

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Octobre 2017**

---

# **Le déploiement de la facturation des chambres particulières**

*Exemple du Centre hospitalier*

*Guillaume Régnier*

---

**Aude BAILLET-HERAULT**

---

# Remerciements

---

*Je tiens tout particulièrement à remercier Mme Anne Leroux-Tardif, Directrice des affaires générales, financières et systèmes d'information du Centre hospitalier Guillaume Régnier, ma tutrice durant cette période de stage long, pour sa confiance, ses conseils avisés et la qualité de nos échanges.*

*Je voudrais également remercier M. Bernard Garin, chef d'établissement et toute l'équipe de Direction du CHGR pour leurs éclairages et leurs expertises sur les différents dossiers qui m'ont été confiés.*

*Merci à tous d'avoir fait que mon stage se déroule dans les meilleures conditions.*

*Enfin, je souhaiterais remercier mon mari et ma famille pour leur patience et leur relecture attentive ainsi que mes amis Karelle, Claire, Flore, Aurélien, Benjamin, Richard, Aurélien, Raphael et Maxime, sans qui ces deux années passées à l'EHESP n'auraient pas eu la même saveur.*

---

# Sommaire

---

Introduction.....	6
1 Le déploiement de la facturation des chambres particulières au sein d'un établissement public de santé mentale : un projet aux confins d'enjeux institutionnels, organisationnels, réglementaires et historiques .....	10
1.1 Le déploiement du projet : un choix institutionnel.....	10
1.1.1 Un projet porté par le chef d'établissement .....	10
1.1.2 Un objectif non-dissimulé de renouvellement du bâti.....	11
1.1.3 La traduction de cette orientation institutionnelle à travers l'inscription à l'EPRD / PGFP.....	14
1.2 L'inscription du projet dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein de l'établissement.....	16
1.2.1 Du «patient sujet » au « patient acteur ».....	16
1.2.2 Garantir l'égal accès aux soins des patients .....	17
1.2.3 Information et consentement : des préalables nécessaires .....	18
1.3 La facturation des chambres particulières : l'inscription au sein du projet d'établissement.....	19
1.3.1 L'inscription au projet d'établissement.....	19
1.3.2 Le soutien des instances de l'établissement .....	20
1.3.3 Favoriser l'adhésion des pôles et des unités de soins .....	21
2 L'amélioration des conditions d'accueil au sein de l'établissement par une conception volontariste du projet.....	22
2.1 Les enjeux d'un fonctionnement en « mode projet ».....	22
2.1.1 La mise en place et le choix d'un groupe de travail élargi .....	22
2.1.2 Le cadrage du projet ou la détermination des critères de facturation .....	23
2.1.3 Un travail en proximité avec les unités concernées .....	25
2.2 La recherche de nouvelles recettes mais pas à n'importe quel prix ! .....	27
2.2.1 Au cœur du dispositif : la gratuité pour le patient .....	27
2.2.2 La prédominance de l'aspect clinique.....	28
2.2.3 La non-remise en cause de la sectorisation .....	29

2.3	La perspective de recettes supplémentaires : un objectif non dissimulé .....	30
2.3.1	Etat des lieux des finances de l'établissement.....	30
2.3.2	Projections financières .....	31
2.3.3	Perspectives et extension du dispositif.....	33
3	L'amélioration des conditions hôtelières comme leitmotiv .....	33
3.1	Facturer : oui, mais à n'importe quel prix !.....	34
3.1.1	Assurer une communication lisible autour du projet.....	34
3.1.2	Garantir une offre « digne » .....	35
3.1.3	Optimiser l'existant.....	36
3.2	Eviter les dérives .....	37
3.2.1	La facturation des chambres particulières ou le nouvel enjeu des mutuelles 37	
3.2.2	La liberté de fixer le tarif.....	38
3.2.3	La facturation de l'ambulatoire depuis 2011 .....	40
3.3	La facturation des chambres particulières ou le développement d'une nouvelle culture de gestion .....	41
3.3.1	L'exemple des cliniques privées .....	41
3.3.2	Quand l'hôtellerie devient un business (Happytal) .....	43
3.3.3	L'émergence de « l'hôpital-hôtel » .....	44
	CONCLUSION .....	46
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes .....	I
	Projections financières .....	I
	Procédure relative à la mise en place du RPH.....	I
	Formulaire RPH.....	V
	Note d'information relative à la mise en place du RPH.....	VI

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AFCA** : Association française de chirurgie ambulatoire  
**AP-HP** : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris  
**ARH** : Agence régionale de l'hospitalisation  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**BE** : Bureau des entrées  
**CGT** : Confédération générale des travailleurs  
**CME** : Commission médicale d'établissement  
**CNFCE** : Centre National de la Formation - Conseil en Entreprise  
**CRC** : Chambre régionale des comptes  
**CS** : Cadre de santé  
**CSI** : Chambre de soins intensifs  
**CSIRMT** : Commission des soins infirmiers, de rééducation et medico-techniques  
**CSP** : Code de la santé publique  
**CSS** : Cadre supérieur de santé  
**CTE** : Comité technique d'établissement  
**DAF** : Dotation annuelle de financement  
**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins  
**DHOS** : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
**DMS** : Durée moyenne de séjour  
**EPRD** : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses  
**EPSM** : Etablissement public de santé mentale  
**GHT** : Groupement hospitalier de territoire  
**IGAS** : Inspection générale de l'action sociale  
**LFSS** : Loi de financement de la Sécurité sociale  
**MCO** : Médecine chirurgie obstétrique  
**ONDAM** : Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie  
**PAP** : Pôle Addictions Précarité  
**PCME** : Président(e) de la commission médicale d'établissement  
**PGFP** : Plan global de financement pluriannuel  
**PMP** : Projet médical partagé  
**RPH** : Régime particulier d'hospitalisation  
**SDRE** : Sur demande du représentant de l'état  
**SDT** : Sur demande d'un tiers  
**USLD** : Unité de soins longue durée

## Introduction

Le 17 mai dernier, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) révélait le bilan budgétaire des hôpitaux pour l'année 2016, mettant en lumière une baisse importante du déficit des hôpitaux à hauteur de 295 M€ contre 406 M€ pour l'année 2015<sup>1</sup>. L'important effort réalisé par les hôpitaux en 2016, marquant une rupture franche depuis 2012 n'éclipsait néanmoins pas le constat fait par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), pointant une réduction du déficit des hôpitaux au détriment des investissements hospitaliers qui s'élevaient à 4,2 milliards pour l'année 2016 soit 6% des produits.

Lors de la *Paris Healthcare Week* de 2016, la ministre de la santé, Marisol Touraine annonçait alors la mise en œuvre d'un plan d'investissements de 2 milliards d'€ sur 5 ans (2017-2021) à destination des établissements de santé.

Ce plan, s'inscrivant dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) avait été annoncé comme ayant vocation à accompagner la transformation du système de santé et les restructurations hospitalières que représentaient la mise en place de projets médicaux partagés (PMP), le développement du numérique et de l'innovation.

## Un ONDAM 2017 à géométrie variable

En filigrane des déficits des établissements de santé, des fonds versés par la sécurité sociale qui augmentent peu. Il en est pour preuve, un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) historiquement bas en 2016, à hauteur de 1,75% contre 2,1% en 2015. Cette volonté de contenir les dépenses de santé sous-tendant une raréfaction des moyens, s'inscrit dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité déployé par le Gouvernement Valls, qui s'était engagé en avril 2014 à mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'€ sur trois ans<sup>2</sup>, dont 10 milliards d'€ d'économies concernaient les dépenses de l'assurance maladie.

En 2017, la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a fait état d'un ONDAM revalorisé à hauteur de 2,1%, permettant aux établissements de santé de bénéficier d'au taux de progression de 2% soit d'un objectif fixé à 79,2 milliards d'€.

A l'heure de la rédaction de ce mémoire, le Centre hospitalier Guillaume Rénier a reçu un mail de l'*Agence régionale de santé Bretagne*, faisant état d'une notification de mise en réserve « prudentielle », fixée à 0,7 % de l'ensemble des enveloppes financées à l'activité (MCO, psychiatrie et SSR). Cette notification précisant également que pour les

---

<sup>1</sup> *Dépêche APM, 18/05/2017*

<sup>2</sup> *2015-2017*

activités sous dotation annuelle de financement (DAF), les mises en réserve seront limitées au même niveau qu'en 2016. Cette mise en réserve prudentielle correspond à l'échelle de l'établissement à un montant de 532 000 € dans un contexte de stagnation de la dotation annuelle de financement (DAF) depuis plusieurs années et d'une augmentation de la population de l'ensemble des secteurs<sup>3</sup>.

## **Des conditions financières qui se durcissent induisant la recherche de financements nouveaux**

Ainsi confrontés à des contraintes financières et budgétaires toujours plus prégnantes d'année en année, les hôpitaux s'engagent pour beaucoup dans la recherche de mesures nouvelles destinées à dégager des fonds, avec pour objectif ambitieux de parvenir à l'équilibre budgétaire. Les préoccupations financières des établissements, au vu d'un contexte national de baisse de financements, poussent ceux-ci à parfois trouver et exploiter de potentiels ou nouveaux gisements financiers. Cession de patrimoine hospitalier à des investisseurs, vente de terrains, politique destinée à attirer des clients étrangers, facturation de prestations pour exigences particulières du patient ou développement de services hôteliers, les hôpitaux rivalisent d'efforts.

La facturation des prestations pour exigences particulières du patient a connu un essor particulier et important en MCO ces dix dernières années<sup>4</sup> mais tend encore à s'étendre au sein des établissements psychiatriques, plus frileux au regard de la population accueillie : des patients vulnérables, parfois instables et souvent précarisés. Déployer un tel projet induisait un changement culturel très profond.

Ce phénomène de facturation, emprunté au secteur privé, a la particularité d'être amplifié par un phénomène sous-jacent que représente le mouvement d'humanisation des hôpitaux et qui ne peut en être déconnecté.

## **L'humanisation des hôpitaux**

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, on assiste à la naissance d'un mouvement de modernisation et d'humanisation des hôpitaux. Les hôpitaux passent ainsi d'une fonction asilaire et d'accueil des pauvres et indigents à une mission de soins.

Ce qu'on dénomme alors « les salles communes » se ferment progressivement au bénéfice du malade et de ses droits qui seront abordés de manière très concrète en 1958. M. Bernard Chenot, alors ministre de la Santé Publique en 1958 signa le 5 décembre 1958, la circulaire qui définit les préalables de la politique d'humanisation des hôpitaux.

---

<sup>3</sup> Un secteur correspond à environ 70 000 habitants

<sup>4</sup> Phénomène marqué par une évolution de la législation en 2011 pour l'ambulatoire

Comme le souligne Mme Anne Nardin, ancienne conservatrice en chef du musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, « c'est une transformation en profondeur qu'il faut entreprendre pour convertir le moule de l'hôpital-hospice en centre de santé ouvert à tous les malades ».<sup>5</sup> La psychiatrie asilaire, telle qu'elle existait, disparaît progressivement au bénéfice d'une psychiatrie plus humaine et ouverte sur le monde extérieur.

Cette volonté d'humanisation des hôpitaux va pousser les établissements à entreprendre des opérations de renouvellement du bâti, de démolition-reconstruction ou à faire éclore des projets de nouveaux hôpitaux. La recherche de financements nouveaux par les établissements hospitaliers couplée à ce mouvement pressant d'humanisation des hôpitaux dès 1944<sup>6</sup> va conduire les établissements à opérer des choix stratégiques et à actionner le levier des recettes, et de leur optimisation.

Le rapport de certification V2010 de la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>7</sup> pointe au sein du centre hospitalier Guillaume Régnier, le fait que la moitié des bâtiments font l'objet d'un avis défavorable d'exploitation de la commission de sécurité. Les actions d'amélioration envisagées ne seront pas effectives avant une durée de 10 ans, soit 2025.

Dans ce contexte, la mise en conformité bâtementaire se veut plus pressante encore.

Pris entre deux mouvements que sont le respect de l'intimité et de la dignité du patient et celui de la recherche de produits d'activités annexes, une problématique se fait jour pour le directeur d'hôpital : la facturation des chambres particulières au sein des établissements de santé constitue-t-elle une amélioration des conditions hôtelières et de la qualité de la prise en charge du patient ou a-t-elle simplement vocation à rechercher l'équilibre des comptes ? La combinaison de ces deux objectifs est-elle possible et comment ?

Nous verrons à travers l'exemple du Centre hospitalier Guillaume Régnier que mettre en place un projet de facturation des chambres particulières nécessite de lever certaines barrières et d'accompagner l'ensemble des professionnels, soignants particulièrement. Le directeur des finances de l'Établissement public de santé mentale de la Sarthe, M. Auger, précisait à cet effet que le déploiement du projet dans son établissement s'était heurté à de fortes résistances culturelles, à des problèmes de principes d'ordres sociaux ou éthiques. La direction de l'établissement a dû rassurer et procéder à la mise en place de procédures extrêmement précises et détaillées afin de lever les résistances au sein de

---

<sup>5</sup> *L'Humanisation de l'hôpital. Mode d'emploi, sous la direction d'Anne Nardin, éd. Musée de l'AP-HP, 2009.*

<sup>6</sup> *Un arrêté de 1944 fixe à six le nombre maximum de lits par chambre*

<sup>7</sup> *Additif au rapport de certification V2010 CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER, février 2015*

l'établissement. M. Auger allant même jusqu'à évoquer le « phénomène de sidération<sup>8</sup> » des professionnels, qu'il était nécessaire d'outrepasser.

Le rôle du directeur d'hôpital apparaît alors comme clé dans le déploiement et la réussite de ce projet. Un positionnement fort et un soutien de la présidente de la commission médicale d'établissement (PCME) ainsi qu'un cadrage précis du projet ont permis une validation de celui-ci par l'ensemble des instances de l'établissement.

Nous verrons ainsi qu'au sein du Centre hospitalier Guillaume Régner, le déploiement du projet de facturation des chambres particulières relève d'un véritable choix institutionnel (I). La méthodologie s'est voulue la plus participative et la plus large possible, sur la base d'un fonctionnement en « mode projet » (II). L'amélioration des conditions hôtelières pour les patients a été un objectif largement appuyé et diffusé dans l'établissement (III), mais nous le verrons, dans cette dernière partie ; cet objectif s'est accompagné d'un certain nombre de garanties apportées aux professionnels de manière à éviter les dérives.

## **Méthodologie**

Le directeur du Centre hospitalier Guillaume Régner m'a confié ce dossier relatif à la mise en place de la facturation des chambres particulières au sein de l'établissement. J'ai choisi assez naturellement de faire de cette problématique mon sujet de mémoire car elle était à la convergence de diverses problématiques : éthique, historique, bâtementaire etc.

La mise en œuvre de la facturation des chambres particulières est un sujet assez récent en psychiatrie<sup>9</sup>. Au CHGR, rien n'avait été entrepris jusqu'alors. Tout était à construire, ce qui permettait d'initier une véritable démarche projet, d'autant plus intéressante que le déploiement de ce dispositif avait des chances d'aboutir avant la fin de mon stage long, ce qui fut le cas.

La première étape a été de réaliser une note de cadrage, rappelant les bases juridiques et réglementaires du régime particulier. Puis, un benchmarking a été réalisé sur la région : entretiens téléphoniques avec des établissements ayant mis en place cette facturation pour chambre particulière sur la base d'une trame élaborée au préalable, échanges par mail, récupération de documentations diverses et procédures internes des différents établissements, visites sur site etc.

---

<sup>8</sup> *La sidération est un état de stupeur émotive dans lequel le sujet, figé, inerte, donne l'impression d'une perte de connaissance ou réalise un aspect catatonique par son importante rigidité, voire pseudo-parkinsonien du fait des tremblements associés*

<sup>9</sup> *Les premiers établissements psychiatriques ont mis en place la facturation des chambres particulières*

Il s'est agi par la suite de disposer de données chiffrées (projections financières au travers de l'EPRD ; montant du supplément déterminé par l'établissement audité, taux de facturation des chambres particulières des différents établissements contactés etc.

Des réunions de travail pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires ont également largement nourri ce mémoire qui a pour ambition de décrire la mise en place de ce dispositif de facturation des chambres particulières et d'exposer le pilotage en « mode projet » dans un établissement psychiatrique, à l'image d'un « guide de déploiement ».

## **1 Le déploiement de la facturation des chambres particulières au sein d'un établissement public de santé mentale : un projet aux confins d'enjeux institutionnels, organisationnels, réglementaires et historiques**

Le déploiement de nouveaux projets au sein d'un établissement hospitalier (ou autre) vient souvent heurter les sensibilités des professionnels, remettant en cause les pratiques ou habitudes de travail ainsi que les façons de faire et de penser ses missions. Tout nouveau projet soulève dès lors des interrogations sur l'accompagnement des professionnels et la conduite du changement. Comme l'évoque Maela Paul<sup>10</sup>, il convient de « conduire », de « guider » et d' « escorter » les professionnels vers ce changement.

La posture du directeur se veut alors particulièrement importante car il se positionne comme porteur du projet et doit assurer la lourde tâche de manager la motivation de l'ensemble des professionnels qui vont œuvrer à sa mise en place.

En l'occurrence, au Centre hospitalier Guillaume Régnier, le déploiement de la facturation des chambres particulières se présente comme étant la résultante d'un choix institutionnel (1.1) s'inscrivant dans une démarche plus large d'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein de l'établissement (1.2). Afin de pérenniser le projet, le choix a été fait d'inscrire cette démarche au sein du projet d'établissement (1.3).

### **1.1 Le déploiement du projet : un choix institutionnel**

#### **1.1.1 Un projet porté par le chef d'établissement**

Dès le début de la réflexion autour du régime particulier d'hospitalisation (RPH), la Direction générale a souhaité que le sujet soit appréhendé dans un contexte plus global, dépassant les murs de l'établissement. En effet, il était nécessaire de prendre conscience,

---

<sup>10</sup> Maela PAU, 17 décembre 2004, « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ? »,

qu'au-delà d'une simple volonté de l'établissement, la facturation des chambres particulières était un sujet s'inscrivant dans une mouvance régionale et nationale. Dès lors, il paraissait inenvisageable de priver l'établissement de ce gisement financier inexploité.

La Chambre régionale des comptes (CRC) Midi-Pyrénées confortait ce positionnement dans une jurisprudence dans 2007<sup>11</sup>, en affirmant que le Centre hospitalier d'Auch (département du Gers) avait tout intérêt, au regard de ses difficultés financières, à facturer le régime particulier d'hospitalisation. Dans le cas du CH d'Auch, la CRC a jugé que l'établissement « se privait d'une ressource importante susceptible de contribuer au rétablissement de sa capacité d'autofinancement ».

Un positionnement institutionnel fort avec un binôme chef d'établissement-PCME (ainsi qu'un soutien de la communauté médicale) a permis de fédérer les équipes et d'assurer le déploiement progressif du projet.

Au-delà de cette volonté de générer de nouveaux produits annexes, la direction générale a clairement affiché la volonté de renouveler le bâti de l'établissement avec un programme de reconstruction de 80 lits à l'horizon 2019/2020 impliquant des investissements très coûteux pour l'établissement.

Enfin, le CHGR disposant d'une activité hospitalo-universitaire (l'on pense particulièrement à l'unité Kraepelin accueillant des patients présentant des épisodes dépressifs majeurs) le positionnant comme établissement de recours régional pour certaines activités telles que la simulation magnétique transcrânienne répétée ou « Transcranial Magnetic Stimulation » (rTMS), il paraissait nécessaire et important de valoriser cette activité à travers la facturation du tarif chambre particulière.

### **1.1.2 Un objectif non-dissimulé de renouvellement du bâti**

Le rapport de la Chambre régionale des comptes en date du 7 octobre 2014 pointait la vétusté du patrimoine immobilier du CHGR, déployé sur plus de 70 000 m<sup>2</sup> et mettait en exergue le fait que les bâtiments n'offraient pas tous de « bonnes conditions de prise en charge tant sur le plan du confort et de l'intimité des patients que sur le plan de la sécurité. De plus, près de 50 % des lits sont dans des locaux qui ont reçu un avis défavorable des commissions de sécurité.

Pour la Chambre régionale des comptes, il apparaissait alors que, « le CHGR n'a plus les moyens d'entretenir et de renouveler ce patrimoine ». Au terme de ce rapport, la Chambre régionale des comptes suggérait la mise en place d'un « schéma directeur

---

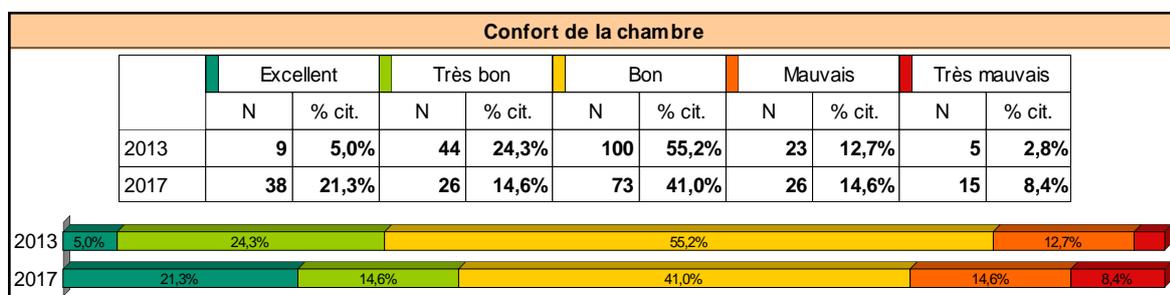
<sup>11</sup> Avis n°2007-0093 du 2 avril 2007, CRC Midi-Pyrénées, p9

immobilier afin de déterminer les bâtiments qui devront être désaffectés, ceux qui devront être réhabilités et ceux qui devront être construits » avec pour objectif final la réduction des surfaces eu égard à l'évolution de l'activité (augmentation de la part de patients suivis en ambulatoire) et au dessein de décloisonnement de la santé mentale.

Des locaux vétustes, des avis défavorables de la commission de sécurité depuis mai 2010, justifiés très majoritairement par l'absence de dispositifs de désenfumage et un cloisonnement insuffisant, dans des bâtiments des années 70 (parfois plus anciens), un risque d'incendie réel compte tenu du nombre de départs de feu constatés chaque année, des chambres au confort variable, la présence de chambres doubles voire triples dans certaines unités, l'intimité des patients parfois mise à mal<sup>12</sup>, sont autant d'éléments qui ont poussé le CHGR à se pencher sur le projet de facturation des chambres particulières, générateur de recettes de produits annexes et garant d'une amélioration des conditions de prise en charge du patient.

Une enquête de satisfaction réalisée aux mois de mai et juin 2017 auprès de 180 patients tirés au sort puis interrogés parmi les unités de psychiatrie adulte, adolescent et l'USLD, a permis de conforter le projet.

En matière de confort de la chambre, si les retours montrent une large majorité de patients satisfaits, il faut souligner que près d'un quart des patients évoquent un confort « mauvais » ou « très mauvais ».



Le type de chambre est un facteur d'explication de ces appréciations, neuf remarques expriment un mécontentement dû à leur affectation en chambre multiple.

<sup>12</sup> La mise en place « d'écrans d'intimité » n'a solutionné que partiellement cette problématique. Certaines chambres, du fait de la disposition des locaux, ne peuvent être équipées d'écrans d'intimité.

## Remarques relatives aux locaux

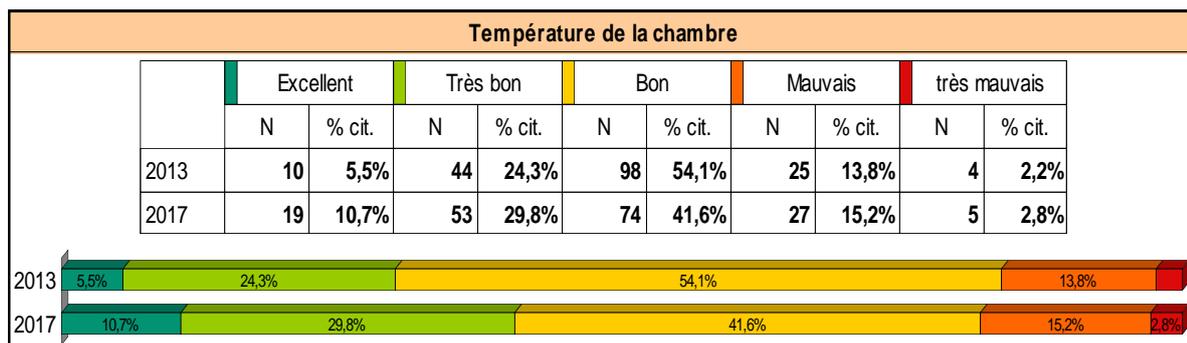
<b>Bâtiments</b>	
Mauvaise isolation	2
Absence de sanitaires dans la chambre	4
Vétusté des locaux	7
Chambres multiples	9
Manque d'intimité	4
Mauvais accessibilité handicapé	1
Manque de gaité, de couleur	1

### **Influence du type de chambre sur l'appréciation due l'aménagement pour recevoir des visites et du confort**

	Simple	Double	Triple ou +
Excellent	57,1%	42,9%	0,0%
Très bon	62,5%	18,8%	18,8%
Bon	60,7%	23,2%	16,1%
Mauvais	33,3%	35,6%	31,1%
Très mauvais	60,0%	10,0%	30,0%
<b>Recevoir visites</b>	<b>52,9%</b>	<b>26,8%</b>	<b>20,4%</b>
Excellent	78,4%	18,9%	2,7%
Très bon	54,2%	37,5%	8,3%
Bon	52,9%	27,9%	19,1%
Mauvais	30,4%	34,8%	34,8%
Très mauvais	26,7%	20,0%	53,3%
<b>Confort chambre</b>	<b>53,3%</b>	<b>27,5%</b>	<b>19,2%</b>

D'autres éléments sont soulignés par les commentaires, avec en tête la vétusté des locaux (7 remarques), le manque d'intimité (4 remarques) et l'absence de sanitaires dans la chambre (4 remarques). Les patients sont plusieurs à réclamer une télévision dans la chambre.

18% des patients interrogés déplorent une température de la chambre désagréable. Les commentaires font mention d'un manque d'isolation ou d'aération selon les questionnaires et d'une température intérieure très dépendante de la température extérieure.



Lors de la réflexion autour du projet, il a été important de penser celui-ci en termes d'amélioration du confort du patient hospitalisé et d'assurer une communication en ce sens auprès des professionnels.

L'EPSM du Morbihan qui s'est engagé depuis plusieurs années dans un programme de modernisation de son offre de soins<sup>13</sup> a axé sa communication ainsi, en précisant par une lettre d'information à l'ensemble des professionnels de l'établissement que l'évolution se réaliserait soit par construction nouvelle, soit pas rénovation de locaux.

La contrepartie de cet ambitieux programme de modernisation était d'instituer à compter du 1er avril 2015, un régime particulier d'hospitalisation au sein de l'établissement « afin d'atténuer les surcoûts engendrés ».

Un projet d'une telle ampleur doit se caractériser par des orientations institutionnelles telles que l'inscription à l'EPRD.

### 1.1.3 La traduction de cette orientation institutionnelle à travers l'inscription à l'EPRD / PGFP

Les autres produits également dénommés « recettes subsidiaires » concernent l'ensemble des prestations non directement liées aux missions de soins de l'établissement et qui relèvent du titre 3 de produits du compte de résultat principal.

Les produits de titre 3 prévisionnels s'élèvent à 12 871 752 M€ en 2017 correspondant à un une baisse de -3,28 M€ soit -23,21% par rapport au compte financier anticipé de 2016.

Cette évolution résulte notamment du fait que les cessions d'actif s'élevaient à 4 000 000 d'€ en 2016, pour 400 000 € de cession envisagés en 2017.

<sup>13</sup> Portant notamment sur l'amélioration des conditions d'hébergement en hospitalisation complète

PRODUITS - TITRE III		
2016		2017
Exécutoire (E.P.R.D)	Projeté (Compte financier anticipé)	12 871 752,34 €
16 157 552,00 €	16 763 784,00 €	

Ainsi pour 2017, les recettes subsidiaires inscrites à l'EPRD sont les suivantes :

TITRE III RECETTES – SYNTHÈSE		
1	Reversements CRPA sur CRPP	5 637 678,00 €
2	Subventions diverses	679 888,00 €
3	Stock final	637 128,00 €
4	Reprises sur provisions	
4.1	Travaux Bois-Perrin	55 404,00 €
4.2	Unités Magnan/ Morel	34 564,00 €
4.3	UHSA	148 659,00 €
4.4	Créances admises en non valeur (ANV)	30 000,00 €
<b>Sous-total 4</b>		<b>268 627,00 €</b>
5	Recettes Direction Finances	1 004 731,34 €
6	Recettes DRH (formation, CAE, internes, ESAT,...)	3 838 300,00 €
7	Recettes DSE	245 400,00 €
8	Recettes DPT	160 000,00 €
9	Cession d'actif	400 000,00 €
<b>TOTAL</b>		<b>12 871 752,34 €</b>

Les recettes dites « Direction des Finances » (n°5) intègrent des reprises sur subventions d'investissement ainsi que des recettes de facturation des chambres particulières pour 100 000 € (soit 0,77 % du total des recettes subsidiaires inscrites à l'EPRD 2017).

Cet objectif a cependant dû être revu à la baisse de part une mise en place reportée de juin à septembre, par l'application d'un taux de facturation plus bas que celui projeté initialement ainsi que par le souhait de la direction générale de déployer le projet sur deux unités tests au 1<sup>er</sup> septembre pour le généraliser au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

Les projections financières réalisées (cf. annexe 1) sont cependant optimistes et laissent à penser qu'une mise en place du projet au 1<sup>er</sup> janvier 2018 avec l'application d'un taux de facturation raisonnable de 20% ; pourrait rapporter à l'établissement près de 275 000 € en 2018 soit 2,13% du montant total des recettes subsidiaires (en considérant un montant de recettes équivalent à celui de 2016).

Ce projet de facturation des chambres particulières, au-delà de l'aspect financier, tend également à s'inscrire dans une démarche globale d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient au sein de l'établissement.

## 1.2 L'inscription du projet dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge au sein de l'établissement

### 1.2.1 Du « patient sujet » au « patient acteur »

Les scandales sanitaires successifs qui ont marqué notre système de santé ces dernières années ont entamé la confiance des Français et impacté les relations patient-médecin et citoyen-politique. La loi « Kouchner » du 4 mars 2002<sup>14</sup> « traduit en ce sens, une transformation profonde des approches sociales et politiques de la maladie et de la santé »<sup>15</sup>.

Le colloque singulier entre médecin et patient s'organisait jusqu'alors au bénéfice du médecin entre « celui qui sait et celui qui subit ».

Le patient était soumis à la passivité et à l'absence d'informations face à des personnels seuls détenteurs de connaissances. La maladie, motif de soins prenait le pas sur l'individu. La loi du 4 mars 2002 pose les bases d'un nouvel équilibre entre soignants et soignés. Poussés par un mouvement associatif de plus en plus exigeant, issue d'une longue concertation avec les organisations et les institutions, les droits et les devoirs du malade voient leur statut évoluer.

Loin d'être individuelle, cette loi, qui associe l'usager dans la quête d'une meilleure qualité, tend à rendre le patient acteur de sa prise en charge au même titre que le soignant ou acteur de soins qui se doit d'être responsable et performant dans la prise en charge qu'il dispense. La personne malade ou le patient devient alors un usager du système de santé possédant des droits.

On assiste à un passage de la notion de « patient », terme à connotation plutôt passive, à celle de « client » ou « client-usager », consommateur de soin.

Le monde de la santé fait face à des exigences accrues des patients, aux attentes toujours plus importantes. Pierre Lascoumes, sociologue, va jusqu'à affirmer dans un de ses ouvrages que « du client-centrisme à la tyrannie de l'usager, il n'y a qu'un pas »<sup>16</sup>.

Sans parvenir jusqu'à la diabolisation de l'usager, consommateur de soins, le potentiel renversement de la relation soignant / soigné au bénéfice d'un patient plus consumériste a préoccupé les professionnels de santé lors des réunions des groupes de travail et soulevé nombre d'interrogations : le projet de facturation des chambres particulières va-t-il conforter les attentes et encourager les exigences du patient ? Ce projet s'inscrit-il dans le sens d'une réduction de la frontière entre hôpital et hôtel ? Le formulaire de

---

<sup>14</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>15</sup> Tabuteau D, Martin D. *Traité de santé publique, la droite des personnes malades*, Flammarion, 2004

<sup>16</sup> *L'usager dans le système de santé : réformateur social ou fiction inutile ?* p130, Pierre Lascoumes, 2007

demande de régime particulier d'hospitalisation signé par le patient à son entrée dans l'établissement nous sera-t-il à terme opposable ?

Il est prégnant de remarquer que l'on parle aujourd'hui de « confort hôtelier » et « politique hôtelière » au sein des établissements. Ces termes recouvrent-ils une volonté d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient ou ont-ils vocation à devenir de véritables outils de marketing ? Quoi qu'il en soit, que le patient soit hospitalisé en chambre particulière ou en régime commun, l'idée qui doit prédominer est celle de l'égal accès aux soins de l'ensemble des patients.

### **1.2.2 Garantir l'égal accès aux soins des patients**

L'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 précise « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ». Cet égal accès aux soins de santé est également codifié à l'article L.1110-3 du Code de la santé publique qui dispose « aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins ».

Il a été important, suite à de nombreuses interrogations exprimées par les professionnels, de rappeler que la possibilité de bénéficier d'une chambre particulière pour le patient ne devait pas introduire l'idée d'une différence de prise en charge entre les patients et particulièrement une différence dans la qualité des soins dispensés.

Les documents sur lesquels nous avons travaillé notamment le formulaire de demande de régime particulier d'hospitalisation précise à cet égard que le formulaire n'est pas une « réservation » ; écartant d'emblée le risque d'introduire une certaine logique consumériste chez le patient. Il nous paraissait indispensable de préciser au patient à travers ce formulaire ce qu'induit « l'organisation des soins » au sein de l'établissement, en mettant en avant le « point de vue clinique » et la primauté du secteur.

Force est de constater, comme le soulignait un médecin généraliste en CSIRMT<sup>17</sup>, que la problématique d'une inégalité hôtelière entre les secteurs allait être confortée par ce projet. Ce fut l'occasion de rappeler la nécessité de déployer ce projet, qui aurait pour dessein de dégager des produits destinés à rénover le bâti, afin d'assurer une égalité de services hôteliers entre les secteurs.

Enfin, la crainte d'un écueil que représente celui de la réticence du patient à accéder aux soins<sup>18</sup> a été soulevée. La gratuité du dispositif pour le patient et la communication

---

<sup>17</sup> CSIRMT : *Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques*

<sup>18</sup> *La cadre socio-éducative de l'établissement évoquait des patients plutôt mal couverts par les mutuelles*

autour d'une facturation aux mutuelles tendra, nous le verrons, à rassurer les professionnels sur ce point.

Une dernière problématique se fera très certainement jour dès le déploiement du projet au mois d'octobre, à savoir : un patient hospitalisé dans un secteur autre que le sien pourrait-il refuser de réintégrer son secteur d'origine au motif que celui-ci ne dispose pas des mêmes critères de confort hôtelier ? Gageons que les produits dégagés par le déploiement du projet permettront de financer rapidement les travaux de réhabilitation du bâti.

Au-delà de l'égal accès aux soins des patients, le projet se doit de garantir un recueil systématique du consentement du patient (consentement libre et éclairé du) suite à une information dispensée par l'établissement.

### **1.2.3 Information et consentement : des préalables nécessaires**

« Lorsque les malades autres que les bénéficiaires de l'aide médicale optent pour le régime particulier ou l'activité libérale des praticiens hospitaliers, l'option est formulée par écrit dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé a pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de l'une ou de l'autre de ces catégories ». Au terme de cet article<sup>19</sup> du Code de la santé publique, il apparaît que le devoir d'information du patient incombe à l'établissement.

Cette information est décisive car au-delà d'être une obligation légale imposée par les textes, elle va déterminer la possible facturation du supplément pour chambre particulière. De même, lors de la sortie de l'établissement, l'établissement devra établir une facture détaillée dans le respect des conditions du Code du commerce<sup>20</sup>

Le formulaire de demande de régime particulier d'hospitalisation présenté à chaque patient entrant dans l'établissement<sup>21</sup> permet de s'assurer, par la signature apposée du patient, d'un proche voire de son représentant l'égal, de son consentement.

La question des patients placés sous un régime de protection juridique<sup>22</sup> a constitué une réelle problématique dans la rédaction de la procédure définissant les règles applicables au régime particulier au sein du centre hospitalier Guillaume Régnier. En effet, l'envoi d'un courrier au tuteur ou curateur accompagné d'un formulaire de consentement se révélait extrêmement compliqué. Le temps investi à cette tâche apparaissait dès lors

---

<sup>19</sup> Article R. 1112-22 du CSP

<sup>20</sup> Article L.441-3 du code de commerce

<sup>21</sup> Cf. Annexe

<sup>22</sup> Article 425 du code civil : « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique ».

démessuré face au taux de retour envisagé du formulaire. Certains établissements ont confié avoir un retour rapide des tuteurs (d'autres ont confié ne pas faire signer le formulaire, au risque de devoir rembourser la mutualité). Cela s'est en effet vérifié dans le cadre de séjours programmés, ce qui ne constitue pas la majorité des séjours du CHGR.

Dès lors, l'envoi de courrier aux tuteurs sera à envisager dès le 1<sup>er</sup> octobre sur les deux unités tests, à charge pour l'établissement d'envisager d'autres modalités de fonctionnement en cas de faible retour des formulaires.

L'inscription du RPH au sein du projet d'établissement a constitué une étape supplémentaire de cette démarche institutionnelle.

### **1.3 La facturation des chambres particulières : l'inscription au sein du projet d'établissement**

#### **1.3.1 L'inscription au projet d'établissement**

La formulation d'un projet d'établissement<sup>23</sup> est une obligation propre aux établissements publics de santé. Ce projet constitue un document particulièrement important qui doit revêtir un caractère prospectif. Il contraint l'établissement à planifier, à moyen terme, ses objectifs et ses moyens et à définir, notamment sur la base d'un projet médical, la politique générale de l'établissement.

Le projet d'établissement doit comprendre un projet de prise en charge des patients associant à la fois le projet médical, un projet de soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation et un projet social. Y figurent les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs, ainsi que les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.

Le projet d'établissement constitue le moteur essentiel de la stratégie de l'établissement. Il représente un document de gestion à vocation prospective permettant d'intégrer le pilotage du changement à l'hôpital.

Le projet d'établissement est également un outil qui garantit les droits des usagers en ce sens qu'il définit des objectifs en matière de qualité des prestations et qu'il rend lisible les modes d'organisation et de fonctionnement de la structure.

Le projet d'établissement 2012-2016 du CHGR<sup>24</sup>, adopté par les instances en avril 2013 visait à répondre à cinq enjeux majeurs dont un avait trait à la rénovation et la

---

<sup>23</sup> Article L.6143-1 du CSP : « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement ».

<sup>24</sup> Le projet d'établissement 2017-2021 du CHGR est en cours de rédaction.

reconstruction des bâtiments hospitaliers et des installations ambulatoires de manière à répondre « à la dignité à laquelle peuvent légitimement prétendre patients, familles et professionnels ainsi qu'à la qualité des soins et à la sécurité des biens et des personnes » (orientation stratégique n°5).

Il est dès lors important que le projet de facturation des chambres particulières s'inscrive en lien avec l'important programme de travaux prévus par le CHGR dans les prochaines années. Le projet d'établissement 2017-2021 poursuivra les efforts déjà réalisés par le CHGR dans la gestion de son patrimoine. Comme l'indiquait le projet d'établissement 2012-2016, « des locaux vétustes cohabitent avec des bâtiments rénovés et spacieux ». La mise en place du projet de facturation aura pour ambition de dégager des produits annexes ayant vocation à être réinjectés dans l'amélioration du bâti, dans le souci d'offrir aux patients un confort le plus homogène possible entre secteurs.

De même, le plan directeur immobilier 2015-2025 adopté en juin 2015 au CHGR met en œuvre le projet d'établissement dans sa dimension d'amélioration de la sécurité incendie et du confort hôtelier.

Au-delà du projet d'établissement, le déploiement du projet de facturation des chambres particulières n'aurait pu aboutir sans le soutien des instances de l'établissement et de la Présidente de la commission médicale d'établissement.

### **1.3.2 Le soutien des instances de l'établissement**

Si le pilotage par le chef d'établissement apparaît comme un préalable nécessaire à la réussite du projet et à la conduite du changement, le soutien des instances de l'établissement est constitutif d'une étape indispensable. Dès les premiers échanges en directoire, le projet a reçu le soutien important de la PCME, rappelant les difficultés financières de l'établissement et les perspectives de recettes annexes. Le projet a ainsi été débattu en directoire puis présenté pour information et avis à la CME et au CTE et pour information en CSIRMT.

Si le projet a soulevé quelques craintes, les acteurs les plus réservés ont été les syndicats, arguant de l'impact potentiel du projet sur le parcours « patient » (accès aux soins notamment). De même, l'argument selon lequel l'établissement souhaitait faire participer la mutualité au financement de la santé mentale n'a pas constitué un argument de poids tel qu'il l'était envisagé.

En effet, pour la CGT, le patient participera indirectement au financement du régime particulier d'hospitalisation via sa cotisation annuelle.

A noter que la plupart des établissements bretons (EPSM) facturaient déjà la chambre particulière à la date de mise en place du groupe de travail et que les cotisations des

mutuelles ont intégré depuis longtemps cette donnée (tous les CH et CHU bretons facturent depuis nombre d'années le RPH). De plus, la pratique du conventionnement mutualiste depuis 2011 a eu pour intérêt d'encadrer et de limiter l'évolution des coûts et des cotisations.

Au-delà du soutien des instances de l'établissement, il était nécessaire de favoriser l'adhésion des pôles et unités de soins, acteurs privilégiés du déploiement et de la mise en œuvre du projet de facturation.

### **1.3.3 Favoriser l'adhésion des pôles et des unités de soins**

Favoriser l'adhésion des pôles et des unités de soins n'est pas apparu aisé au début du projet. Réticences à mettre en place une pratique inspirée du « secteur privé » et sous tendant une notion de « rentabilité », volonté de préserver le patient vulnérable, tâches administratives supplémentaires étaient autant d'inquiétudes exprimées.

Face à ces arguments, un autre faisait face, à savoir qu'il peut apparaître valorisant pour les professionnels soignants, d'exercer dans des unités pratiquant la facturation pour « exigence particulière du patient », cela dénotant en effet d'une sensibilité particulière de l'établissement portée aux conditions d'accueil du patient, à son confort et aux prestations hôtelières proposées.

La direction de l'AP-HP exprimait à cet effet, lors de la mise en place de ce dispositif<sup>25</sup>, que les recettes issues de la tarification seront destinées à « une amélioration du confort hôtelier des patients et du cadre d'exercice professionnel de ceux qui les soignent »

Paul Auger, directeur des finances de l'EPSM de la Sarthe évoquait lors d'un entretien qu'il avait assisté à un véritable « renversement » de la logique plutôt « descendante » (et vécue comme étant imposée par la direction générale) qui prévalait jusqu'alors chez les professionnels. En effet, ceux-ci ont pris progressivement l'habitude de faire des signalements d'EI<sup>26</sup> lorsque la chambre avait fait l'objet d'un nettoyage sommaire. Cela ne doit évidemment pas aboutir à une différence de traitement entre les patients. Selon la logique du raisonnement, toute chambre non faite devrait être signalée.

Comme nous le verrons dans les développements, le paiement d'une chambre particulière ne doit pas introduire d'inégalités de prise en charge hôtelières entre les patients.

---

<sup>25</sup> 1<sup>er</sup> février 2011

<sup>26</sup> EI : évènement indésirable

## **2 L'amélioration des conditions d'accueil au sein de l'établissement par une conception volontariste du projet**

L'amélioration de la prise en charge du patient et notamment les conditions d'hôtellerie ont été le fil conducteur du déploiement de ce projet au sein de l'établissement, et des arguments de poids face aux doutes parfois exprimés par les professionnels. Un équilibre parfois périlleux a dû être trouvé et a mis en exergue les enjeux du déploiement du dispositif en « mode projet » (2.1). Un cadrage précis des conditions d'application du tarif pour « exigence particulière du patient » a dû être déterminé (2.2). Le chef d'établissement la présidente de la commission médicale d'établissement ont toutefois œuvré à ne pas occulter un des objectifs de ce projet que représente la recherche de produits annexes pour l'établissement (2.3).

### **2.1 Les enjeux d'un fonctionnement en « mode projet »**

#### **2.1.1 La mise en place et le choix d'un groupe de travail élargi**

Après ma rencontre avec le directeur des finances l'EPSM de la Sarthe<sup>27</sup>, ma vision du groupe de travail était plutôt restrictive. L'EPSM de la Sarthe avait en effet fait le choix de rendre le sujet de la facturation très (trop ?) "technique". Le patient était ainsi positionné « en dehors » du dispositif, estimé alors comme purement technique et dont l'enjeu financier pesait préférentiellement sur les mutuelles.

Cette vision des choses avait pour intérêt de parer à toute question éthique (accès aux soins du patients, instauration d'une médecine à double vitesse etc.) et de dépassionner le débat. Les groupes de travail au sein de l'EPSM de la Sarthe ont été constitués en ce sens : pas de médecins, pas de cadres, mais un dialogue institué entre l'équipe de direction, la direction des finances, le service informatique, la responsable du bureau des entrées et un agent du bureau des entrées.

Le recrutement d'un agent de catégorie C, référent du dispositif et chargé de récupérer l'ensemble des formulaires « chambre particulière » a conforté ce choix et a été un élément facilitant pour le déploiement du projet, soulageant les services de tâches administratives supplémentaires.

Après des échanges avec la directrice « projets, qualité, gestion des risques, usagers et communication », il s'est avéré que cette vision très « technique » n'était pas transposable au CHGR où les projets avaient l'habitude d'être débattus au sein de groupes de travail très élargis.

La composition arrêtée du groupe de travail telle qu'elle a été proposée a été la suivante :

---

<sup>27</sup> 23 février 2017

- ✓ Le chef d'établissement<sup>28</sup>,
- ✓ La PCME<sup>29</sup>,
- ✓ La directrice « qualité »,
- ✓ Deux chefs de pôle,
- ✓ Deux médecins,
- ✓ Les CS<sup>30</sup> et CSS<sup>31</sup> des différentes unités concernées,
- ✓ La cadre socio-éducative de l'établissement,
- ✓ L'attachée aux finances,
- ✓ Une contrôleuse de gestion,
- ✓ La responsable de la communication,
- ✓ La responsable du bureau des entrées et des frais de séjours ainsi que des agents issus de ses services,
- ✓ Le trésorier de l'établissement,
- ✓ Le responsable du service informatique.

Le projet ainsi largement travaillé devait permettre d'identifier et lever d'éventuels points de blocage en amont des rencontres avec les unités concernées. Cette composition élargie traduit également la volonté du CHGR de travailler cette question de la facturation des chambres particulières de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

### **2.1.2 Le cadrage du projet ou la détermination des critères de facturation**

Pour rappel, la première étape du projet a été de réaliser une note de cadrage, rappelant les dispositions légales et réglementaires à l'appui de ce projet. C'est en effet le code de la santé publique qui définit le régime particulier<sup>32</sup> : « Les établissements peuvent comporter soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit ». Le régime particulier est ainsi considéré comme une « exigence particulière » du patient par le code de la sécurité sociale<sup>33</sup>

L'étape préalable et incontournable du projet a été son cadrage. Après échanges avec d'autres établissements de la région<sup>34</sup>, des critères de facturation ont été proposés et débattus en directoire.

Il est en effet apparu, lors de l'étude des bases légales et réglementaires qui sous-tendaient le projet, qu'aucun texte n'imposait le respect de critères de confort dans le

<sup>28</sup> *Uniquement pt » lors du premier groupe de travail du 21 mars 2017*

<sup>29</sup> *Idem*

<sup>30</sup> *Cadres de santé*

<sup>31</sup> *Cadres supérieurs de santé*

<sup>32</sup> *Article R. 1112-18 du CSP*

<sup>33</sup> *Article R. 162-32-2 du CSS*

<sup>34</sup> *Et particulièrement l'EPSM du Morbihan*

cadre du projet de facturation. Après échanges avec certains établissements de la région, plusieurs directeurs des finances ont en effet fait part d'absence de bases légales ou de listes exhaustives de critères mais ont évoqué d'éventuels risques de rejets de prise en charge du tarif journalier par les mutuelles si les chambres facturées ne remplissaient pas certains critères de confort pris en considération par les mutuelles elles-mêmes. Il en est pour preuve la volonté exprimée par la Mutualité Française Bretagne d'effectuer lors de la signature de la convention, une rencontre sur le site sur le site du CHGR<sup>35</sup>.

L'établissement, soucieux de garantir une offre « digne » aux patients a ainsi déterminé les critères de confort suivants :

- ✓ Des chambres particulières disposant d'une salle d'eau et de sanitaires indépendants et attenants<sup>36</sup>,
- ✓ Des chambres se situant dans des bâtiments récents ou rénovés.

Concernant le nombre de m2 des chambres, il faut souligner l'absence de textes définissant un minimum de m2 exigibles<sup>37</sup>. A noter qu'au CHGR, les chambres ciblées par le dispositif mesurent entre 10,64 m2 pour la plus petite et 17,93 m2 pour la plus spacieuse.

Une fois validés par le directoire, ces critères ont été présentés aux professionnels lors de d'une première rencontre avec le groupe de travail le 21 mars 2017 et dans les semaines suivantes lors de deux réunions programmées avec les unités.

Certains soignants ont exprimé leur inquiétude quant à la facturation du régime particulier aux patients alors qu'aucun service annexe n'est proposé, tel qu'il possible de le rencontrer dans les établissements privés (télévision notamment). Le profil des patients pris en charge a souvent été évoqué par les établissements sollicités pour justifier ce point. A noter cependant que certains établissements ; tel que l'EPSM du Morbihan fait mention de « prises TV », au même titre que le CHGR dans les unités rénovées, laissant la possibilité aux patients de ramener un téléviseur lors de son séjour dans l'établissement<sup>38</sup>.

---

<sup>35</sup> 23 août 2017

<sup>36</sup> Ce critère a conduit à éliminer un certain nombre d'unités disposant de chambres particulières mais sans sanitaires indépendants

<sup>37</sup> Hormis des textes issus du champ médico-social. Lettre DAS/SD/RVAS du 29 octobre 1999 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des personnes âgées en établissements prévoyait que « lorsqu'un établissement est neuf ou fait l'objet d'une rénovation lourde, la surface des chambres individuelles doit être au minimum de 18 à 20 mètres carrés. Elle doit être de 16 à 20 mètres carrés pour les autres. »

<sup>38</sup> Sous réserve d'une validation médicale

### 2.1.3 Un travail en proximité avec les unités concernées

La mise en place de l'expérimentation au 1<sup>er</sup> septembre 2017 dans deux unités ciblées a nécessité l'organisation d'une réunion avec chacune des deux unités concernées. Ces réunions impliquaient pour chaque unité, la participation du cadre supérieur de santé, du cadre de santé, de la ou des infirmières (dont les infirmières de programmation) ainsi que des secrétaires et des médecins. L'absence de participation des chefs de pôle initialement conviés n'a pas impacté la dynamique du projet. Les médecins se sont d'ailleurs montrés particulièrement aidants en permettant de dépassionner les échanges. Rappelons que le projet ne devait pas venir complexifier les pratiques mais optimiser l'existant.

La mise en place de ce dispositif a cependant soulevé une vive opposition des infirmières dont les tâches quotidiennes ne devaient pas être initialement impactées par le projet. La procédure travaillée en amont et le circuit de facturation intégraient en effet la participation des agents des services dits « centraux »<sup>39</sup> afin de préserver les infirmières déjà déchargées de certaines tâches administratives.

Les deux unités ciblées présentaient des problématiques liées à leur organisation à savoir, pour l'une, l'absence de services centraux et pour l'autre une problématique d'effectif de secrétariat médical (partage d'1 ETP de secrétaire médicale avec une autre unité) ne permettant pas d'assurer ces charges administratives supplémentaires.

De nombreuses interrogations se sont faites jour durant ces deux réunions avec les unités, permettant d'affiner le projet avant sa mise en place effective.

Les problématiques posées furent les suivantes :

- ✓ **Le transfert d'un patient d'une unité à une autre.** Le CSS précisait alors que les patients hospitalisés dans son unité<sup>40</sup>, « Les Iris », l'étaient uniquement sur orientation d'autres unités. Ces patients ne seront donc jamais amenés à passer se présenter au BE.

Le formulaire de demande de régime particulier d'hospitalisation étant valable pour l'intégralité du séjour<sup>41</sup>, les patients ne se verront pas présenter le formulaire une seconde fois en arrivant dans l'unité à moins que le formulaire n'ait pas été signé dans l'unité d'origine.

- ✓ **La levée de SDT / SDRE : le formulaire doit-il être présenté au patient ?**

Le Pôle Addictions Précarité (PAP) n'était pas favorable à ce que le formulaire soit présenté aux patients à la levée de SDT/SDRE car estimait que cela complexifiera les

<sup>39</sup> Les « services centraux » regroupent des locaux de consultation et des locaux administratifs

<sup>40</sup> L'unité « Les Iris » est un service d'alcoologie

circuits. A noter que s'est posée la question de faire signer le formulaire à l'ensemble des patients dès l'hospitalisation afin de ne pas limiter la signature du formulaire pour les patients hospitalisés en SL.

- ✓ **La volonté du patient de changer de chambre pendant le séjour** (passage d'une chambre double à une chambre particulière).

Le PAP s'est toujours opposé aux changements de chambres des patients pendant leur séjour. Auparavant, l'unité laissait cette possibilité aux patients mais le médecin référent a précisé que les équipes ont vite été dépassées par le nombre de demandes et que cela ne serait plus envisagé au regard du surcroît de travail que cela induit.

- ✓ **La possibilité pour le BE de visualiser l'état d'occupation des lits sur le logiciel *Références***

- ✓ **La problématique de la chambre 107**

Cette chambre ne pouvait être considérée comme une chambre particulière au regard des critères définis dans le cadre du RPH (chambre à 1 lit mais sans sanitaires et salle d'eau indépendants). Le patient de la chambre 107 sera amené à utiliser la douche d'un patient en chambre particulière. La problématique est que la salle d'eau identifiée n'est jamais la même dans la mesure où les patients s'entendent avec des patients du même sexe.

- ✓ **La réflexion autour de la mise en place d'un fichier de suivi partagé avec le bureau des frais de séjours**
- ✓ **La nécessité de faire signer un nouveau formulaire de chambre particulière dans le cas de permissions de plus de 48h00 (permissions incluant un jour férié)<sup>42</sup>.**

Le PAP précise durant cette réunion que certains patients bénéficient de permissions de plus de 48h00. Au regard des dispositions légales, toute permission de plus de 48h étant considérée comme une sortie, un formulaire devra à nouveau être proposé au patient.

Ces dispositions, à savoir, un formulaire par séjour patient sont justifiées par des problématiques de facturation mais complexifient énormément les choses en alourdissant les tâches administratives des agents des services centraux dont la fiche de poste a été modifiée en conséquence.

---

<sup>42</sup> Article L1112-56 du CSP : « Les hospitalisés peuvent, compte tenu de la longueur de leur séjour et de leur état de santé, bénéficier à titre exceptionnel, de permissions de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures. Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du médecin chef de service, par le directeur.

Lorsqu'un malade qui a été autorisé à quitter l'établissement ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant et il ne peut être admis à nouveau que selon les modalités prévues à la sous-section II de la présente section ».

- ✓ **Demande de rédaction d'une note à destination des patients** (qui arrivent dans l'unité souvent très alcoolisés) ayant vocation à être affichée au bureau des entrées et dans les unités concernées.

L'IDE présente lors d'une de ces réunions, s'est montrée très préoccupée par le déploiement du projet, a souligné le manque de disponibilité des soignants auprès des patients et a regretté les tâches administratives qui lui incomberaient dès le mois de septembre.

La recherche de nouvelles recettes par l'établissement, qui plus est à moyens constants ; ne devait cependant pas occulter le bien-être des soignants et des professionnels dans leur globalité, et par conséquent l'apport d'un certain nombre de garanties.

## **2.2 La recherche de nouvelles recettes mais pas à n'importe quel prix !**

### **2.2.1 Au cœur du dispositif : la gratuité pour le patient**

La chambre particulière est considérée par les textes comme une « exigence particulière du patient ». L'hospitalisation en chambre particulière relève souvent d'un choix individuel du patient et est considérée comme un frais de confort, ce qui justifie pour la Sécurité sociale de ne pas la prendre en charge, au même titre que tous les frais annexes à l'hospitalisation (télévision, téléphone, lit accompagnant etc.).

Les mutuelles responsables peuvent proposer le remboursement total ou partiel du supplément pour chambre particulière, mais cela n'est en rien une obligation. Il est important de noter que le supplément pour « exigence particulière du patient » sera facturé en sus du forfait journalier<sup>43</sup> (qui n'inclut que les services d'hébergement basiques).

Au CHGR, il a été acté la gratuité du dispositif pour le patient. Les modalités d'application du régime particulier d'hospitalisation définissent la facturation du supplément journalier au patient :

- sous réserve de son accord,
- de la prise en charge par sa mutuelle

Lors de la première rencontre du groupe de travail, le trésorier de l'établissement et la responsable du bureau des entrées et des frais de séjour s'étaient émus du risque de contentieux quant à la prise en charge ou non prise en charge par les mutuelles des

---

<sup>43</sup> 13,5 euros en psychiatrie

suppléments « chambre particulière » et d'une éventuelle amplification des contentieux existants.

La gratuité du dispositif et la signature d'une convention avec la Mutualité Française avait alors pour optique d'écarter ce risque et de s'entendre sur le périmètre de prise en charge.

Mais peut-on réellement parler de gratuité pour le patient ? Ne devrions-nous pas plutôt évoquer une « neutralité directe » ? Le poids supporté par les mutuelles ne risque-t-il pas de devenir si lourd que l'on risque d'assister à un désengagement progressif de celles-ci ?

Ce premier écueil du désengagement progressif des mutuelles est en effet bien réel.

La grande majorité des contrats mutualistes appliquent une limitation de durée de remboursement qui est le plus fréquemment réduite à 30 jours par an ainsi qu'un plafond tarifaire relativement faible en comparaison avec les établissements MCO.

A noter également que la prise en charge de la chambre particulière concerne le plus généralement les établissements non spécialisés.

Ces éléments conduisent les EPSM à faire le choix de ne facturer le tarif chambre particulière aux mutuelles, qu'à hauteur du plafond qu'elles ont déterminé.

Le choix par l'EPSM, d'un tarif journalier « raisonnable » permet ainsi d'éviter tout reste à charge pour le patient et de promouvoir la « gratuité » du dispositif.

La hausse de ce poste de dépenses pour les mutuelles, a conduit celles-ci à développer la pratique du conventionnement.

L'éthique de cette mesure, à savoir pourquoi seuls certains patients de l'établissement feraient participer leurs mutuelles, peut poser question. Il est important à cet égard de rappeler que le CHGR a fait le choix de facturer des chambres particulières remplissant certains critères de confort. En outre, l'établissement a dû prendre en considération des contraintes bâtimementaires. Il paraissait en effet envisageable de facturer des chambres dans des bâtiments sous avis défavorable de la commission de sécurité.

La direction générale avait à l'occasion de la première réunion du groupe de travail, l'opportunité de la mesure destinée à dégager des financements qui permettraient progressivement la reconstruction et la rénovation du bâti.

## **2.2.2 La prédominance de l'aspect clinique**

Tout au long du déploiement du projet de facturation, il est apparu nécessaire de rappeler que l'expression d'un choix de chambre particulière par le patient hospitalisé ne devait pas influencer sur son parcours (non-remise en cause de la sectorisation), et que

l'établissement devait s'assurer de faire prédominer le diagnostic clinique posé par le médecin.

Ce principe doit être mis en relation avec celui relatif à l'indépendance professionnelle du médecin figurant à l'article L162-2 du code de la sécurité sociale qui dispose : « Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin ».

Ce principe d'indépendance professionnelle figure aussi à l'article 8 du code de déontologie qui précise : « dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance ».

Cette liberté thérapeutique se définit pour le praticien comme le fait de pouvoir choisir et prescrire le traitement qu'il estime approprié à la situation sans avoir à soumettre son choix au contrôle ou injonctions de tiers mais seulement sur la base des seules indications de la science et en sa conscience.

La liberté thérapeutique garantit au patient que son seul intérêt personnel déterminera la décision médicale. Elle est au cœur du colloque singulier entre le patient et le médecin.

Enfin, ce projet de facturation reposait également sur un autre pilier qu'incarne le respect du principe de sectorisation.

### **2.2.3 La non-remise en cause de la sectorisation**

La sectorisation psychiatrique est mise en place par une circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Le texte n'est officialisé qu'en 1985, par la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 qui modifie par son article 8-1, l'article L326 du Code de la santé publique, donnant ainsi un statut juridique au secteur psychiatrique<sup>44</sup>. Ces dispositions relatives à la sectorisation psychiatrique sont désormais codifiées aux articles L.3221-1s. et R.3221-1s. du CSP.

La sectorisation psychiatrique repose sur le découpage du territoire en environ 800 unités de taille comparable (en théorie 67 000 habitants par secteur lors de leur création) confiées à un établissement de santé mentale et d'autre part par l'articulation de soins en hospitalisation et en ambulatoire.

---

<sup>44</sup> Article L326 du Code de la santé publique « A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier [...] ».

Lors des groupes de travail, la question a été posée à plusieurs reprises de savoir si le patient qui exprimait le souhait d'être hospitalisé en chambre particulière se verrait orienté vers une unité plutôt qu'une autre, remettant ainsi en cause le principe même de la sectorisation<sup>45</sup>. En somme, le patient pourrait-il opposer le formulaire signé à l'entrée de l'établissement, aux professionnels et exiger son hospitalisation dans un secteur plutôt qu'un autre, au regard de critères hôteliers ?

Il a été important de rappeler que seul le diagnostic posé par le médecin détermine le parcours de soins du patient. En effet, si le malade reste libre de choisir son lieu de prise en charge, il dépend d'un secteur et les soins qui lui seront dispensés par l'ensemble des professionnels de ce secteur garantissent la cohérence de sa prise en charge et la continuité de ses soins quelles que soient leurs modalités (hospitalier, extra hospitalier, ambulatoire etc.). Outre une volonté de ne pas aller à l'encontre des textes, le souhait d'assurer au patient une prise en charge continue et de qualité s'est imposé à l'ensemble du groupe de travail.

De plus, nous avons été attachés à ce que le projet ne vienne pas amplifier les difficultés déjà existantes au niveau de la cellule d'ordonnancements des lits<sup>46</sup>, qui plus est, dans un contexte d'hôpital en tension.

Au-delà des principes édictés, porteurs de garanties aux professionnels et aux patients, la perspective de recettes supplémentaires a constitué un objectif non dissimulé de la part de la direction générale.

## **2.3 La perspective de recettes supplémentaires : un objectif non dissimulé**

### **2.3.1 Etat des lieux des finances de l'établissement**

Il apparaît important dans un premier temps de rappeler que dans un contexte budgétaire contraint, le CHGR s'est attaché à garantir la réalisation du projet d'établissement 2012/ 2016 (développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein, renforcement et développement du partenariat avec le secteur médico-social et social, structuration des filières,...), à préserver les moyens de fonctionnement et à assurer la qualité et la sécurité de prise en charge des usagers par un programme d'investissement s'appuyant notamment sur des cessions de terrains.

L'année 2016 a été marquée par la mise en œuvre des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé. Le Directeur Général de l'ARS de Bretagne a dans ce cadre accordé au C.H. Guillaume Régnier une dérogation d'une durée de 5 ans à

---

<sup>45</sup> *Le CHGR gère 9 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.*

<sup>46</sup> *Mise en place en janvier 2017*

l'obligation d'adhésion comme membre-partie du groupement hospitalier de territoire (G.H.T) « Haute Bretagne ». Le C.H.G.R occupe dès lors un statut d'établissement associé au G.H.T, et est pleinement associé aux travaux du Projet Médical Partagé (PMP), en tant que responsable de l'élaboration de la filière psychiatrie et santé mentale dudit projet.

L'établissement, confronté à un débasement de sa dotation globale de financement pour la 4ème année constitutive présente une situation financière correcte, fort d'un excédent réel de 300 000 € fin 2016 affecté en totalité aux investissements.

La capacité d'autofinancement de l'établissement s'élève ainsi à 9,5 millions d'euros et le fonds de roulement à plus de 12 millions d'€ (dont 4 millions de cession d'actifs correspondant à la vente d'une partie du terrain du logement de fonction du CHGR). La durée apparente de la dette de 3,17 années, le taux d'indépendance financière de 34,17% et le taux de marge brute de 6,81% demeurent des indicateurs favorables tandis que la dette de l'établissement s'élève à 29,88 millions d'€.

Enfin, sur l'année 2016, le programme d'investissement s'élevait à 8,25 millions d'€ (46,70 millions d'€ échelonnés de 2017 à 2021).

La situation financière de l'établissement et les projections financières réalisées dans le cadre de l'EPRD 2017 sont encourageantes et invitent à penser dès à présent à une extension du dispositif.

### **2.3.2 Projections financières**

Les projections financières ont été faites au sein du CHGR sur l'EPRD<sup>47</sup> 2017 (pour une mise en place du projet initialement au 1/06 puis reportée au 1/09) puis à 5 ans au sein du PGFP<sup>48</sup>. Celles-ci étaient alors estimatives dans la mesure où le tarif journalier de la chambre particulière ne sera arrêté que le 23 août, dans le cadre de la signature d'une convention avec la Mutualité Française. Malgré cet écueil, les projections financières ont été réalisées sur une base de 35 € (tarif validé le 23 août lors de la rencontre avec la Mutualité), après avoir réalisé une étude des prix facturés par les autres établissements psychiatriques (publics et privés) des régions voisines.

Il était également important de considérer un taux de facturation des chambres particulières qui soit raisonnable (ration entre les chambres facturées et les chambres facturables). En effet, si le taux de facturation est relativement élevé dans les établissements MCO (jusqu'à 60%<sup>49</sup>), il apparaît plus faible dans les établissements psychiatriques, à la fois en raison du nombre d'exceptions légales pouvant faire obstacle à

<sup>47</sup> *Etat prévisionnel des recettes et dépenses*

<sup>48</sup> *Plan global de financement pluriannuel*

<sup>49</sup> *Centre Hospitalier Intercommunal Castres-Mazamet par exemple*

la facturation mais également de par les choix faits par certains établissements : prescription médicale imposant l'isolement, patients hospitalisés en SDT<sup>50</sup> ou SDRE<sup>51</sup>, patients hospitalisés en CSI<sup>52</sup>, patients non couverts par une mutuelle<sup>53</sup> etc.

Un prix trop élevé aurait entraîné des projections financières trop ambitieuses et en désaccord avec les objectifs de la Mutualité Française qui sont aujourd'hui d'encadrer les tarifs journaliers des chambres particulières via la pratique du conventionnement. Enfin, les projections financières ont été réalisées en intégrant les fermetures d'unités et en considérant le taux d'occupation des différentes unités sur l'année 2016.

Les produits liés à la facturation des chambres particulières devraient atteindre 9 959 € dans l'hypothèse d'un démarrage au 1<sup>er</sup> septembre sur les deux unités tests ciblées<sup>54</sup>, avec application d'un taux de facturation de 20% voire jusqu'à 14 338 € en considérant un taux de facturation de 30%.

La montée en charge progressive de la facturation à compter du 1<sup>er</sup> janvier sur les 100 lits ciblés devrait rapporter plus de 700 000 € à l'établissement sur l'année 2018. A noter que sur les 806 lits d'hospitalisation complète de l'établissement<sup>55</sup>, 248 lits ont été identifiés « chambres particulières » (en intégrant le projet bâtiminaire des secteurs G4-G6 induisant la reconstruction de 80 chambres particulières à l'horizon 2019-2020 et la psychiatrie infanto-juvénile) soit 30% de la capacité totale d'accueil.

L'EPSM du Morbihan indiquait lors de notre rencontre, qu'en 2016, l'établissement avait facturé 324 000 € au titre des chambres particulières<sup>56</sup>, permettant de financer 6,5 ETPR<sup>57</sup>. Cela représente 10 800 journées sur les 8 unités d'hospitalisation éligibles au régime particulier d'hospitalisation, soit un taux de facturation de 23%. A noter pour cet établissement que la partie des séjours correspondant à des soins sans consentement n'était pas facturé jusqu'alors, ce qui va désormais être le cas. Les journées globales réalisées dans ces 8 unités d'hospitalisation représentent 40% des journées d'hospitalisation complète de l'établissement. La cible définie pour 2017 est de 500 000 €, l'établissement ayant indiqué qu'il s'agissait d'équilibrer l'EPRD. Cette cible représenterait un taux de facturabilité de 15% sur tout l'établissement.

Nombre d'établissements s'interrogent aujourd'hui sur l'extension de ce dispositif, dans le respect des dispositions légales.

---

<sup>50</sup> SDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

<sup>51</sup> SDRE : soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'État

<sup>52</sup> CSI : chambre de soins intensifs ou « chambre d'isolement »

<sup>53</sup> En l'occurrence, le CHGR a fait le choix de ne pas facturer les patients hospitalisés en CSI, les patients non couverts par une mutuelle, les patients en long séjour etc.

<sup>54</sup> Soit 20 lits en chambres particulières

<sup>55</sup> Au 31 décembre 2015

<sup>56</sup> Le tarif « régime particulier d'hospitalisation » est fixé à 30 euros

<sup>57</sup> ETPR : équivalent temps plein rémunéré

### 2.3.3 Perspectives et extension du dispositif

L'EPSM du Morbihan envisageait début 2017 des modalités d'extension du périmètre de facturation du régime particulier d'hospitalisation. Ainsi, depuis le mois d'avril 2017, les journées en soins sans consentement sont désormais facturées. Pour les autres unités, l'établissement étudie différents scénarii en fonction des locaux et des limitations de durée de prise en charge des complémentaires santé. Rappelons que les mutuelles prennent en charge le régime particulier d'hospitalisation dans la limite de 30, 60 voire 90 jours pour les mutuelles dédiées à la psychiatrie.

Certains établissements, comme l'EPSM du Morbihan proposent également des services de pressing. Si un texte rappelle l'obligation pour le patient de prendre en charge son linge personnel dans l'établissement (hors unité long séjour<sup>58</sup>), il lui est également proposé un service de pressing, externalisé (Groupement d'intérêt public).

La facturation du RPH aux mineurs a souvent été déployée en seconde intention par les établissements de santé, comme si l'éthique même du soin se voyait remise en question, sous tendant l'instauration d'une médecine à deux vitesses.

Or, notons que la facturation n'est liée qu'à l'hébergement proposé aux patients et non aux soins qui leur sont apportés et ce, dans la mesure où l'établissement doit assurer le respect du principe d'égalité d'accès aux soins<sup>59</sup>.

La mise en place de services de conciergeries tels que Happytal, que nous développerons dans ce mémoire, traduisant l'essor de nouvelles stratégies marketing de la part des établissements de santé, réinterroge les pratiques, à la manière du secteur privé.

## 3 L'amélioration des conditions hôtelières comme leitmotiv

A l'hôpital et dans le champ de la santé en général, démarche éthique et logique économique doivent se rapprocher. Le projet de facturation des chambres particulières n'aurait pu aboutir en considérant, dans l'exercice de chaque professionnel de l'établissement, le seul motif économique et non clinique (3.1). L'éthique médicale et humaine doit toujours prédominer. Dans la mise en place de ce projet de facturation pour exigences particulières du patient, les textes, ont cependant laissé aux établissements une marge de manœuvre certaine qu'il convient aujourd'hui de freiner afin d'éviter les dérives (3.2). Pour certains établissements de santé, la tentation est grande d'actionner ce levier de recettes, à l'appui du développement d'une nouvelle culture de gestion (3.3).

---

<sup>58</sup> EHPAD, USLD, MAS

<sup>59</sup> Article L1110-1 du CSP

### 3.1 Facturer : oui, mais à n'importe quel prix !

#### 3.1.1 Assurer une communication lisible autour du projet

La lisibilité de la communication est apparue dès le début du projet comme étant un préalable à sa réussite. Le chef d'établissement a mis en exergue la nécessité de dégager des produits annexes afin d'améliorer le bâti, rappelant à l'ensemble des professionnels, la non-conformité de plus de 50% du parc immobilier de l'établissement. En parallèle, la présidente de la commission médicale d'établissement a souhaité mettre en lumière lors du premier groupe de travail<sup>60</sup> le problème principal que représente le financement de la psychiatrie en France et la stagnation de la dotation annuelle de financement.

Certains établissements, m'ont confié avoir choisi un angle de communication beaucoup plus « direct » en annonçant que le déploiement du dispositif de facturation des chambres particulières permettrait tout simplement d'économiser des suppressions de postes sur une période donnée. Cet angle de communication n'a pas semblé être au CHGR un axe de communication adéquate.

Le chef d'établissement a souhaité que soit mis en place le projet de facturation des chambres particulières en soulignant le fait que nombre d'établissements de la région facturaient déjà ce supplément pour chambre particulière. La constitution d'un groupe de travail a traduit la volonté de l'établissement d'aborder cette question de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire.

Divers outils ont ainsi été pensés et travaillés, principalement avec la responsable du bureau des entrées et des frais de séjour dont les services allaient être particulièrement impactés par le projet :

- ✓ Validation et diffusion d'une procédure au sein de l'établissement rappelant les principes et le circuit de facturation<sup>61</sup>,
- ✓ Rédaction d'un formulaire de consentement ayant vocation à être remis au patient lors de son entrée au CHGR,
- ✓ Travail autour d'une procédure de saisie des données dans le logiciel de facturation.

Une large diffusion du projet devait être assurée par :

- ✓ La tenue de réunions d'information des professionnels concernés au sein des unités tests dans un premier temps,

---

<sup>60</sup> 21 mars 2017

<sup>61</sup> Procédure et logigramme en annexes

- ✓ La mise en ligne des documents sur l'intranet + internet pour le formulaire de consentement.
- ✓ La modification des documents institutionnels :
  - Les brochures des unités concernées ?
  - Le livret d'accueil,
  - Le règlement intérieur.
- ✓ La rédaction d'une note d'information à destination des professionnels du CHGR ;
- ✓ L'affichage du tarif « chambre particulière » au bureau des entrées et dans l'unité.

Contrairement à un établissement interrogé dont la direction générale avait décidé de ne pas associer de médecins au sein des groupes de travail, ceux-ci nous sont apparus comme étant un maillon indispensable à la réussite du projet.

Les médecins des unités concernées par le « test » au 1<sup>er</sup> septembre m'ont interrogée sur un futur intéressement pour les pôles. Cette question relevant de la compétence du chef d'établissement n'a pas été abordée lors des groupes de travail mais préférentiellement lors des rencontres avec les unités « tests » concernées par le projet de facturation.

Le travail en cours sur la contractualisation interne et qui devrait se traduire par la signature de contrats de pôle dès 2018 va amener l'établissement à s'interroger sur la mise en place d'une politique d'intéressement pour les pôles, sous réserve de remplir certains objectifs<sup>62</sup>.

### 3.1.2 Garantir une offre « digne »

Lors de ma visite au directeur des finances de l'EPSM de la Sarthe, celui-ci avait particulièrement insisté sur la garantie nécessaire d'une offre « digne » aux patients. Le terme utilisé m'était alors apparu comme lourd de sens. Le code de la santé publique le rappelle : « La personne malade a droit au respect de sa dignité »<sup>63</sup>, « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée »<sup>64</sup>.

<sup>62</sup> Taux de facturation par exemple

<sup>63</sup> Article L.1110-2 du code de la santé publique

<sup>64</sup> Article L.3211-3 du code de la santé publique

Ainsi, le déploiement du projet ne pouvait passer outre la définition d'un certain nombre de critères de confort, permettant d'assurer aux professionnels, aux patients et aux familles, la garantie d'une offre « digne », sous-tendant des prestations d'un certain niveau de qualité. Comme nous l'avons évoqué précédemment, le bâti de l'établissement avait été pointé à plusieurs reprises comme particulièrement vétuste et sous avis défavorable des commissions de sécurité<sup>65</sup>.

L'engagement de la direction générale à déployer le projet de facturation des chambres particulières fait ainsi écho à une volonté d'amélioration de certains bâtiments qui n'offrent pas toujours les prestations attendues. Lors de sa visite de certification V2, la Haute Autorité de Santé avait émis une réserve sur le critère du respect de la dignité et de l'intimité<sup>66</sup>, directement imputable aux conditions d'hébergement offertes aux patients. Une cotation « C » avait été attribuée sur ce critère<sup>67</sup>.

L'enquête de satisfaction réalisée au CHGR aux mois de mai et juin 2017 auprès de 180 patients tirés au sort a mis en exergue l'interdépendance du type de chambre occupé par le patient et le respect de son intimité. Ainsi, 77,8 % des patients hospitalisés en chambres particulières estiment excellentes, les précautions prises pour le respect de leur intimité contre 18,5% des patients en chambres doubles et 3,7% des patients en chambre triples.

<b>Intimité et type de chambre</b>			
	Simple	Double	Triple ou +
Excellentes	<b>77,8%</b>	<b>18,5%</b>	<b>3,7%</b>
Très bonnes	<b>42,1%</b>	<b>31,6%</b>	<b>26,3%</b>
Bonnes	<b>51,9%</b>	<b>30,8%</b>	<b>17,3%</b>
Mauvaises	<b>53,3%</b>	<b>13,3%</b>	<b>33,3%</b>
Très mauvaises	<b>33,3%</b>	<b>33,3%</b>	<b>33,3%</b>

### 3.1.3 Optimiser l'existant

Tout au long du déploiement du projet de facturation des chambres particulières, il a été rappelé aux professionnels la volonté d'optimiser l'existant sans complexifier les circuits et modes de fonctionnement propres aux unités de l'établissement.

<sup>65</sup> *Rapport d'observations définitives, Chambre régionale des comptes, 7 octobre 2014*

<sup>66</sup> *Référence 21 : « La dignité du patient et la confidentialité »*

<sup>67</sup> *Rapport de certification du CHGR, mars 2010*

En tout état de cause, ce dispositif ne devait pas impacter les pratiques médicales. Le choix d'une chambre particulière ne devait non plus influencer sur le parcours de soins du patient.

Ainsi, le formulaire de demande de régime particulier d'hospitalisation<sup>68</sup>, remis au patient lors de son hospitalisation au CHGR, rappelle que le formulaire ne constitue pas en lui-même une réservation mais tout du moins un souhait exprimé.

Lors des groupes de travail, des professionnels (médecins particulièrement) avaient en effet soulevé l'exigence croissante des patients quant au respect de leurs droits et l'opposabilité éventuelle de ce document à l'égard de l'établissement. Après avoir rappelé aux professionnels que ce document ne constituait en rien un droit de créance à l'égard de l'établissement, nous avons donc choisi d'intégrer un paragraphe spécifique rappelant que le document «ne constitue pas une réservation et qu'il ne sera satisfait à la demande du patient que si elle est compatible avec son état de santé, avec l'organisation des soins et les capacités d'hébergement du CHGR. Si le patient séjourne en chambre double, en chambre de soins intensifs ou en chambre individuelle sur prescription médicale, le supplément ne lui sera pas facturé ».

## 3.2 Eviter les dérives

### 3.2.1 La facturation des chambres particulières ou le nouvel enjeu des mutuelles

Comme il l'a été évoqué précédemment, la signature d'une convention avec la Mutualité Française a rapidement été envisagée dès le travail engagé sur le projet de facturation des chambres particulières au sein du CHGR. L'expérience de l'EPSM du Morbihan a abondé en ce sens. En effet, cet établissement n'avait pas signé de convention à la mise en place du projet, initié en novembre 2014 comme le soulignait Mme Leborgne-Roudaut, directrice des finances<sup>69</sup>. Se trouvant face à un nombre important de rejets de prise en charge, la signature d'une convention a été envisagée afin de disposer d'un état des lieux des mutuelles responsables. La signature est intervenue en avril 2015. La Mutualité Française présentait alors cet avantage de couvrir 80 à 85% des mutuelles des patients.

Si certains vont jusqu'à évoquer une «croisade<sup>70</sup>» initiée par les mutuelles depuis septembre 2011, l'obligation croissante de conventionnement à l'égard des établissements, répond à une volonté des mutuelles de faire baisser ou tout du moins d'encadrer les tarifs journaliers des chambres particulières. Comme nous le verrons, les établissements<sup>71</sup> disposent depuis plusieurs années de la liberté de fixer leurs propres

---

<sup>68</sup> Document en annexe

<sup>69</sup> Entretien téléphonique, 11 janvier 2017

<sup>70</sup> « Hôpitaux/cliniques : les mutuelles lancent une croisade pour faire baisser les prix des chambres particulières », *information hospitalière*, 22 juin 2012

<sup>71</sup> *Etablissements privés et établissements publics*

tarifs. L'enjeu financier est grand pour les mutuelles dans la mesure où la sécurité sociale ne prend pas en charge ce supplément pour chambre particulière, le considérant comme une « exigence particulière »<sup>72</sup> du patient au sens du code de la sécurité sociale.

De nombreuses dérives, constatées par la Mutualité française (facturation du tarif chambre particulière lors d'une hospitalisation en chambre double, recueil du consentement du patient aléatoire etc.) ont conduit à un durcissement du conventionnement mutualiste. La Mutualité Française révélant, lors d'une rencontre avec le CHGR, le 23 août 2017, que des refus de conventionnement avaient pu être opposés aux établissements dans la mesure où le circuit de recueil du consentement libre et éclairé du patient n'était pas suffisamment travaillé ou abouti au sein de l'établissement demandeur (absence de mise en place de procédures ou de formulaire de recueil du consentement, absence de note d'information etc.).

Si pour l'instant nous ne disposons que de chiffres portant sur les établissements MCO et SSR, force est de constater que pour les établissements MCO, les principaux objectifs fixés par les mutuelles adhérentes ont été atteints. Le 31 décembre 2015, les 150 mutuelles adhérentes à ce dispositif avaient conventionné avec 630 établissements de santé MCO, soit plus de la moitié des établissements<sup>73</sup>.

Secteur d'établissement	% d'établissements conventionnés	Ecart entre tarif public de supplément pour chambre particulière et tarif négocié
Secteur privé	23%	(-) 13%
Secteur public	56%	(-) 2%
ESPIC	50%	(-) 10%

Comme l'indique le rapport de la Mutualité française, l'écart entre le tarif public de supplément pour chambre particulière et le tarif négocié est en moyenne de 7 %, tous secteurs confondus.

### 3.2.2 La liberté de fixer le tarif

Jusqu'en 2005, l'ARS<sup>74</sup> encadrait l'application du régime particulier d'hospitalisation. Depuis le 25 juillet 2005 et la publication de la circulaire DHOS/F 4 n° 2005-351 relative au nouveau régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé et des établissements privés antérieurement financés par dotation globale, le principe d'une majoration des tarifs de prestations pour les personnes hospitalisées admises sur leur

<sup>72</sup> Article R.162-32-2 du CSS

<sup>73</sup> Rapport annuel de la mutualité française, 2015

<sup>74</sup> ARS : agence régionale de santé

demande en régime particulier est maintenu et les établissements disposent désormais d'une liberté de fixation tarifaire. En effet, auparavant, la fixation du tarif faisait l'objet de dispositions au sein du code de la santé publique.

L'article R.1112-20 du code de la santé publique abrogé par le décret n°2010-1325 du 5 novembre 2010 - art. 2, disposait : « Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe sur proposition du conseil d'administration et après avis du médecin inspecteur départemental de santé publique et du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le nombre de lits affectés au régime commun et au régime particulier, après satisfaction des besoins du régime commun ».

Dorénavant cette prestation relève de l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale qui détermine les catégories de prestations pour exigences particulières des patients. A compter de cette date, le régime particulier s'applique désormais aux chambres à un lit et non plus à un ou deux lits<sup>75</sup>.

Si la tentation peut paraître grande au premier abord pour un établissement, de fixer un tarif volontairement élevé, la pratique en cours de généralisation du conventionnement mutualiste a eu tendance à freiner cet élan. De même, le plafonnement de la prise en charge par les mutuelles (plafonnement en termes de durée<sup>76</sup> et de tarif), particulièrement en psychiatrie, n'incite pas les établissements spécialisés à fixer des tarifs trop élevés.

Cette liberté de fixation tarifaire conduit à constater des écarts de tarifs, particulièrement entre les établissements publics et les établissements privés mais également entre établissements conventionnés ou non (Cf. tableau supra).

Sur le bassin rennais, force est de constater une offre diversifiée en psychiatrie, au bénéfice du privé<sup>77</sup>.

Afin d'établir un tarif de facturation des chambres particulières au sein du CHGR, qui apparaisse comme étant raisonnable, un comparatif a été réalisé avec les tarifs des chambres particulières des cliniques privées sur le bassin rennais, à savoir :

- La Clinique de l'Espérance : chambre particulière à partir de 55 € (télé comprise) avec la possibilité de souscrire un forfait ligne téléphonique pour recevoir les appels de ses proches à hauteur de 5,35 € ou un forfait ligne téléphonique pour appeler vers l'extérieur et recevoir les appels à hauteur de 15,35 €.
- La Polyclinique Saint Laurent : chambre particulière à 48 €. Majoration de 5 € pour frais hôteliers (télé, coffre, wifi).

---

<sup>75</sup> R.1112-18 du CSP

<sup>76</sup> 30, 60 voire 90 jours maximum par an pour les mutuelles dédiées à la psychiatrie.

<sup>77</sup> Le CHGR est le seul établissement de santé mentale du bassin rennais mais constitue un établissement de recours régional

- La Clinique du Moulin (Bruz) : chambre particulière à partir de 43 € avec la possibilité d'accéder à des services multimédias et/ou accompagnants avec supplément. La clinique offre également la possibilité d'être hébergé en chambre confort à partir de 65 €.

Cette liberté tarifaire a conduit certains établissements à segmenter leur offre hôtelière afin d'optimiser les chambres particulières. Ce « fractionnement » de l'offre hôtelière se rencontre également au sein du Centre hospitalier privé Saint-Grégoire, clinique à but lucratif. Bien que ne disposant pas de lits de psychiatrie, cet établissement constitue un exemple démonstratif de l'optimisation des chambres particulières en établissement privé : chambre individuelle, chambre grand confort, chambre préférence, chambre avantage, facturées de 69 € à 125 € par jour avec un niveau de services variable selon le choix formulé par le patient.

L'EPSM de la Sarthe, était en 2011, l'un des premiers établissements psychiatriques à mettre en place la facturation des chambres particulières pour un montant de 25 €. Si en 2011, selon Paul Auger, directeur des finances, les mutuelles étaient assez peu regardantes, il apparaît aujourd'hui plus complexe pour les établissements de se lancer dans ce projet. On peut dès lors, légitimement s'interroger : les contraintes tarifaires fixées antérieurement à 2005 par l'ARH, seraient-elles désormais imposées par les mutuelles.

### **3.2.3 La facturation de l'ambulatoire depuis 2011**

Face à cette montée en puissance du conventionnement mutualiste visant à encadrer les tarifs, l'on assiste à un assouplissement de la loi qui semble à l'encontre des objectifs des mutuelles.

Le rapport annuel de la Mutualité Française de 2015 fait état d'une « mutation des pratiques » (développement de l'ambulatoire, facturation de services annexes, forfaits).

En effet, depuis le décret n°2011-221 du 28 février 2011 portant diverses dispositions relatives au financement des établissements de santé, la loi autorise la facturation du tarif *chambre particulière* pour des patients hospitalisés sans fondement médical, dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement. Pour le ministère de la Santé, ces dispositions devaient inciter les établissements à diminuer les hospitalisations complètes au profit de l'ambulatoire, sans risques pour eux de voir baisser ce poste de recettes.

Nous avons pu assister à des dérives de la part de certains établissements. Isabelle Hébert<sup>78</sup>, directrice « stratégie et marketing, santé et prévoyance » du groupe Malakoff Médéric, soulignait avoir identifié « de nouveaux postes de coûts, comme les chambres

---

<sup>78</sup> Isabelle Hébert est depuis 2013 Directrice générale de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN)

particulières ambulatoires »<sup>79</sup>, certains établissements n'hésitant pas à la facturer au patient un simple box délimité par des rideaux.

Un guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé a été publié par la DGOS pour rappeler la réglementation applicable.

Ainsi, l'installation du patient devra se faire dans une chambre particulière. L'installation du patient dans un simple fauteuil dans une salle commune ou dans couloir comme il a pu être constaté dans certains établissements, ne peut entraîner une facturation pour chambre particulière.

Comme l'indique la DGOS au sein de son guide, le patient pourra se voir facturer le supplément pour chambre particulière au sein d'un box « à partir du moment où sa configuration (lieu clos) ainsi que les exigences d'accueil et de prise en charge du patient qui souhaite bénéficier du confort d'une telle prestation (intimité, souhait d'être isolé) sont respectées ». On retrouve ici en filigrane la notion de « dignité » évoquée précédemment.

Enfin, la facturation des chambres particulières traduit l'essor d'une nouvelle culture de gestion au sein des établissements de santé

### **3.3 La facturation des chambres particulières ou le développement d'une nouvelle culture de gestion**

#### **3.3.1 L'exemple des cliniques privées**

Au sein des établissements de santé privés, il est prégnant de remarquer que plusieurs tarifs de chambres particulières sont proposés, de la chambre particulière « basique » à la chambre particulière « grand confort » proposant toute une palette de prestations.

Cette stratégie de différenciation des tarifs en fonction des prestations offertes n'a pas encore imprégné le service public, ou dans une moindre mesure.

Le point de différenciation premier réside dans le fait que le secteur privé « vend » une chambre particulière alors que le secteur public se contente souvent de la proposer. La notion de « marketing » est encore bien souvent taboue dans les établissements publics de santé qui n'associent pas toujours « culture de recettes » et « culture de services aux patients », arguant d'une incompatibilité des concepts. Ces deux concepts semblent cependant se rapprocher, les établissements étant poussés à trouver de nouvelles sources de produits annexes.

---

<sup>79</sup> « Complémentaire santé : Alerte sur l'hôpital », Isabelle Hébert, Didier Bazzocchi, Jean-Martin Cohen-Solal, David Dorn, 22 juin 2012

Le Centre National de la Formation et Conseil en Entreprise (CNFCE) propose une formation à destination des professionnels de santé exerçant en établissements sanitaires et médico sociaux (publics et privés) intitulée : « Vendre une chambre en établissements de santé : intégrer les principes de la vente en hôtellerie ». Cette formation traduit l'imprégnation du secteur public par le secteur privé et l'implantation progressive de la « relation de service » au sein des établissements.

Ainsi, les bases de cette formation reposent sur la compréhension de :

- ✓ L'évolution du marché des établissements de santé,
- ✓ La notion de service pour un client,
- ✓ La nécessité de s'orienter vers des pratiques commerciale, tout en alliant éthique de soins et vente d'une prestation de service.

A noter qu'en établissements de santé, la recherche de recettes annexes se diversifie : mise en place de services de gestion de déclaration de naissance (facturé 10 € au CHP Saint-Grégoire), de services dits « HOSPI-PASS » destiné à simplifier les démarches administratives au patient (facturation à hauteur de 9 €), de repas « gourmands » sur demande du patient etc. Ces prestations destinées à simplifier les démarches des patients ont d'ailleurs été décriées par les représentants des usagers du CISS, évoquant des « péages administratifs pour l'accès aux soins ». A noter que ces prestations en sont en rien obligatoires et ne conditionnent pas l'accès aux soins mais procède d'une simple prestation de services, au même titre que la chambre particulière. Les cliniques véhiculent et entretiennent une image de « cliniques-hôtels », proposant un confort souvent supérieur aux établissements publics (segmentation de l'offre). S'instaure alors une concurrence entre établissements publics et privés, cependant beaucoup moins forte au sein des établissements psychiatriques.

Ne peut-on pas affirmer aujourd'hui que secteur public et secteur privé mènent un combat similaire quant à la recherche de produits annexes ? Peut-on cependant croire que les objectifs finaux soient identiques ?

Comme l'affirme le rapport de l'IGAS (septembre 2012), « la chambre particulière n'est plus ce marqueur d'une prise en charge hôtelière de qualité qu'elle constituait traditionnellement pour le secteur privé commercial », de par le rattrapage réalisé par les établissements publics. Cet élément reste à nuancer dans la mesure où comme nous l'avons vu, le fractionnement de l'offre de chambres particulières n'est pas encore aussi abouti dans les établissements publics. Ceux-ci ont importé et développé une « culture de recettes » sensible à une nouvelle culture gestion mais tout en y associant « une culture de service au patient ».

L'hôtellerie dans la représentation commune est souvent associée au business. En est pour preuve l'implantation d' « Happytal » dans certains établissements de santé.

### 3.3.2 Quand l'hôtellerie devient un business (Happytal)

De plus en plus d'établissements hospitaliers souhaitent mettre en place des services de conciergerie avec pour dessein le renforcement de leur attractivité.

Happytal, jeune start-up créée en 2013<sup>80</sup> s'inscrit dans cette mouvance et s'annonce comme permettant de faire bénéficier les patients d'un certain nombre de services non médicaux de proximité. Ces services sont également proposés aux professionnels de santé via une conciergerie mais mon propos ne portera que sur le volet patients (livraison de courses, de corbeilles de fruits, coiffure, soins esthétiques, pressing, etc.).

Happytal affiche clairement son objectif via les sites internet des établissements de santé y ayant souscrit, en proposant aux patients des réductions sur les services proposés. Le CH de Pontoise par exemple précise dans son formulaire de demande de chambre particulière que la chambre sera facturée au patient de 45 € à 63 € PAR JOUR (selon le service d'hospitalisation) et que celui-ci pourra ainsi bénéficier de 15 € à 45 € OFFERTS sur les prestations proposées par son partenaire Happytal.

Le CHU de Nantes annonce une facturation de la chambre particulière à hauteur de 50 € permettant au patient de bénéficier de 15 à 30 € de prestations offertes pendant le séjour selon le service de soin.

L'hôtellerie, à la manière des établissements privés est un domaine qui commence à être fortement investi par les hôpitaux. Happytal est une jeune société novatrice dans le domaine et qui ne cache pas ses objectifs. Elle se présente d'ailleurs comme « accompagnant les établissements dans le développement de recettes, avec un impact positif sur leur santé financière »<sup>81</sup>.

Peut-on voir dans la mise en place de ces services, une démarche que l'on pourrait juger de « commerciale », visant à « l'optimisation du parc des chambres particulières » par le renforcement de l'attractivité ou tout simplement une amélioration des conditions d'accueil du patient ?

Happytal l'affiche clairement, la démarche sous couvert d'une amélioration des conditions hôtelières du patient, vise à optimiser la facturation des chambres particulières des établissements en offrant des services annexes, les poussant ainsi à la consommation. Le patient est de manière particulièrement fine et subtile, poussé à la consommation et au choix d'une chambre particulière, encouragé par le fait qu'en MCO, le supplément pour chambre particulière fait l'objet d'un plafond de prise en charge plus élevé qu'en psychiatrie.

---

<sup>80</sup> Lauréate 2014 de la bourse Charles Foix remise par la Silver Valley

<sup>81</sup> HAPPYTAL, Dossier de presse « Happytal, le confort en plus »

### 3.3.3 L'émergence de « l'hôpital-hôtel »

L'« hôpital-hôtel » ou « hospitel » désormais dénommés « maisons d'accueil hospitalières » peuvent être définies comme des hébergements situés à proximité des établissements de santé ou dans leur enceinte, et réservés aux malades et à leurs accompagnants, avant ou après une intervention chirurgicale en ambulatoire.

En octobre 2014, la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015. Ce projet de loi faisait état de l'expérimentation pendant trois ans de ces « maisons d'accueil hospitalières »<sup>82</sup>. L'amendement avait été défendu par le rapporteur socialiste du volet maladie Olivier Véran, député (REM) de la 1<sup>re</sup> circonscription de l'Isère<sup>83</sup> et neurologue au CHU de Grenoble.

Cette proposition était motivée par deux constats. Le premier, est qu'il est d'usage dans nos établissements de santé, d'hospitaliser les patients éloignés géographiquement de l'hôpital, la veille de l'intervention. Le second est que les nuits post-intervention sont également souvent réalisées à l'hôpital sans qu'elles ne soient toujours médicalement justifiées.

Cette expérimentation a donc pour dessein de « contribuer à développer davantage la chirurgie ambulatoire et à favoriser le recours à celle-ci, ainsi qu'à limiter les hospitalisations conventionnelles de longue durée »<sup>84</sup>, comme l'indiquait Olivier Véran. Elle a également pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient : plus de confort, plus de calme et une diminution du stress lié à l'intervention.

Cette prestation pourra être assurée par l'établissement, dans ses propres locaux (distinction à opérer avec les locaux d'hospitalisation), ou être réalisée par un tiers.<sup>85</sup>

Permettant de replacer l'hôpital dans son rôle d'accueil des urgences et de proximité ; réduisant les coûts pour la collectivité (moins de transports sanitaires, DMS<sup>86</sup> réduite etc.) offrant un plus grand confort pour les malades, l'hôpital-hôtel qui avait déjà fait ses preuves à « petite échelle »<sup>87</sup> a été consacré par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>88</sup>. Celle-ci prévoit en son article 100 que « Les maisons d'accueil hospitalières respectent un cahier des charges national élaboré après concertation avec les organisations représentatives, fixé par un arrêté des ministres chargés des affaires

---

<sup>82</sup> Article 53

<sup>83</sup> Député REM élu le 18 juin 2017

<sup>84</sup> Dépêche Hospimedia, 18 décembre 2014, « Pour l'Afca, les hôtels hospitaliers sont une régression pour la chirurgie ambulatoire »

<sup>85</sup> Prestataire hôtelier ou partenaire associatif

<sup>86</sup> DMS : Durée moyenne de séjour

<sup>87</sup> « Hôpital-hôtel » de l'Hôtel Dieu a été le premier à voir le jour dans les années 90.

<sup>88</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016

sociales et de la santé. Le cahier des charges précise les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières peuvent établir des conventions avec les établissements de santé ».

En effet, des prérequis et des critères d'éligibilité des patients ont été définis fin 2015 par la Haute Autorité de santé<sup>89</sup> à savoir que : le lieu de vie du patient devra être éloigné l'établissement de santé, celui-ci devra être autonome et ne pas avoir besoin d'une surveillance continue (médicale ou paramédicale) liée au motif de son hospitalisation. Il pourra cependant recevoir les soins habituellement délivrés sur son lieu de résidence.

Quarante et un établissements de santé sont désormais autorisés à expérimenter les hôtels hospitaliers<sup>90</sup> à l'issue d'un appel à projets lancé le 10 février dernier.

Cette expérimentation, ambitieuse, permettra de dégager des fonds issus principalement de recettes T2A (du fait de la diminution des séjours et du turn-over des patients hospitalisés) plus que du fonctionnement de l' « hôpital-hôtel » en lui-même.

A noter que 27% des patients hospitalisés en 2014 auraient pu bénéficier d'un hébergement temporaire non médicalisé<sup>91</sup>.

L'expérimentation de l'« hôpital-hôtel » ouvre également aux hôpitaux la « possibilité de passer des contrats ou concessions permettant d'améliorer leur situation budgétaire »<sup>92</sup>.

---

<sup>89</sup> *Rapport d'orientation HAS, « critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé », novembre 2015*

<sup>90</sup> *Arrêté du 6 juillet 2017 fixant les établissements de santé autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients*

<sup>91</sup> *Selon une étude menée en 2014 par l'Agence régionale de santé Île-de-France.*

<sup>92</sup> *« 5 pistes pour améliorer l'efficacité de l'hôpital public », Acteurs Publics, 6 juil. 2017*

## CONCLUSION

La vétusté du bâti du Centre hospitalier Guillaume Régnier, a conduit l'établissement à entreprendre des travaux de grande envergure, dans le cadre d'un plan directeur immobilier s'étendant de 2015 à 2025. Cet objectif de rénovation et de reconstruction est marqué par une volonté d'offrir aux malades une prise en charge hôtelière de qualité, un respect accru de leur intimité et plus de tranquillité.

Ainsi, la facturation des chambres particulières apparaît comme un sujet ambivalent, justifié d'une part, par la nécessité de « rentabiliser » les investissements hôteliers réalisés au sein de l'établissement et destinés à se mettre en conformité avec la commission de sécurité mais néanmoins empreint du souhait d'offrir aux patients une amélioration de leur « bien-être », et d'autre part par la volonté de valoriser certaines activités, situant l'établissement comme structure de recours régional. L'amélioration des conditions hôtelières et de la qualité de la prise en charge du patient et l'équilibre des comptes, loin d'être des objectifs exclusifs l'un de l'autre, se complètent et se justifient.

Il est ainsi prégnant de remarquer que si le déploiement d'un projet de facturation du régime particulier d'hospitalisation au sein d'un établissement nécessite un portage institutionnel et médical, une appropriation par les équipes, soignantes et administratives est néanmoins indispensable. Association des équipes à travers des groupes de travail, validation des procédures de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, rencontre de l'encadrement et des médecins des unités sont autant de clés du succès du projet.

Au terme de ces déploiements, nous pouvons constater que le déploiement du RPH au sein d'un établissement psychiatrique constitue un sujet relativement récent. La situation financière des établissements de santé les poussant aujourd'hui à rechercher de nouvelles sources de financement, gageons que la recherche de produits annexes connaîtra un déploiement particulièrement important dans les années à venir. A noter tout de même la volonté importante du gouvernement de développer la prise en charge en ambulatoire induisant la suppression de lits et l'expérimentation en cours des hôtels hospitaliers destinés à réduire les coûts de prise en charge par la Sécurité sociale.

---

# Bibliographie

---

## Sources législatives, réglementaires et jurisprudentielles

- Arrêté du 20 mai 1944 relatif aux conditions techniques et hygiéniques imposées aux établissements hospitaliers
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Traité de santé publique, 2004, Tabuteau D, Martin D., « le droit des personnes malades », Flammarion
- Instruction N°DGOS/R1/2015/36, 6 février 2015, relative au guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé
- DRESS, les dépenses de santé en 2015, édition 2016, « la situation économique et financière des hôpitaux publics », 80p
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, Arrêté du 6 juillet 2017 fixant les établissements de santé autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients
- CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
- CODE DE COMMERCE
- CODE CIVIL
- CODE DE LA SECURITE SOCIALE

## Documents du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

- Plan directeur immobilier 2015-2025

- Plan global de financement pluriannuel 2017/2021
- Etat prévisionnel des recettes et des dépenses 2017

## Ouvrages

- Maela PAUL, 17 décembre 2004 « L'accompagnement, une posture professionnelle spécifique ? »
- Anne Nardin, éd. Musée de l'AP-HP, 2009, « L'Humanisation de l'hôpital. Mode d'emploi »
- Pierre Lascoumes, 2007, « L'utilisateur dans le système de santé : réformateur social ou fiction inutile ? », p130

## Articles

- Finances hospitalières n°7, 7 octobre 2007, « la chambre régionale des comptes peut proposer des mesures pour redresser la situation financière d'un établissement » p27
- Finances hospitalières n°17, septembre 2008, « l'opportunité de nouvelles recettes pour les hôpitaux publics : et si la politique hôtelière pouvait servir le patient et équilibrer les comptes ? »
- Finances hospitalières, février 2010, Philippe Merle, « la facturation des majorations pour chambre particulière : quelles marges de manœuvre pour les établissements ? » p5
- Information hospitalière, 22 juin 2012, « Hôpitaux/cliniques : les mutuelles lancent une croisade pour faire baisser les prix des chambres particulières »
- L'Argus de l'Assurance, 22 juin 2012, Isabelle Hébert, Didier Bazzocchi, Jean-Martin Cohen-Solal, David Dorn « Complémentaire santé : Alerte sur l'hôpital »
- Finances hospitalières, n°82, mensuel juillet/août 2014, audit financier, « hôpital en mauvaise santé financière », 27p
- HAPPYTAL, Dossier de presse, novembre 2014, « Happytal, le confort en plus »
- HOSPIMEDIA, 18 décembre 2014, « Pour l'Afca, les hôtels hospitaliers sont une régression pour la chirurgie ambulatoire »
- APM NEWS, 18 mai 2017, « Les hôpitaux ont diminué leur déficit et stabiliser leur dette en 2016 (DGOS) »
- Acteurs Publics, 6 juillet 2017, « 5 pistes pour améliorer l'efficacité de l'hôpital public »

## **Rapports**

- CRC Midi-Pyrénées, 2 avril 2007, Avis n°2007-0093, p9
- IGAS, rapport N°RM2011-071P, mai 2011, F.LALANDE et C.LEPINE, recommandations de la mission, « Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter », p121
- RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE BRETAGNE, 7 octobre 2014,
- HAS, février 2015, Additif au rapport de certification V2010, CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER
- Mutualité française, 2015, Rapport annuel
- HAS, Rapport d'orientation, novembre 2015, « critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé »

## **Divers**

- Direction de l'action sociale, Sous-direction de la réadaptation de la veille et de l'aide sociale, lettre DAS/SD/RVAS du 29 octobre 1999 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des personnes âgées en établissements
- DGOS, 6 février 2015, Guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé
- CISS PRATIQUE, 2016, fiche relative à « la tarification d'une chambre particulière dans les établissements de santé »

## **Mémoires**

- MIP de santé publique, 2012, « le développement des suppléments d'hébergement hospitaliers à la charge des patients comme facteur d'inégalités d'accès aux soins »

---

# Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Projections financières**

**Annexe 2 : Procédure relative à la mise en place du RPH**

**Annexe 3 : Formulaire RPH**

**Annexe 4 : Note d'information relative à la mise en place du RP**

# Projections financières

Remboursement chambre particulière 35,00 €

Pole	UF	Calcul du taux d'occupation 2016				Nombre de chambres particulières	à partir du 01/06/2017		à partir du 01/09/2017	2018	2019	2020	2021
		Nombre de lits du service	Capacité théorique	Nombre de journées réalisées 2016	Taux d'occupation		Nombre de journées en chambre particulière	Recettes Mutuelle	Recettes Mutuelle	Recettes Mutuelle	Recettes Mutuelle	Recettes Mutuelle	Recettes Mutuelle
<b>Nombre de jours année</b>		366					214		122	365	365	366	365
<b>Nombre de jours ouverture hospitalisation de semaine</b>		253					147		84	252	253	254	256
Pôle addictions - précarité	9601 Iris	10	3 660	2 212	60,44%	7	905	31 687 €	18 065 €	54 046 €	54 046 €	54 194 €	54 046 €
Pôle G04-G06	3221 Brocéliande	20	7 320	6 862	93,74%	20	4 012	140 427 €	80 057 €	239 514 €	239 514 €	240 170 €	
	3231 Regain	20	7 320	11 422	100,00%	20	4 280	149 800 €	85 400 €	255 500 €	255 500 €	256 200 €	
					100,00%	80							1 022 000 €
Pôle G10	3444 Paumelle	25	9 150	9 487	100,00%	11	0	- €	- €	140 525 €	140 525 €	140 910 €	140 525 €
Pôle G08	3836 Jean Wier	20	7 320	8 722	100,00%	20	4 280	149 800 €	85 400 €	255 500 €	255 500 €	256 200 €	255 500 €
	3837 Racamier	20	7 320	9 087	100,00%	20	4 280	149 800 €	85 400 €	255 500 €	255 500 €	256 200 €	255 500 €
Pôle G05	3523 Magnan	25	9 150	9 549	100,00%	3	0	- €	- €	38 325 €	38 325 €	38 430 €	38 325 €
	3531 Morel	25	9 150	10 428	100,00%	3	0	- €	- €	38 325 €	38 325 €	38 430 €	38 325 €
PHUPA	3354 Kraepelin	15	3 795	2 952	77,79%	13	1 487	52 028 €	29 730 €	89 190 €	89 544 €	89 898 €	90 606 €
	7920 UHCD Lantéri Laura	15	5 490	3 401	61,95%	1	0	- €	- €	7 914 €	7 914 €	7 936 €	7 914 €
<b>Total psychiatrie adulte</b>								<b>673 542 €</b>	<b>384 051 €</b>	<b>1 374 339 €</b>	<b>1 374 693 €</b>	<b>1 378 568 €</b>	<b>1 902 741 €</b>
SI intersectorielle de psychiatrie enfant et adolescent	4121 L'astrolabe	12	3 036	613	20,19%	12	0	- €	- €	21 370 €	21 455 €	21 540 €	21 709 €
	4122 Belem	12	3 036	941	30,99%	12	0	- €	- €	32 805 €	32 935 €	33 065 €	33 326 €
	4123 USI l'hermione	8	2 928	998	34,08%	8	0	- €	- €	34 835 €	34 835 €	34 930 €	34 835 €
	4124 UHCD PEA	5	1 830	896	48,96%	5	0	- €	- €	31 274 €	31 274 €	31 360 €	31 274 €
	4125 Pen Duick	13	4 758	1 432	30,10%	13	0	- €	- €	49 983 €	49 983 €	50 120 €	49 983 €
<b>Total psychiatrie enfant</b>								<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>170 267 €</b>	<b>170 482 €</b>	<b>171 015 €</b>	<b>171 127 €</b>
<b>TOTAL</b>						<b>100</b>		<b>673 542 €</b>	<b>384 051 €</b>	<b>1 544 606 €</b>	<b>1 545 175 €</b>	<b>1 549 583 €</b>	<b>2 073 868 €</b>
Projection 1								703 171 €	1 298 280 €	1 298 712 €	1 302 403 €	1 736 914 €	
EPRD								100 000 €	600 000 €	600 000 €	600 000 €	800 000 €	

# Procédure relative à la mise en place du RPH

	<b>Protocole</b>		
	<b>Règles applicables au régime particulier au sein du Centre Hospitalier Guillaume Régnier</b>		Version 1
			4 pages
<b>Diffusion CHGR</b>	<i>Pour application</i> : CHGR		1 <sup>ère</sup> version : Mai 2017
	<i>Pour information</i> :		Date d'application :
	<i>Lieux de diffusion</i> : CHGR		1 exemplaire
Rédaction Mai 2017	Vérification	Validation :	Approbation
V. Druillet – A. Baillet- Hérault	A. Jehanno	A. Jehanno	
<input checked="" type="checkbox"/> Création	<input type="checkbox"/> Révision non modifiée	<input type="checkbox"/> Révision modifiée	Date : Initiales :

## **1 - OBJET :**

Le régime particulier peut être proposé aux patients hospitalisés dans les unités disposant de chambres individuelles dotées de sanitaires indépendants et attenants (Kraepelin, Brocéliande, Regain, Jean Wier, P.C. Racamier, Iris).

**2 - DOMAINE D'APPLICATION :** ensemble des professionnels du CHGR

**3 - RESPONSABILITES :** bureau des frais de séjour

## **4 - DOCUMENTS DE REFERENCE :**

- Code la santé publique
- ✓ **Article R1112-18** : « Les établissements peuvent comporter soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation, le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un lit. Le régime commun est obligatoirement appliqué aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat et aux bénéficiaires des soins dispensés au titre de l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles.
- ✓ **Article R1112-19** : « Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un lit, il y est admis dans les meilleurs délais tout en demeurant placé sous le régime commun ».

- ✓ **Article R1112-22** : « Lorsque les malades autres que les bénéficiaires de l'aide médicale optent pour le régime particulier ou l'activité libérale des praticiens hospitaliers, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou un proche, après que l'intéressé a pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de l'une ou l'autre de ces catégories. L'engagement de payer les suppléments au tarif de prestations, qui doivent être précisément indiqués, est signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements publics de santé et les organismes prenant en charge les frais de soins ».

- Code de la sécurité sociale

- ✓ **Article R162-32-2** : « les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, mentionnées au 2° des articles L.162-22-1 et L.162-22-6, qui donnent lieu à la facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale, en sus des prestations mentionnées au 1° des mêmes articles, sont les suivantes :

1° L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement en cas d'hospitalisation ; [...]

L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations, pour lesquelles il établit une facture détaillée conformément aux dispositions de l'article L.441-3 du code de commerce.

**5 – DOCUMENTS ASSOCIES** : formulaire de demande régime particulier d'hospitalisation

## **6 – DESCRIPTION DES ACTIONS A REALISER :**

Tout patient doit se voir proposer, dès son admission un formulaire de demande de régime particulier d'hospitalisation. Le patient devra être informé du coût journalier de cette prestation de manière orale et écrite (via le formulaire).

Le patient s'engage, par écrit via le formulaire de consentement, à payer le supplément généré par une chambre particulière, sous réserve de disponibilités de cette dernière (cf. document type). Ce supplément sera facturé à la mutuelle du patient, sous réserve qu'il en dispose. **Le patient n'aura rien à payer personnellement.**

Le formulaire, qui vaut pour la durée d'un seul séjour, est présenté aux patients entrants :

- ✓ **par le bureau des entrées ou par l'accueil**
  - , si le patient, ou une personne l'accompagnant, passe par le bureau des entrées. Dans ce cas, si le patient se présente seul, il doit être tenu compte de son niveau de discernement. Si les capacités de discernement et de jugement du patient semblent manifestement altérées, le formulaire ne lui sera pas soumis.

- Si le patient est admis directement dans l'unité, l'équipe soignante l'invitera à se présenter au BE ou à l'accueil.

Cette fiche est ensuite scannée et enregistrée dans le dossier partagé entre l'Accueil, le BE et les secrétariats médicaux.

Le formulaire est présenté à tous les patients entrants au CHGR :

- Dans les unités concernées par le dispositif, à savoir: Kraepelin, Brocéliande, Regain, Jean Wier, P.C. Racamier et les Iris.
- En hospitalisation libre (le formulaire n'est pas présenté aux patients SDT ou SDRE)
- Sans attendre de savoir s'ils disposent d'une complémentaire santé et de connaître les détails de prise en charge du supplément par leur complémentaire santé. Le patient n'est engagé que sous réserve que sa complémentaire santé prenne en charge le supplément.
- Sans attendre de savoir si le patient sera pris en charge en chambre double ou individuelle, ou s'il sera admis en chambre d'isolement. Le patient n'est engagé que sous réserve d'être hébergé en chambre individuelle (hors prescription médicale).

Les seules exceptions concernent les patients suivants à qui le formulaire n'est pas présenté :

- Les patients détenus ou en garde à vue
- Les patients en hospitalisation sans consentement
- Les mineurs
- Les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME). La réglementation prévoit qu'ils sont toujours en régime commun.
- Les personnes étrangères en situation irrégulière, ne bénéficiant pas de l'AME et dont l'état requiert des soins urgents mentionnés à l'article L.254-1 du CASF : la réglementation prévoit qu'elles sont toujours en régime commun.
- Les personnes bénéficiaires de la CMU-C : le supplément pour chambre particulière du patient ne fait pas partie du « panier de soins » fixé à l'article L.861-3 du CSS.

**En l'absence d'information sur l'existence d'une des exceptions ci-dessus, le formulaire sera présenté par défaut au patient.**

## Procédure

Qui ?	Comment ?
Bureau des entrées	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Remise du formulaire de consentement au patient</li> <li>✓ Information du patient du coût de la chambre particulière</li> <li>✓ Signature du formulaire sur place</li> <li>✓ Transmission des formulaires aux secrétariats médicaux</li> </ul> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le patient n'est pas en capacité de signer le formulaire de consentement lors de son admission</li> </ul> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Le patient est sous régime de protection juridique</li> </ul> </div> </div>
Bureau des entrées	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"></div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Unité réoriente le patient vers le BE</li> </ul> </div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Envoi d'un courrier au tuteur ou curateur accompagné d'un formulaire de consentement envoi par BE (*à revoir)</li> </ul> </div> </div>
Unité de soins	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Si le patient est hospitalisé dans une chambre particulière et répond aux critères définis, le mouvement « régime particulier » est coché par l'IDE dans GML (cf impressions d'écran)</p> </div> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Edition d'une requête hebdomadaire recueillant l'ensemble des mouvements « régime particulier »</p>
Gestionnaire BFS	<p>Pour chaque séjour du listing, les gestionnaires du BFS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ vérifient la présence de la signature par le patient ou de son représentant, du formulaire de consentement.</li> <li>✓ envoient une demande d'accord de prise en charge mutuelle incluant le régime particulier.</li> <li>✓ facturent à réception de l'accord par la mutuelle</li> <li>✓ <i>suppriment</i> le « Régime particulier » au bénéficiaire du régime commun le si le séjour ne répond pas aux critères de facturation préalablement définis.</li> </ul>

---

# Formulaire RPH

---

Je soussigné(e), (à remplir par le patient ou son représentant légal)

**NOM D'USAGE :**

**NOM DE NAISSANCE :**

**SEXE :**

**DATE DE NAISSANCE :**

- Souhaite pouvoir être hébergé(e) en chambre particulière** pendant mon séjour au Centre Hospitalier Guillaume Régnier
- Ne souhaite pas être hébergé(e) en chambre particulière** et demande donc à être hospitalisé(e) en chambre double

Après avoir pris connaissance des informations ci-après :

- ✓ **Ce document ne constitue pas une réservation.** Il ne sera satisfait à votre demande que si elle est compatible avec votre état de santé, avec l'organisation des soins et les capacités d'hébergement du CHGR. Si vous séjournez en chambre double, en chambre de soins intensifs ou en chambre individuelle sur prescription médicale, le supplément ne vous sera pas facturé.
- ✓ Le supplément journalier est fixé à X euros **à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2017**. Il est dû pour toute journée effectivement passée en chambre particulière (sur la base de la présence à minuit). Il est facturé avec le séjour.
- ✓ Le supplément pour chambre individuelle **sera facturé à votre complémentaire santé**, dans la limite du plafond fixé par celle-ci au titre du supplément pour chambre particulière.
- ✓ Le régime particulier d'hospitalisation s'applique aux journées d'hospitalisation effectuées dans les chambres particulières localisées dans des bâtiments neufs ou récemment rénovés, disposant de sanitaires et de salles d'eau indépendants et attenants. Le régime particulier ne se définit que par la chambre individuelle. Vous bénéficierez des mêmes soins et prestations hospitalières que les autres patients hospitalisés.
- ✓ Le service dans lequel vous serez hospitalisé se réserve le droit de procéder à votre transfert à tout moment dans une chambre double pour faire face à des impératifs médicaux. Dans ce cas, la facturation de votre séjour en chambre individuelle sera suspendue.

**Date :**

**Date :**

**Signature du patient :**

**Signature du représentant légal :**

---

## **Note d'information relative à la mise en place du RPH**

---



### **INFORMATION SUR LE REGIME PARTICULIER D'HOSPITALISATION**

A compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017, lors de votre admission en hospitalisation complète (Unités Les Iris et Kraepelin), vous pourrez demander à bénéficier du régime particulier d'hospitalisation.

Il s'appliquera aux journées d'hospitalisation complète effectuées dans des chambres individuelles dotées de sanitaires privés et situées dans les bâtiments les plus récents ou récemment rénovés.

Si vous en faites la demande, ce régime particulier sera facturé 35€ par jour à votre complémentaire santé, dans la limite du montant pris en charge au titre du régime particulier.

Vous n'aurez donc rien à régler personnellement. Cette prestation ne sera facturée que si votre demande a pu être satisfaite pour tout ou partie de votre séjour.

Afin de bénéficier de ce régime particulier, vous devrez compléter et signer le formulaire spécifique de demande qui vous sera remis lors de votre admission.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au bureau des entrées.

BAILLET-HERAULT	Aude	Décembre 2017
<b>Directeur d'hôpital</b> Promotion 2016-2017		
<b>Le déploiement de la facturation des chambres particulières</b> <i><b>Exemple du Centre hospitalier Guillaume Régnier</b></i>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sans objet		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>La facturation du régime particulier d'hospitalisation est un sujet récent au sein des établissements publics de santé mentale. Instiguer un tel projet dans un établissement nécessite dès lors un changement culturel très profond. Le sujet demeure complexe car au prisme d'enjeux historiques, bâtimentaires, financiers et éthiques.</p> <p>Déployer la facturation répond-elle à une volonté d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients ou à une volonté d'équilibrer les comptes de l'établissement via l'augmentation des produits annexes ? Ces deux objectifs sont-ils conciliables ? Comment communiquer auprès des professionnels ?</p> <p>Le Centre hospitalier Guillaume Régnier a souhaité mettre en place le régime particulier d'hospitalisation dès le 1<sup>er</sup> octobre 2017. Ce mémoire, a pour ambition, à la manière d'un guide méthodologique, de faire état des difficultés mais également des succès qui ont jalonné la mise en place de ce projet, du début de la réflexion en comité de direction puis en directoire, à son déploiement effectif au sein de l'établissement.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> Régime particulier d'hospitalisation -Chambre particulière – exigence particulière du patient – dignité - psychiatrie – conditions hôtelières – facturation – conventionnement – recettes – produits annexes – bâti – sécurité – qualité – gratuité- éthique		
<p><i>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.</i></p>		