, le déroulé du parcours et les coordonnées des acteurs-clefs.
 - *Coordination avec la MF :*
 - Etudier le fonctionnement actuel de la Maison des Familles et sa coordination avec les services.
 - Garantir une fluidité de la communication entre services, assistantes sociales et maison des familles.
 - Assurer un taux d'occupation important pour la Maison des Familles (soit supérieur à 80%).
 - Concilier l'expérimentation avec les patients ayant déjà réservé.
 - Assurer une clarification du parcours du patient (pré-admission, pré-réservation).
 - *Financement de la nuitée :*
 - Définir la coordination entre Service Social et Maison des Familles sur le sujet de la prise en charge de la nuitée et de la couverture social du patient
 - *Évaluation de l'expérimentation :*
 - Evaluation médico-économique :
 - Estimation du gain réalisé par le transfert de patients vers la Maison des Familles en termes d'activité hospitalière.
 - Estimation du nombre (potentiel) de patients éligibles à l'hôtel hospitalier versus le nombre de patients qui n'ont pas pu y accéder et préciser le motif de ce refus (manque de couverture sociale, manque de place à la Maison des Familles, manque d'accompagnant, autre).
 - Estimation de l'amélioration du taux d'occupation de la Maison des Familles suite à la mise en place de l'expérimentation.
 - Satisfaction :
 - Proposer un questionnaire de satisfaction aux patients sur le déroulé de leur parcours
 - Proposer un questionnaire de satisfaction aux acteurs impliqués

Annexe 5 : Fiche de prescription médicale pour un passage en hébergement extra hospitalier

Étiquette patient

PRESCRIPTION MÉDICALE : ORIENTATION DE L'ENFANT APRES L'HOSPITALISATION (hors retour à domicile)

Date de l'admission en hospitalisation :/...../..... .

Durée prévisionnelle de séjour :/...../..... .

Le patient présente les pathologies suivantes :

Suite à l'hospitalisation à l'hôpital Universitaire Necker-Enfants, le patient sera orienté vers la structure ci-dessous :

HOSPITALISATION A DOMICILE

Durée prévisionnelle d'admission en HAD :/...../..... .

ETABLISSEMENT DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION (SSR)

Durée prévisionnelle d'admission en SSR :/...../..... .

Coordonnées de l'Etablissement :

AUTRE STRUCTURE DE SOINS

Coordonnées de l'Etablissement :

Commentaires :

.....
.....
.....
.....
.....

PRESCRIPTION MEDICALE D'ORIENTATION

Je soussigné Pr/ Dr prescriis une demande d'hébergement à la Maison des Familles :

INFORMATION ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Le patient est informé et consent au parcours proposé :

Date et signature du praticien:

Exemplaire à remettre à la coordinatrice de parcours patient / Exemplaire à remettre au patient

JAULENT

Margaux

Décembre 2015

FILIÈRE DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2014-2016

ENJEUX ET RÉFLEXIONS AUTOUR DE LA MISE EN PLACE D'UN HÔTEL HOSPITALIER À L'HÔPITAL NECKER-ENFANTS MALADES (AP-HP)

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Aucun

Résumé :

Le concept d'hôtel hospitalier, encore peu développé en France, existe depuis plusieurs années dans certains pays anglo-saxons et d'Europe du Nord. Ces structures constituent un moyen de dissocier l'activité de soins, cœur de métier de l'établissement hospitalier, de celle d'hébergement. En effet, en France, ces structures ont vocation à accueillir tout patient déperfusé, autonome et mobile occupant actuellement un lit de manière injustifiée d'un point de vue médical.

Ces structures constituent une réelle opportunité pour notre système de santé : elles permettent de générer d'importantes économies pour l'assurance maladie, d'accroître le développement de la prise en charge ambulatoire, d'améliorer et de fluidifier la prise en charge du patient et enfin de dégager des marges de manœuvre pour l'établissement.

Malgré les avantages qu'il génère, l'hôtel hospitalier ne bénéficie pas d'un cadre juridique solide. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 prévoit une expérimentation nationale à ce sujet et permettra de définir les conditions d'existence de ces structures. En effet, la question de la prise en charge financière de la nuitée n'a pas encore été tranchée, ce qui conditionne le succès de l'expérimentation.

Dans ce contexte, l'hôpital Necker-Enfants malades s'est engagé dans une réflexion relative à ce type d'hébergements extra hospitaliers. Ce mémoire vise à analyser la faisabilité d'un tel projet et étudie le cas d'un parcours du patient intégrant un passage en hébergement extra hospitalier dans le service d'ORL pédiatrique. Il s'agit de tirer des conclusions relatives aux conditions de la mise en œuvre d'un tel projet et aux éléments que doivent prendre en compte les décideurs au moment de son élaboration.

Mots clés :

Hôtels hospitaliers – Hébergements extra hospitaliers – Maisons d'accueil hospitalière – Assurance maladie – Chirurgie ambulatoire – Médecine ambulatoire – Expérimentation nationale – Parcours patient

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.