



Master 2 Droit de la santé

Parcours Droit et éthique des professions et des institutions de santé

# **Hospitalisation de jour: choix ou contrainte?**

Par Maëlie Hervé

**Sous la direction de Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER**

Jury :

Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public, Université de Rennes 1, Co-directrice du Master 2 Droit de la santé, Présidente de l'Association française de droit de la santé.

Monsieur Jean-Marie ANDRE, Professeur en économie et en protection sociale à l'École des Hautes Études en Santé Publique.

- Septembre 2018 -





Master 2 Droit de la santé

Parcours Droit et éthique des professions et des institutions de santé

# **Hospitalisation de jour: choix ou contrainte?**

---

Par Maëlie Hervé

**Sous la direction de Madame le Professeur Marie-Laure MOQUET-ANGER**

Jury :

Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER, Professeur agrégé de droit public, Université de Rennes 1, Co-directrice du Master 2 Droit de la santé, Présidente de l'Association française de droit de la santé.

Monsieur Jean-Marie ANDRE, Professeur en économie et en protection sociale à l'École des Hautes Études en Santé Publique.

---

# Remerciements

---

En premier lieu, j'adresse mes sincères remerciements au Professeur Moquet-Anger qui a accepté de diriger ce mémoire, et m'a guidé tout au long de son élaboration.

Je tiens également à remercier l'URASS Bretagne et l'Agence Régionale de Santé de Bretagne pour la pertinence des éléments qu'ils m'ont transmis.

J'adresse des remerciements particuliers à Myriam Bonnerre (chargée de mission au pôle qualité de l'ARS Bretagne) pour son appui et ses conseils.

Enfin, je tiens à remercier mes proches, famille, amis, camarades de promotion, pour le soutien qu'ils m'ont apporté au cours de cette année de master 2.

---

# Sommaire

---

## **Partie I – Un choix gouvernemental inscrit dans le virage ambulatoire**

### **Chapitre I : Un développement de l'hospitalisation de jour suscité par les pouvoirs publics**

Section I - Une impulsion législative

Section II- Le rôle crucial des ARS dans le développement de l'hospitalisation de jour

### **Chapitre II : Un choix gouvernemental effectué dans un contexte spécifique**

Section I : La nécessité de rationaliser les durées et les recours à l'hospitalisation

Section II – Des évolutions au bénéfice de l'hospitalisation de jour

## **Partie II - Le défi de la garantie de la qualité et de la sécurité des soins en hospitalisation de jour**

### **Chapitre I : Les limites de l'hospitalisation de jour**

Section I : Une solution miracle en trompe l'œil

Section II : Des obligations renforcées pour les équipes soignantes dans le cadre de l'hospitalisation de jour

### **Chapitre II: Encourager un usage raisonné de l'HDJ**

Section I : La perspective d'un nouveau mode de financement ?

Section II : Perfectionner l'hospitalisation de jour et combler ses lacunes

---

# Table des abréviations

---

<b>ALD</b> : Affection longue durée	<b>GHM</b> : Groupe Homogène de Malades
<b>ANAP</b> : Agence nationale de la Performance	<b>GHS</b> : Groupe Homogène de Séjours
<b>AP-HP</b> : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris	<b>GHT</b> : Groupement Hospitalier de Territoire
<b>ARS</b> : Agence régionale de santé	<b>HAD</b> : Hospitalisation à Domicile
<b>ASA</b> : American Society of Anesthesiologists	<b>HAS</b> : Haute Autorité de Santé
<b>ATIH</b> : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	<b>HC</b> : Hospitalisation Complète
<b>CARSAT</b> : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail	<b>HDJ</b> : Hospitalisation de jour
<b>CAQES</b> : Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins	<b>IDE</b> : Infirmier Diplômé d'Etat
<b>CH</b> : Centre Hospitalier	<b>IGAS</b> : Inspection Générale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>CHU</b> : Centre Hospitalier Universitaire	<b>IGF</b> : Inspection Générale des Finances
<b>CLCC</b> : Centre de Lutte Contre le Cancer	<b>INCa</b> : Institut National du Cancer
<b>COS</b> : Cadre d'Orientation Stratégique	<b>LFSS</b> : Loi de financement de la sécurité sociale
<b>CNAMTS</b> : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	Loi <b>HPST</b> : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire
<b>CPAM</b> : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	Loi <b>MNSS</b> : Loi de Modernisation de Notre Système de Santé
<b>CPOM</b> : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	<b>MAH</b> : Maison d'Accueil Hospitalière
<b>CREF</b> : Contrat de retour à l'équilibre financier	<b>MAP</b> : Modernisation de l'Action Publique
<b>CSP</b> : Code de la Santé Publique	<b>MCO</b> : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
<b>DG</b> : Directeur Général	<b>OCDE</b> : Organisation de coopération et de développement économique
<b>DGOS</b> : Direction Générale de l'Offre de Soins	<b>ONDAM</b> : Objectif National de réduction des dépenses de l'Assurance Maladie
<b>DHOS</b> :	<b>OQN</b> : Objectif Quantifié National
<b>DRESS</b> : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques	<b>PAPRICA</b> : Plateforme d'appui de premier recours pour les interventions en chirurgie ambulatoire
<b>EHPAD</b> : Etablissement d'hébergement pour personne âgées dépendantes	<b>PMSI</b> : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

**ESPIC** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

**PRADO** : Programme de Retour à Domicile

**PRE** : Plan de redressement

**PRS** : Projet régional de Santé

**RAAC** : Récupération Améliorée Après Chirurgie

**RGPP** : Revue Générale des Politiques Publiques

**SROS** : Schéma régional d'organisation des soins

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**T2A** : Tarification à l'activité

**UCA** : Unité de Chirurgie Ambulatoire

**UMA** : Unité de Médecine Ambulatoire

**UNCAM** : Union nationale des caisses d'assurance maladie

**URASS** : Union Régionale des Associations Agréées d'usagers du Système de Santé

**VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

L'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946 pose le principe en vertu duquel la Nation garantit à tous la protection de la santé, cette exigence constitutionnelle impose à l'Etat de mettre en œuvre le service public de la santé. L' « hôpital » (établissement de santé public ou privé) concourt à l'accomplissement de ce service public, en mettant en œuvre le service public hospitalier. Dès lors, il incombe aux établissements sanitaires de garantir une prise en charge de qualité à l'ensemble de la population. Ils se voient donc assigner un objectif de performance<sup>1</sup>.

Institution ancienne, « l'hôpital », dans toutes les acceptions qu'il recouvre, a dû démontrer sa capacité à s'adapter aux différentes évolutions sociétales afin de satisfaire perpétuellement cet impératif de performance. Le contexte économique joue un rôle prépondérant dans les réorganisations hospitalières. En effet, la crise économique en vigueur depuis quelques années impacte les ressources de la sécurité sociale qui sont intimement liés aux ressources des établissements de santé.

Les établissements de santé se trouvent alors confrontés à un défi de taille, être performants dans la mise en œuvre du service public hospitalier, tout en évoluant dans un contexte de pressurisation économique qui les oblige à veiller à l'état de leurs finances, et à réduire leurs dépenses.

L'efficacité, qui désigne la performance au moindre coût, s'impose donc comme le fil conducteur de l'action publique dans le domaine hospitalier. Les établissements de santé sont plus que jamais dans l'obligation de se réinventer et de redéfinir leurs offres de prise en charge.

C'est donc dans un contexte de restrictions budgétaires, que s'amorce le virage ambulatoire, qui consiste à éviter les hospitalisations et à favoriser le recours à l'offre disponible dans le secteur libéral (en dehors des établissements de santé). Lorsque l'hospitalisation reste néanmoins inévitable, le virage ambulatoire consiste à diminuer les durées de séjours, en s'appuyant sur l'offre libérale pour assurer la continuité des soins. C'est alors que naissent les alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation avec hébergement), souvent qualifiée dans les textes législatifs, réglementaires ou de doctrine comme l'hospitalisation « classique » ou « traditionnelle ».

---

1 La notion de performance désigne globalement la capacité d'atteindre un résultat donné.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la performance comme la capacité à mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé de la population, développer la capacité du système de santé à prendre en compte les attentes de la population, et enfin réduire les iniquités de financement du système.

- La consécration législative et réglementaire des alternatives à l'hospitalisation complète

Développées progressivement dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques<sup>2</sup>, les alternatives à l'hospitalisation complète ont été consacrées par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 (JORF n°179 du 2 août 1991, page 10255) dite Evin-Drieux laquelle précise explicitement que les établissements de santé publics et privés ont pour objet de dispenser des soins « *avec ou sans hébergement* »<sup>3</sup>. Cette loi induit donc un changement majeur dans la conception de la prise en charge hospitalière, puisque la mission de soins a été déliée de la mission d'hébergement. La première restant évidemment vitale, quand la seconde devient optionnelle : nécessaire dans certains cas, inappropriée dans d'autres.

Longtemps, la mission d'hébergement apparaissait comme impérative. D'autant qu'historiquement, c'est précisément la mission d'hébergement qui caractérisait « l'hôpital ». L'Hôtel-Dieu, puis l'hospice public avaient en effet pour vocation première d'accueillir des indigents, marginaux, personnes âgées, ou dépendantes... Au fil du temps, la dispense de soins est devenue la caractéristique majeure des structures hospitalières, mais, force est de constater que la mission d'hébergement est restée fondamentale dans l'opinion publique.

La loi Evin Drieux inaugure donc un renouveau dans les pratiques hospitalières en officialisant les alternatives à l'hospitalisation complète.

- Les alternatives à l'hospitalisation complète

L'appellation d'alternatives à l'hospitalisation complète renvoie principalement à l'hospitalisation à domicile ainsi qu'à l'hospitalisation dite partielle.

L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à fournir des soins équivalents à ceux prodigués en établissements de santé, mais, cette fois-ci au domicile des patients. L'hospitalisation à temps partiel consiste à hospitaliser un patient sur une journée (hospitalisation de jour) ou le temps d'une nuit (hospitalisation de nuit)<sup>4</sup>

D'autres alternatives sont également développées : telles que les dispositifs d'équipes mobiles, qui sont des équipes de professionnels de santé rattachées à un établissement de santé, qui se déplacent au sein des services de l'établissement mais également en dehors (en cabinet libéral ou au domicile du malade). Le centre hospitalier universitaire de Nantes dispose par exemple de

---

2 Les alternatives à l'hospitalisation ont été impulsées dans la prise en charge des insuffisants rénaux, la dialyse hors centre (en ambulatoire ou à domicile) s'est développée dans les années 70-80, dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients

3 Dispositions actuellement codifiées à l'article L. 6111-2 du CSP

4 Les hospitalisations de nuit sont pratiquées en psychiatrie ou en oncologie, des dialyses peuvent également être réalisées de nuit.

dispositifs d'équipe mobile douleur, équipe mobile douleur pédiatrique, équipe mobile de plaies vasculaire ou encore d'équipe mobile diabétologie. Le centre hospitalier de Paimpol a quant à lui mis en place une équipe mobile pour les plaies chroniques (équipe « *plaies mobile* »).

Ces différentes alternatives ont pour ambition de relever le défi de l'efficience mais également de renforcer le confort des patients, lesquels font souvent le vœu de retourner au plus vite sur leur lieu de vie ou d'y rester dans la mesure du possible.

L'hospitalisation de jour qui est l'alternative qui intéresse ce mémoire est à dissocier des autres alternatives à l'hospitalisation complète précédemment évoquées. Toutefois, il peut arriver qu'elle soit couplée avec l'une ou plusieurs d'entre elles (un patient peut par exemple être admis en hôpital de jour et recevoir des soins à domicile le reste du temps ou être mis en relation avec les équipes mobiles disponibles en ville).

- L'hospitalisation de jour comme alternative à l'hospitalisation complète

L'hospitalisation de jour est une forme d'hospitalisation partielle (à l'instar de l'hospitalisation de nuit). Elle désigne une hospitalisation effectuée sur une durée inférieure à 12 heures, dans une unité dédiée (il arrive que l'hospitalisation de jour soit pratiquée dans une unité d'hospitalisation complète, on parle alors de « séjour forain »).

Pour qualifier les séjours d'hospitalisation de jour, le terme d'« ambulatoire » est fréquemment employé, par exemple, on parle régulièrement de chirurgie ambulatoire, terme qui désigne la chirurgie pratiquée en hôpital de jour chirurgie. La notion d'« hôpital de jour » est davantage réservée à la médecine, au SSR, ou encore à la psychiatrie.

- La variété des hôpitaux de jour

Les actes pratiqués en hôpital de jour sont de nature hétérogène. Ils peuvent avoir une visée diagnostique : exploration fonctionnelle, biopsie, radiologie... ; curative : injections médicamenteuses, transfusions, opérations chirurgicales, « séances » (dialyses, chimiothérapies, ou encore de radiothérapie) ; les actes d'HDJ peuvent également avoir une visée préventive (consultations pluridisciplinaires par exemple).

Le décret n° 92-1102<sup>5</sup>, actuellement codifié à l'article R. 6121-4 du code de la santé publique est venu définir les alternatives à l'hospitalisation complète et à précisé leurs modalités de mise en œuvre :

*« Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation [désormais mentionnée à l'article L. 6121-2 du CSP] ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile. (...) Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale »*

Concernant la chirurgie ambulatoire (également réalisée en hospitalisation de jour), le décret, actuellement codifié aux deux premiers alinéas de l'article D.6124-301-1 dispose :

*« Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires dispensent les prises en charge prévues à l'article R. 6121-4, d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.*

*Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet ».*

L'hospitalisation de jour concerne les spécialités de MCO, de même que les soins de suites et réadaptations ; depuis 2010 on constate également un développement de l'hospitalisation de jour en psychiatrie. L'hôpital de jour de SSR dispense des soins structurés autour d'un plateau technique et consiste à établir pour un patient, un programme sur une journée qui comprend la réalisation de gestes techniques, d'évaluations ou d'explorations. La psychiatrie jouit quant à elle de certaines spécificités, en effet, la prise en charge en hospitalisation partielle peut être réalisée de jour ou de nuit. Les hospitalisations de jour en psychiatrie sont généralement pratiquées en vue de la réalisation d'un bilan psychologique.

Quel que soit le domaine concerné, l'hospitalisation de jour nécessite une programmation de l'activité et une organisation scrupuleuse. Il est fréquemment nécessaire d'assurer une prise en

---

5 Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3°) de ce même code, JORF n°2340234 du 8 octobre 1992, page 13991

Le décret a été réécrit par l'intervention de décrets plus récents notamment : Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, JORF n°0194 du 22 août 2012, page 13678, texte n° 9

charge pluridisciplinaire. Le patient admis à l'hôpital pour la journée peut être amené à rencontrer plusieurs soignants et à recevoir plusieurs actes.

- L'exigence persistante de la qualité

Les dispositions du décret de 1992 n° 92-1102 précitées posent le principe selon lequel les soins délivrés par alternative à l'hospitalisation complète doivent être équivalents par leur nature à ceux prodigués en hospitalisation complète. Il ne s'agit donc pas d'une prise en charge hospitalière au rabais, l'idée n'étant pas de faire courir des risques à des patients dont l'état de santé ne leur permettrait pas de bénéficier d'une prise en charge adéquate en dehors du cadre de l'hospitalisation complète.

De manière générale, à l'instar de l'hospitalisation traditionnelle, les alternatives à l'hospitalisation doivent répondre à l'exigence de qualité et de sécurité des soins. Pour l'hospitalisation de jour, il incombe donc aux établissements de sécuriser les prises en charge qui sont réalisées à la journée. Pour ce faire, les patients doivent être sélectionnés en fonction de la faisabilité d'un retour à domicile rapide. La prise en charge en hospitalisation de jour relève alors d'une décision médicale prise après avoir mesuré les risques médicaux et psycho-sociaux d'un retour à domicile le soir même.

- Une incitation forte au développement de l'hospitalisation de jour

Selon certaines estimations, le potentiel de patients pouvant être pris en charge en hospitalisation de jour reste important. Aussi, le développement de l'hospitalisation de jour parsème fréquemment les discours publics qui se veulent particulièrement incitatifs.

Les discours ministériels s'attellent à rappeler les objectifs de développement de l'ambulatoire au sein des établissements de santé. A l'origine, l'accent a particulièrement été mis sur la chirurgie ambulatoire, désormais, on insiste également beaucoup sur le développement de la médecine ambulatoire. Lors de l'ouverture des entretiens de Bichat (rendez-vous annuels consacrés à la formation des médecins) qui ont eu lieu à Paris le jeudi 5 octobre 2017, la ministre de la santé Agnès Buzin officialisait sa volonté d'accroître le taux de recours à la médecine et à la chirurgie ambulatoire « *D'ici à 2022, je souhaite porter la médecine ambulatoire à 55%<sup>6</sup> et la chirurgie ambulatoire à 70%* » (le taux s'élevait alors à 43% pour la chirurgie et 54% pour la médecine).

L'objectif à long terme est d'atteindre un taux de recours à l'ambulatoire au sein des établissements de santé qui serait semblable à celui d'Etats voisins de la France que la ministre

---

6 Le ministère réévaluera par la suite son objectif, souhaitant désormais porter la médecine ambulatoire à 60 %

cite en exemple « *la Suède et le Danemark qui comptent 90% de leurs actes de chirurgie en ambulatoire* ».

- Choix parmi d'autres ou mise en place systématique ?

Sous l'impulsion des pouvoirs publics et des mécanismes incitatifs qui seront développés par la suite, le recours à l'HDJ tend à s'accroître et à se systématiser, en particulier en chirurgie et en médecine. Le patient est bien souvent orienté vers ce mode de prise en charge.

Bien qu'elle puisse lui être favorable au patient, qui en retire de nombreux avantages lorsque sa mise en œuvre est en adéquation avec sa situation médicale, l'hospitalisation de jour est susceptible de porter atteinte à la qualité et sécurité des soins qui lui sont prodigués lorsqu'elle se révèle être inadaptée à son état de santé ou lorsque les conséquences de cette prise en charge n'ont pas été suffisamment anticipées.

Par conséquent, est nécessaire de veiller à ce que la balance bénéfiques/risques soit toujours avantageuse pour le patient. La prise en charge d'un patient en HDJ doit donc nécessairement résulter d'un choix réfléchi et non d'une contrainte systématique appliquée par les établissements de santé à la demande des pouvoirs publics.

Dès lors, comment veiller à ce que la prise en charge en HDJ demeure l'expression d'un choix médical dont les conséquences ont préalablement été anticipées, et non l'expression d'une contrainte imposée par les pouvoirs publics ? Peut-on concilier préoccupations économiques et intérêt clinique ?

Si le développement de l'HDJ résulte d'un choix gouvernemental qui s'inscrit dans le mouvement plus vaste du virage ambulatoire, justifié par des raisons d'ordre économique mais également social (**Partie I**), ce choix implique la réunion de plusieurs conditions pour que la prise en charge soit respectueuse des impératifs de qualité et de sécurité des soins (**Partie II**).

## **Partie I : Un choix gouvernemental inscrit dans le virage ambulatoire**

Le virage ambulatoire amorcé par les pouvoirs publics depuis quelques années tendant, notamment, à raccourcir les durées de séjours, conduit à ce que les patients soient de plus en plus orientés vers l'hospitalisation de jour (**Chapitre I**). Cette orientation qui tend à devenir quasi systématique pour certains actes, résulte donc d'un choix gouvernemental, effectué dans un contexte particulier (**Chapitre II**).

### **Chapitre I : Un développement de l'hospitalisation de jour suscité par les pouvoirs publics**

Si la France a accusé un retard en matière de développement des prises en charge ambulatoires au contraire de ses voisins européens<sup>7</sup>, les pouvoirs publics ont entrepris de renverser la tendance et d'inciter au développement des prises en charge en hospitalisation de jour (**Section I**). Ce choix national est ensuite décliné à l'échelon territorial, lequel est devenu l'échelon privilégié en matière de définition et de mise en œuvre de la politique régionale de santé depuis la loi HPST du 21 juillet 2009<sup>8</sup> (**Section II**).

#### **Section I - Une impulsion législative**

Les pouvoirs publics affichent l'ambition d'accroître le nombre de prises en charge en hospitalisation de jour, qui apparaît comme une solution économique avantageuse (**§I**). Par ailleurs, la réforme des modalités de tarification des établissements de santé à partir de 2004 n'est pas sans lien avec l'accroissement du taux de recours à l'hospitalisation de jour (**§II**).

---

7 A titre indicatif, la part de chirurgie ambulatoire en 2013 était de 74% au Danemark, 52% en GB contre seulement 38% en France Source : Académie de Médecine «Rapport sur la pertinence économique de la chirurgie ambulatoire 2015 », 2015

8 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184, texte n° 1

## §I- Une impulsion législative au bénéfice de l'efficience

Le législateur impose une optimisation des ressources publiques, les ressources de la sécurité sociale, qui sont issues des ressources publiques, sont donc concernées (A), la politique de santé s'en trouve alors impactée (B)

### A- L'optimisation des ressources publiques

Attaché à la volonté de rendre le système plus efficient, le législateur va inciter (de façon plus ou moins directe) au développement de l'HDJ par le biais des lois de financement de la sécurité sociale et des objectifs nationaux de dépense de l'assurance maladie qui leurs sont annexés.

Au cours des années 1990, notamment sous l'impulsion du droit communautaire<sup>9</sup> qui est venu imposer une discipline budgétaire aux États membres de l'union européenne, la France s'est engagée à équilibrer ses ressources et à réduire son déficit. Ce qui sera d'autant plus vital après l'éclatement de la crise économique mondiale à compter de 2008<sup>10</sup>.

Initialement les finances de la sécurité sociale échappaient à l'encadrement public, les dépenses des organismes sociaux (organismes privés) étant vues comme des dépenses privées. Toutefois, le budget de la sécurité sociale est fortement lié aux finances publiques. L'État intervient dans le budget de la sécurité sociale, au moyen d'impôts et taxes affectées à ce secteur<sup>11</sup>. L'idée d'encadrer les dépenses sociales s'impose progressivement.

Ainsi, la révision constitutionnelle du 22 février 1996 va instituer les lois de finances de la sécurité sociale en ajoutant à l'article 34 de la Constitution un nouvel alinéa disposant que « *Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier, et compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ». <sup>12</sup> La loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale,

---

9 Le traité de Maastricht de 1992 impose aux États membres une maîtrise de leur déficit et dette publique : le déficit public ne devant pas dépasser 3 % du PIB, la dette publique ne doit quant à elle pas dépasser 60 % du PIB

10 Suite à la « crise des subprimes » qui éclate aux États-Unis à l'automne 2007, aux faillites des banques américaines qui lui furent corrélées

11 Le budget de l'assurance maladie est en majeure partie financé par les cotisations sociales, viennent ensuite les ressources tirées de la contribution sociale généralisée (CSG) prélevée sur les revenus d'activité, du patrimoine et les produits de placement, enfin, le budget est complété par des taxes prélevées sur le tabac, l'alcool et certains produits pharmaceutiques

12 Cette loi organique sera promulguée dans une première version le 22 juillet 1996, puis dans une version modifiée le 2 août 2005

(JORF n°179 du 3 août 2005, page 12633, texte n° 1) organise l'élaboration des LFSS dans le même esprit que celles des lois de finances. Par ailleurs elle permet d'intégrer les objectifs dans un cadre pluriannuel.

En vertu des dispositions de l'article 34 de la Constitution précitée, les lois de financement de la sécurité sociale fixent pour chaque année les orientations de la politique de santé. Elles comprennent pour ce faire un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'objectif national est ensuite décliné en plusieurs sous-objectifs : les dépenses de soins de ville, les dépenses hospitalières, les dépenses médico-sociales (établissements et services pour personnes âgées ou pour personne en situation de handicap) et les dépenses destinées aux « autres prises en charge » telles que la prise en charge des soins à l'étranger, les dépenses des établissements spécialisés (par exemple d'addictologie).

L'Ondam pour 2017 était fixé à 190,7 Md euros, il est porté à 195,2 Md euros en 2018. Sur ces 195,2 Md euros de dépense 80,7 Md sont affectés à l'Ondam hospitalier. Le but étant que le déficit de l'assurance maladie s'établisse à 800 millions d'euros en 2018 (contre 4,1 Md en 2017 et 4,8 Md en 2016). En limitant ainsi la progression des dépenses à 2,3 %, le gouvernement entend réaliser 4,165 milliards d'euros d'économies en 2018 (160 euros de plus qu'en 2017).

Bien que l'Ondam ne constitue pas une enveloppe fermée et que les dépenses puissent lui être supérieures, il a permis de faire décroître les dépenses de manière conséquente (*cf. graphique annexe n°1*):

Ce mouvement de réduction du déficit public promet de se poursuivre. En effet, les députés ont entériné une progression de l'Ondam de 2,3 % par an d'ici 2020. En 2022 le déficit devrait être réduit à 0,2 % du PIB. L'Ondam tel que programmé pour l'année en cours, et pour les années à venir, implique donc une régulation des dotations versées par l'assurance maladie aux établissements de santé.

Les dépenses engagées par l'assurance maladie sont en majorité destinées à couvrir les frais d'hospitalisation. Les établissements sont donc nécessairement impactés par la politique de réduction. Dans un contexte de recherche constante de réduction du déficit public<sup>13</sup>, le

---

13 En 2007, le gouvernement lance la révision générale des politiques publiques, méthode inspirée des méthodes en vigueur à l'étranger. Cette méthode prône la rénovation de l'action publique, elle consiste en l'étude de l'ensemble des missions de l'Etat afin d'identifier les réformes susceptibles de réduire les dépenses de l'Etat tout en améliorant l'efficacité des politiques publiques. En 2012, cette méthode sera remplacée par la modernisation de l'action publique (MAP) qui se donne les mêmes objectifs que la RGPP

virage ambulatoire qui revient à favoriser les prises en charge sans hospitalisation ou a minima, sans hospitalisation complète, devient une perspective intéressante.

Mentionnée explicitement dans les LFSS, l'incitation à la maîtrise des dépenses et au développement de l'HDJ est régulièrement réaffirmée. Depuis 2015, un plan triennal est élaboré au niveau national (« Plan triennal ONDAM » ou « Plan ONDAM »), il vise à encadrer sur une période de 3 ans les dépenses de santé. La politique de santé est donc impactée par les exigences économiques **(B)**.

### **B- Une politique de santé impactée par les exigences économiques**

En tenant compte de la LFSS et du plan triennal, le gouvernement définit la stratégie nationale de santé pour une période pluriannuelle (5 ans). Cette stratégie vise, en cohérence avec l'ONDAM, à renforcer l'efficacité du système de santé et à garantir la soutenabilité des dépenses de santé, conditions du maintien d'un accès de tous à des soins de qualité. La stratégie nationale de santé est adoptée par décret à l'issue d'un processus de concertation entre les ministères concernés, les usagers, les acteurs de santé.

L'accentuation du virage ambulatoire et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, notamment l'hospitalisation de jour est affichée comme une priorité dans la SNS 2018-2022<sup>14</sup>.

Dans le cadre normatif précédemment exposé, des plans nationaux de gestion du risque et d'efficacité du système de soin sont conclus pour une durée de 2 ans entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Ils permettent au gouvernement de définir des objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins et à la gestion du risque communs aux trois régimes d'assurance maladie obligatoires (régime général, régime agricole, et régime social des indépendants). Le plan national est ensuite décliné au niveau régional, ici il est conclu par le DG ARS pour le compte de l'Etat et par le représentant régional de l'UNCAM<sup>15</sup>. Au sein du plan 2016-2017, est inséré un volet « *virage ambulatoire et optimisation des capacités d'hébergement en hospitalisation complète* » au sein duquel est inscrit l'objectif de développement de la chirurgie ambulatoire. Mais également de l'HDJ

---

14 Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, JORF n°0305 du 31 décembre 2017, texte n° 72

15 La loi HPST avait prévu l'élaboration de programmes régionaux de gestion des risques intégrés au PRS. La loi MNSS leur substitue des plans régionaux qui sont des documents distincts du PRS.

médecine avec des transferts d'activité réalisée en hospitalisation complète vers les unités d'HDJ.

Le plan national de gestion des risques 2018-2019 qui prévoit de réaliser 4,2 milliards d'économies en 2018 notamment par le biais de la restructuration de l'offre de soins et prévoit de « renforcer la pertinence des prises en charge » en développant les prises en charges ambulatoire ou alternatives à l'hospitalisation classique.

Ces incitations s'avèrent plutôt payantes. Nous constatons une diminution progressive du nombre d'hospitalisations complètes au profit de l'accroissement du nombre d'HDJ. Alors qu'en 2003 18 000 places étaient dédiées à l'hospitalisation partielle en MCO, près de 14 000 places ont été créées entre 2003 et 2013 augmentant considérablement les capacités de prise en charge en ambulatoire<sup>16</sup>.

En 2015, les établissements ont effectué 15,9 millions de journées en hospitalisation partielle. En 2016, le taux s'élève à 16,5 millions de journée. S'ajoutent à ces chiffres, 13.1 millions de séances de chimiothérapie, radiothérapie et dialyse réalisées également à la journée<sup>17</sup>. Cette élévation est principalement dû au développement de l'ambulatoire en MCO<sup>18</sup>. La DRESS relève que les cliniques privées contribuent en 2016 à près de 60 % à cette progression de l'ambulatoire.

Selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en 2017, le nombre de séjours ambulatoires en MCO s'élève à 7,8 millions, contre une estimation de 7,7 millions en 2016, et de 7,1 millions en 2014, l'augmentation, bien que sensible depuis 2016, est donc toujours réelle.

Le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 32,6% en 2009 à 54% en 2016 selon le rapport du congrès de l'Association Française de Chirurgie d'octobre 2017<sup>19</sup>, offrant par ce biais une perspective de satisfaction de l'objectif des 60% en 2022 posé par le ministère.

Ce développement de la chirurgie ambulatoire est dû à une incitation particulièrement marquée en la matière puisque par application de l'instruction de la DGOS n° 2010-201 du 27 décembre 2010, la chirurgie ambulatoire est désormais devenue pratique de référence pour certains actes (ce qui signifie que pour réaliser ces actes en hospitalisation complète il est nécessaire d'obtenir l'accord préalable de l'assurance maladie).

---

16 DRESS, « Les établissements de santé », Panoramas de la DRESS, éd. 2018

17 Le nombre de séance est en progression, en 2015 on comptait 12,7 séances pour les mêmes disciplines

18 DRESS, « Les établissements de santé », *Panoramas de la DRESS*, 2017, p.28

19 AFC, rapport n°119, 2017

## **§II- La tarification à l'activité vectrice d'un nouvel essor de l'hospitalisation de jour**

Au début des années 2000, l'action du législateur va viser à réformer le système de tarification des établissements de santé (publics et privés) en mettant en place la tarification à l'activité, connue sous l'acronyme T2A. Par cette refonte du système de financement, le législateur va donner une nouvelle impulsion à l'HDJ. La tarification à l'activité a eu pour effet d'astreindre les établissements de santé à la rentabilité, les recettes étant corrélées au taux d'activité **(A)**, aussi, cela les a indirectement conduits à recourir davantage à l'hospitalisation de jour **(B)**.

### **A- Des recettes corrélées à l'activité**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 (suite à l'entrée en vigueur de la LFSS n°2003-1199 du 18 décembre 2003, articles 22 à 34), la France met en place un système de tarification à l'activité prenant ainsi exemple sur les États-Unis qui l'avait déjà mise en œuvre<sup>20</sup>.

Depuis 1984, les établissements de santé publics étaient financés par le mécanisme dit du « budget global ». L'assurance maladie octroyait à l'établissement une enveloppe annuelle et limitative calculée et reconduite chaque année sur la base de l'activité réalisée l'année précédente. Toutefois, lorsque cette enveloppe était dépassée en cours d'exercice, l'assurance maladie procédait à un réajustement en octroyant de nouvelles ressources (ce qui n'incitait pas à la régulation des dépenses).

Les établissements privés facturaient à l'assurance maladie les prestations et actes sous forme de forfaits. Les forfaits de prestations étaient encadrés par un Objectif Quantifié National (OQN) assurant une régulation de type « prix/volume » (les paiements étaient donc déjà liés à l'activité)<sup>21</sup>.

Bien qu'elle ne soit pas le seul mode de financement des établissements de santé, elle représente toutefois une part importante de leurs ressources (75% du financement des établissements hospitaliers). Il existe en plus de cette tarification basée sur l'activité, des

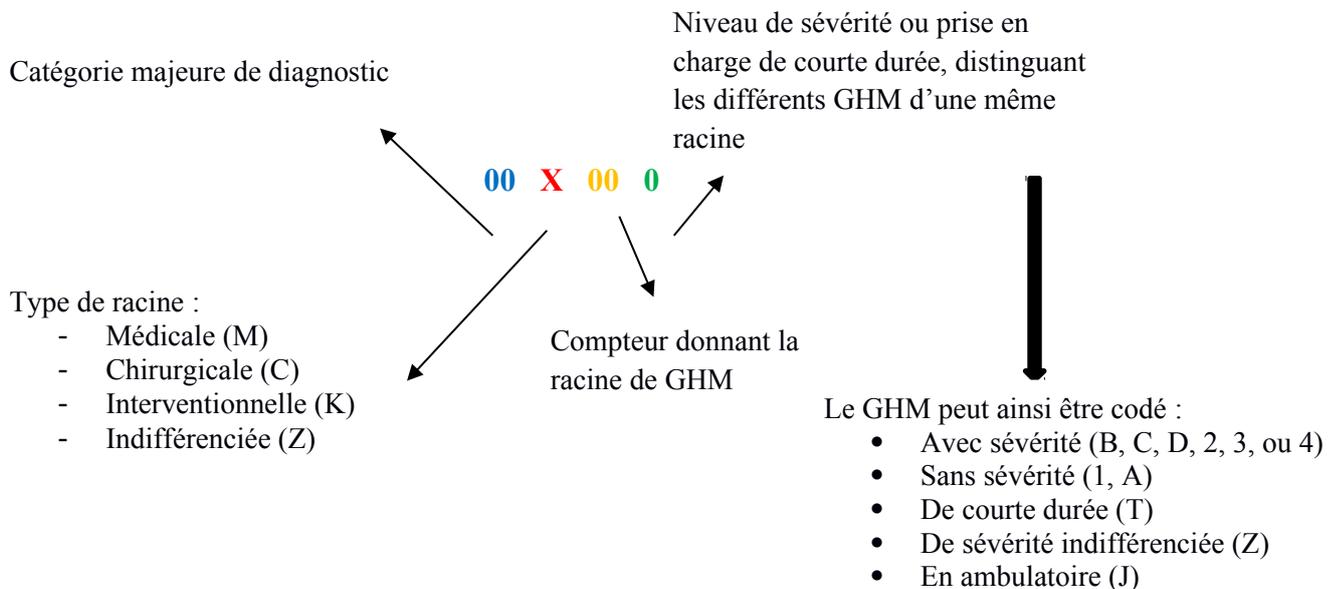
---

20 La mise en place de la T2A s'est effectuée de manière progressive, au gré des lois de financement de la sécurité sociale votées entre 2003 et 2006 : LFSS n°2003-1199 du 18 décembre 2003, JORF n°293 du 19 décembre 2003 page 21641, texte n° 1 ; LFSS n°2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 18, 28, 63, , JORF n°296 du 21 décembre 2004 page 21649, texte n° 1 ; LFSS n°2005-1579 du 19 décembre 2005 art.43, JORF n°295 du 20 décembre 2005 page 19531, texte n° 1; LFSS n°2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 69 à 77, JORF n°296 du 22 décembre 2006 page 19315, texte n° 1

21 « La tarification des établissements de santé : rappel des enjeux, des modalités, des schémas ciblés et transitoires », *Rapport de la « Mission T2A » sous la coordination de C. Andréoletti*, 2007, p1

forfaits annuels, ainsi qu'un financement par dotation régionale (enveloppe MIGAC) visant à financer les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation<sup>22</sup>

La T2A repose sur un mécanisme d'association de groupes homogènes de malades (GHM) à des groupes homogènes de séjours (GHS), sur la base desquels l'assurance maladie fixe des coûts. Chaque hospitalisation donne lieu à un codage au sein du programme médicalisé du système d'information (PMSI) de l'établissement<sup>23</sup>. Pour chaque patient, les données relatives au diagnostic, au profil pathologique, à l'âge du patient, sont anonymisées puis regroupées dans un même GHM en fonction de leurs similitudes. Ces GHM auront ensuite leur pendant financier (GHS) sur la base desquels ils seront facturés auprès de l'assurance maladie. (Voir ci-après : la présentation simplifiée d'un GHM).



**Source :** IGAS-IGF, « Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine », 2015, p.4

Les séjours d'HDJ de médecine, chirurgie, ou SSR<sup>24</sup> donnent donc lieu à la facturation d'un GHS d'hospitalisation de jour.

22 Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le financement des SAMU et des SMUR, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

23 Le codage est réalisé dans les services dédiés des établissements de santé, le plus souvent nommé département de l'information médicale (DIM).

24 La psychiatrie n'est à ce jour pas concernée par la T2A et répond à un mode de tarification *ad hoc*

Il convient de préciser que tout acte réalisé sur une journée ne peut cependant pas donner lieu à la facturation d'un GHS HDJ. Le législateur a encadré l'action des établissements, ceci dans le but d'éviter les dérives.

Des contrôles T2A sont régulièrement effectués par l'assurance maladie. Ces contrôles peuvent donner lieu à un recodage des séjours qui ne correspondraient pas au GHS HDJ.

Une première circulaire en date du 31 janvier 2006<sup>25</sup> instituait des limites à la facturation d'un GHS HDJ. La circulaire DGOS/R n° 2010-201 du 15 janvier 2010 dite « instruction frontière » réitère cette limitation tout en la précisant. La facturation en GHS HDJ est en effet conditionnée au respect de certains critères :

*« Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe est un type de synthèse médicale à privilégier. (...) »*

*Il convient en outre de souligner que la réalisation de plusieurs actes au cours de la même journée peut donner lieu à la facturation d'un GHS, lorsque les conditions suscitées sont respectées, y compris lorsque l'un des actes réalisés n'est pas un acte pris en charge par l'assurance maladie (...) ».*

Lorsque l'une des conditions précitées n'est pas remplie, la prise en charge donne lieu à facturation d'actes et consultations externes dont la tarification est identique à celle des soins de ville. Or, les tarifs de villes sont généralement plus faibles que ceux d'HDJ. (Certaines spécialités médicales bénéficient cependant de critères aménagés, tel est le cas de l'addictologie, car la prise en charge des addictions ne donne pas nécessairement lieu à la réalisation de plusieurs examens. La réglementation générale faisait donc systématiquement échec à la facturation d'un GHS HDJ pour ce type de spécialité, il y eu donc lieu d'élaborer une réglementation spécifique).

L'HDJ représente donc un avantage économique non négligeable au regard des modalités de tarifications des actes de soins. Qui plus est, ce mode de prise en charge assure un taux de rotation de patient au sein des unités d'HDJ, et par conséquent, une augmentation du volume d'activité de l'établissement **(B)**.

---

25 Circulaire n°DHOS-F1/M72A/2006 N° 376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facture d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

## **B - L'hospitalisation de jour, levier d'accroissement de l'activité**

La T2A est souvent décrite comme conduisant à l'inflation<sup>26</sup>. En effet, le taux d'activité conditionnant les recettes, les établissements sont poussés à développer leur activité. Pour ce faire, ils sont tentés d'accentuer le « turn over » de patient (taux de rotation de patients) afin de coder le plus d'actes possible dans un temps plus restreint qu'à l'accoutumé. Mais bien que des dérives puissent être à craindre, la T2A a pour mérite de rationaliser les budgets des établissements et d'éviter que l'assurance maladie creuse son déficit au profit d'établissements non rentables.

En dehors de cette incitation à la multiplication de l'activité, qui invite par cette occasion à recourir à l'HDJ, la T2A va être aménagée de telle manière à ce que le recours à l'HDJ soit plus avantageux que le recours à l'HC. En matière de chirurgie, les tarifs de prestation pour certains actes sont, identiques à ceux qui sont facturés en hospitalisation complète pour le même motif de prise en charge.

Cela a permis l'augmentation du taux recours à la chirurgie ambulatoire. Les tarifs sont les mêmes, mais compte tenu du fait que l'HC va induire des coûts supplémentaires pour l'établissement (personnel de nuit, hôtellerie ...) il est plus économiquement avantageux de ne pas garder les patients plus longtemps que nécessaire.

L'incitation au développement de l'HDJ résulte donc d'un choix national. Les administrations territoriales, et plus particulièrement les Agences régionales de santé (ARS), jouent un rôle crucial dans sa mise en œuvre.

### Section II- Le rôle crucial des ARS dans le développement de l'hospitalisation de jour

Instituées par la loi HPST du 21 juillet 2009, les ARS ont pour rôle de décliner la politique de santé nationale au niveau territorial, aussi, les objectifs d'efficience et de développement de l'HDJ posés au niveau étatique sont traduits dans les politiques régionales **(I)**, les ARS disposent dès lors de plusieurs leviers pour mener à bien les objectifs fixés au national, l'outil principal étant la contractualisation **(II)**.

---

<sup>26</sup> On craint la sortie prématurée des patients afin de satisfaire une « logique du chiffre », ou sélection des patients en fonction de ceux qui sont considérés comme les « plus rentables »

## **§I – Un enjeu économique pris en compte par les politiques territoriales**

Le projet régional de santé a vocation à traduire les objectifs nationaux au niveau territorial notamment en matière de développement de l'ambulatoire **(A)**, cette norme édictée par les ARS engage les acteurs locaux à se conformer aux objectifs qui y sont inscrit **(B)**.

### **A- Le projet régional de santé, outil de traduction des politiques nationales à l'échelon territorial**

Selon les termes de l'article L1434-1 du code de la santé publique « *Le DGARS arrête un projet régional de santé qui définit en cohérence avec stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financements de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* »

*« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale »*

Il est donc l'expression de la politique de santé régionale et veille à l'articulation de la politique de santé avec les autres politiques publiques notamment économiques.

Ainsi les politiques régionales mentionnent les objectifs d'efficience (pertinence des hospitalisations, de réduction de la masse salariale, équilibre financier...).

Le PRS tel que réformé par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé<sup>27</sup>, est un ensemble composé du cadre d'orientation stratégique qui fixe les objectifs et les résultats attendus sur 10 ans, du schéma régional de santé qui planifie pour une durée de 5 ans, les besoins en terme d'offre sanitaire et médico-sociale et les moyens tenant à les combler, puis du programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Une fois édicté, l'ensemble des composantes du projet de PRS est soumis à l'avis du conseil de surveillance de l'ARS, de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, des Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie prévus à l'art L149-1 CASF,

---

<sup>27</sup> Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1

du préfet de région et des collectivités territoriales qui composent la région. Il fait ensuite l'objet d'une publication.

Les PRS tiennent compte des objectifs fixés au national et se font l'écho des incitations étatiques. La recherche de l'efficacité est donc entérinée, tout comme le développement de l'ambulatoire qui est présenté comme le principal levier de l'efficacité.

A titre illustratif, au sein du projet régional de santé de Bretagne qui concerne la période 2018-2022, les occurrences au développement de l'ambulatoire (chirurgie, médecine, SSR,) et de l'HAD sont nombreuses. Elles figurent dans le COS, mais aussi dans le schéma régional de santé qui se donne pour missions de « *développer les alternatives à l'hospitalisation dans le cadre du virage ambulatoire* », de « *développer la pratique de la chirurgie ambulatoire* » et de « *développer l'hospitalisation de jour en médecine* ».

Le PRS des Pays de la Loire acte des objectifs similaires : le COS 2018-2028 prévoit « *un virage ample vers la pratique ambulatoire en particulier en chirurgie* » en rappelant que la chirurgie ambulatoire est devenue majoritaire et représente environ 60% des prises en charge de chirurgie. Il est prévu d'amplifier cette tendance et de développer l'activité ambulatoire dans les autres champs. Au sein du SROS 2018-2022, l'accent est notamment mis sur le développement de la prise en charge en hospitalisation de jour pour les patients atteints de troubles psychiques.

La codification de ces objectifs dans le PRS a pour effet de les rendre opposables aux différents acteurs locaux (collectivités territoriales, professionnels de santé, établissements de santé, services de soins ...), mais également à aux ARS elles-mêmes.

En effet, les décisions prises par une ARS à l'égard d'un établissement de santé peuvent être légitimées par les dispositions du PRS, et plus particulièrement par les dispositions du SROS.

Un refus de renouvellement d'autorisation d'activité de soins peut, par exemple, être justifié par les dispositions du SROS<sup>28</sup>.

---

28 Par exemple, un refus de renouvellement d'activité de gynécologie- obstétrique peut être justifié par le fait que le SROS prévoit une nouvelle répartition des services de santé sur le territoire, ou pose des conditions à l'octroi d'autorisation non satisfaites en l'espèce (en terme de couverture pédiatrique par exemple)

Si le SROS peut être invoqué par l'ARS pour justifier ses décisions, il peut, a contrario, être invoqué par les acteurs locaux à l'appui d'un recours dirigé contre l'ARS<sup>29</sup>. Notamment pour contester une décision prise par l'agence à l'égard d'un établissement de santé, lorsque cette décision s'avère être en contradiction totale avec les dispositions du SROS.

Les dispositions du PRS ne s'apparentent pas à de simples énonciations qui seraient dépourvues d'effet juridique. Elles lient l'ensemble des acteurs locaux, notamment les ARS, auxquelles il incombera d'entreprendre des actions concrètes visant à matérialiser les objectifs formulés dans le PRS **(B)**.

### **B- La matérialisation des objectifs du projet régional de santé**

Afin d'honorer ses engagements, l'ARS est en mesure de passer des appels à projet pour le développement de la chirurgie et/ou de la médecine ambulatoire. Les établissements de santé qui répondent à ces appels présentent pour chacun d'eux un projet visant par exemple à développer la chirurgie ambulatoire dans leur structure, ou à créer des unités d'HDJ pluridisciplinaires.

L'ARS contribue ensuite à la réalisation de ces projets, en finançant les dépenses d'investissements en personnel médical, en formation d'IDE, en logiciels de programmation ou encore en fauteuils roulants pour favoriser le déplacement des patients qui seront admis en ambulatoire<sup>30</sup>.

A titre d'exemple, en 2016, l'ARS Bretagne lance trois appels à projets pour encourager le déploiement des alternatives à l'hospitalisation complète, dont un concernant la médecine en hospitalisation de jour : « *Accompagner le développement des démarches innovantes menées par les établissements de santé de la région Bretagne pour faciliter le virage ambulatoire* ». Résulte de cet appel la création de quatre hôpitaux de jour multidisciplinaires sur les centres hospitaliers de Morlaix, Douarnenez, Saint Briec, et Rennes. Cet appel a également conduit à renforcer l'efficacité des hôpitaux de jour déjà

---

29 Le caractère invocable du SROS est régulièrement confirmé au sein des jurisprudences des juridictions administratives : un vice de procédure dans l'élaboration du SROS peut par exemple être invoqué voir en ce sens Cour administrative d'appel de Marseille 14 juin 2018 n° 15MA04059

30 Le financement de l'ARS est ponctuel et ne constitue pas un accompagnement au long terme. L'établissement qui répond à l'appel à projet doit donc être en mesure de le mener jusqu'au bout, au regard de sa situation financière.

existants des CH de St Malo et des établissements membre du GHT Bretagne occidental avec l'octroi de nouveaux logiciels de programmation et d'outils de gestion de flux de patients communs aux HDJ d'un même GHT.

En 2017, un nouvel appel à projet portait également sur l'hospitalisation de jour de médecine. Cet appel a permis la création de trois unités de médecine ambulatoire (UMA) au sein de la Polyclinique de Keraudren, de la Polyclinique St Laurent, du CH St Grégoire. Une extension de l'UMA du CH Quimper a également été réalisée permettant d'accueillir de nouveaux profils de patients.

Concernant la chirurgie ambulatoire, dans le cadre du plan d'actions visant à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire qui a démarré en 2011 et concernait la période 2011-2016, l'ARS Bretagne a lancé trois appels à projets en 2011, 2013 et 2015, ainsi qu'un appel à candidature en 2012. Ces appels à projets ont portés sur :

- Un développement quantitatif et qualitatif de la chirurgie ambulatoire

En 2013, cinq établissements se sont engagés à atteindre des 2015 le taux cible fixé dans les CPOM à l'horizon 2016.

- Un développement de pratiques innovantes

Cinq nouveaux gestes chirurgicaux ont été réalisés en chirurgie ambulatoire suite à cet appel à projet de 2011<sup>31</sup>. Quatre nouveaux gestes ont été envisagés par les établissements répondant à l'appel à projets de 2013<sup>32</sup>

- La reconnaissance d'un centre régional de formation aux pratiques ambulatoire pour des pratiques inégalement développées (un établissement retenu en 2011, un deuxième en 2013 qui ont atteint leurs objectifs)
- La prise en charge du public spécifique des 75 ans et plus

---

31 Chirurgie de la coiffe des rotateurs, chirurgie de l'hallux valgus, cholécystectomies sous coelioscopie, utéroskopie thérapeutique et thyroïdectomies.

32 Résection de prostate de gros volume, cure de hernie discale lombaire, ligamentoplastie du genou, appendicectomie pour appendicite aiguë, résection transurétrale de vessie.

- L'accompagnement des établissements de santé dans l'acquisition de matériel favorisant les prises en charges en ambulatoire et incitation au développement de programme de réhabilitation rapide après chirurgie.

L'ARS Bretagne réalise, par ailleurs, de nombreuses actions visant à promouvoir le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoire (journées régionale à destination des professionnels de santé sur la chirurgie ambulatoire, promotion en direction des usagers et du grand public par voie de presse ou radio en collaboration avec les associations d'usagers...)

Elle soutient également les initiatives favorisant le parcours-patient et la coordination ville-hôpital qui est obligatoire pour sécuriser les retours à domicile des patients.

Une expérimentation est en cours en collaboration avec l'URPS : la plateforme PAPRICA<sup>33</sup>, qui est une plateforme d'appui qui permet la mise à disposition des patients et des professionnels de santé d'informations sur les gestes chirurgicaux accomplis en HDJ, de modèles documents utilisables dans le cadre du parcours patient (modèles de prescription de soins infirmiers, d'ordonnance d'antalgique ...), ou encore de questionnaires de satisfaction destinés à évaluer les pratiques professionnelles dans un souci d'amélioration continue de la qualité.

Le PRS offre donc une réelle impulsion au développement de l'HDJ. Qui plus est, l'ARS, dispose de pouvoirs contraignants sur les établissements de santé, au titre de la tutelle qu'elle exerce sur ces derniers.

## **§II – L'expression de l'impérium de l'ARS à l'égard des établissements de santé**

Sur la base du PRS, l'ARS délivre les autorisations d'activités, l'autorisation est donc le prolongement du pouvoir de planification de l'ARS, et lui permet de piloter le développement de l'HDJ **(A)**. Toutefois, s'est imposée l'idée que la conclusion de contrats entre ARS et établissements de santé offrait plus de garanties d'effectivité qu'une prise d'acte réglementaire unilatéral, ceci a conduit à la naissance des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens **(B)**.

---

33 Plateforme d'appui de premier recours pour les interventions en chirurgie ambulatoire

## **A- L'autorisation comme prolongement du pouvoir de planification de l'ARS**

Selon les dispositions de l'article L6122-1 du CSP : « *sont soumis à l'autorisation de l'ARS les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements et matériels lourds. La liste des activités de soins et des équipement matériels lourds soumis à autorisation est fixée par décret en conseil d'Etat* ».

Préalablement à l'octroi de l'autorisation, le PRS et plus particulièrement le SROS doit avoir évalué des besoins régionaux nécessitant la mise en place ou la poursuite de l'activité<sup>34</sup>.

Les autorisations vont donc permettre de cadrer le développement de l'HDJ et de veiller à atteindre les objectifs d'efficience attendus.

Bien que ceci ne soit pas imposé par les dispositions législatives et réglementaires il semble que les ARS, soucieuses d'emprunter le virage ambulatoire, et, à cet effet, de développer l'HDJ, aient tendance à conditionner les autorisations d'activité de soins à l'existence d'offre de prises en charge ambulatoire.

Le schéma régional d'organisation des soins de Rhône-Alpes (SROS) pour 2012-2017 imposait par exemple que chaque unité d'hospitalisation conventionnelle dispose de lits de chirurgie ambulatoire par substitution aux lits de chirurgie complète.<sup>35</sup>

La planification régionale joue un rôle capital dans le développement de l'HDJ, mais il n'est pas le seul outil pouvant être actionné à cet effet. Les CPOM constituent également un formidable levier de transformation de l'offre de soins territoriale et de développement des prises en charge ambulatoires **(B)**.

---

34 Si les besoins régionaux se sont transformés rendant l'offre supérieure à la demande pour une activité donnée, l'ARS pourrait être amenée à ne pas renouveler des autorisations qu'elle aurait au préalable déjà donnée. Par exemple si dans une zone géographique de son ressort, l'ARS constate une baisse importante de la natalité, l'ARS peut juger inopportun de renouveler une autorisation d'activité obstétrique

35 Vigné, Cécile « ARS et virage ambulatoire », *Ambulatoire et hospitalisation*, Actes du colloque de l'AFDS, RDSS, HS 2016, p.125

## **B- Un développement de l'HDJ induit par la contractualisation**

La contractualisation s'exprime par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus entre l'ARS et chacun des établissements de santé titulaire d'une autorisation de soins, situés dans son ressort géographique. Ces contrats sont conclus pour une durée de 5 ans et déterminent les orientations stratégiques de l'établissement de santé, l'évolution de son activité (voir en ce sens article L6114-2 du CSP, tel que modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n°2018-21 du 17 janvier 2018).

Les objectifs inscrits dans le CPOM varient en fonction des dispositions du PRS applicable dans le secteur géographique de l'établissement et de l'ARS concernés. Les objectifs varient également en fonction du diagnostic de l'établissement de santé qui a été effectué préalablement à l'adoption du CPOM<sup>36</sup>.

Sur la forme, les CPOM répondent à une configuration similaire, ils comportent des articles fixant les grandes orientations stratégiques de l'établissement, ainsi que des annexes portant sur différentes thématiques en fonction des objectifs qui auront été assignés à l'établissement. Ces annexes prennent le plus souvent la forme de grille de suivi qui sont complétées par l'ARS lors de chaque revue annuelle du CPOM. Dans la région Bretagne, les CPOM concluent entre l'ARS et les établissements de santé, contiennent systématiquement des annexes relatives au développement des prises en charge ambulatoires, (notamment de la chirurgie ambulatoire).

Le CPOM est un contrat mais il s'apparente davantage comme un outil stratégique permettant à l'ARS d'orienter précisément les activités de l'établissement. En dépit de son caractère synallagmatique il s'avère que l'ARS ait en réalité l'ascendant sur l'établissement de santé, qui est véritablement le seul à s'engager au sein de ce contrat. Il existe une asymétrie entre l'établissement de santé et l'ARS qui parviendra *in fine* à imposer sa décision<sup>37</sup>. A cet

---

36 En fonction des forces et faiblesses soulevées à l'issue du diagnostic, les objectifs peuvent porter sur la réduction de la masse salariale, sur le développement des prises en charges ambulatoire ...

37 Le Conseil d'Etat a par exemple jugé qu'un avenant tarifaire pris dans le cadre du CPOM revêt un caractère réglementaire. Cet acte réglementaire n'est pas pour autant dépourvu d'effet juridique (quand bien même un avenant contractuel doit en principe être négocié dans les mêmes termes que le contrat lui-même) voir en ce sens : CE 21 déc. 2007, Clinique Saint Roch, n° 299608 - Lebon 2007.

effet, Didier Tabuteau qualifie le CPOM d'outil permettant l'expression de l' « imperium » de l'ARS<sup>38</sup>.

L'expression de l'imperium réside, par ailleurs, dans le pouvoir de sanction détenue par l'ARS qu'il lui est loisible d'utiliser lorsque l'établissement n'honore pas les engagements qu'il a pris dans le CPOM.

Ces sanctions peuvent consister en la suspension ou la résiliation du CPOM. L'article R. 6114-11 du code de la santé publique, issu du décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006, précise qu'un contrat d'objectifs et de moyens peut être suspendu ou résilié en cas de manquement grave du titulaire de l'autorisation aux dispositions législatives et réglementaires ou à ses obligations contractuelles. La résiliation du contrat, encourue par l'établissement qui n'a pas mis fin au manquement reproché, a pour effet de permettre à l'Agence Régionale de Santé de fixer seule (par le biais d'un acte unilatéral et non plus à l'issue d'une négociation) aussi bien les objectifs quantifiés d'activité des établissements que les pénalités financières auxquelles ils s'exposent en cas de non-respect de ces objectifs<sup>39</sup>.

Pour sanctionner l'établissement de santé défaillant, l'ARS peut également lui infliger des pénalités financières (par exemple, la réduction des dotations de financement des MIGAC)

Le CPOM est donc en principe un outil coercitif auquel l'établissement est tenu de se conformer. Aussi, lorsque le CPOM définit des cibles à atteindre en terme de développement prise en charge en ambulatoire, par exemple en matière de chirurgie ambulatoire<sup>40</sup>, l'établissement devra se tenir aux stipulations contractuelles et rendre le développement effectif.

Toutefois, en pratique, il est rare que des sanctions soient prononcées à l'encontre des établissements qui ne satisferaient pas aux objectifs du CPOM. Lors des revues annuelles les objectifs sont bien souvent simplement réajustés. Le contrat s'avère donc en réalité peu contraignant<sup>41</sup>, l'efficacité discutable du CPOM impose l'élaboration d'autres outils afin de

---

38 Tabuteau, Didier, Les ARS, cadre et limites d'une nouvelle autorité sanitaire, RDSS 2017 p.1056-1064

39 Voir en ce sens : Conseil d'Etat 18 juillet 2008 n° 300304 - Lebon 2008

40 Dans les CPOM conclus par l'ARS Bretagne pour la période 2012-2017, des cibles avaient été fixées

41 Ce constat est effectué par la Direction Adjointe-Financement et Autonomie de l'ARS Bretagne

contraindre davantage les établissements de santé (tels que les contrats de retour à l'équilibre financier et les CAQES que nous étudierons postérieurement).



Il existe donc une incitation forte à la concrétisation du virage ambulatoire et du développement des HDJ qui lui est associé. Tant à l'échelon national, qu'à l'échelon territorial. Cela se justifie par les spécificités du contexte dans lequel évoluent les établissements de santé.

## **Chapitre II : Un choix gouvernemental effectué dans un contexte spécifique**

Dans un contexte de dégradation des finances publiques et, par voie de conséquence, des finances hospitalières. Veiller à la pertinence des hospitalisations devient une nécessité (**Section I**). En outre, l'argument économique n'est pas le seul alibi justifiant l'émergence de l'hospitalisation de jour, un certain nombre d'évolutions ont rendu l'hospitalisation complète parfois désuète (**Section II**).

### Section I : La nécessité de rationaliser les durées et les recours à l'hospitalisation

Le contexte économique a inévitablement des répercussions sur la situation financière des établissements de santé, soumis à des pressions budgétaires fortes, ils se trouvent dans l'obligation de satisfaire à des exigences de rentabilité, et d'efficience (**§I**), il devient alors urgent de dés-hospitaliser les patients, en évitant les hospitalisations, ou en diminuant leurs durées (**§II**).

#### **§I- Une situation économique répercutée sur les établissements de santé**

Les établissements de santé accusent pour la majorité d'entre eux, un déficit important (**A**) ; afin d'être en mesure de répondre à leurs obligations de prise en charge, ces derniers sont sans cesse contraints de rechercher l'optimum (**B**).

## A- Un déficit important

Les comptes des établissements de santé se dégradent sous l'effet de la crise et des restrictions budgétaires qu'elle impose.

La situation est particulièrement délicate au sein des établissements publics de santé. La DRESS relève en effet qu'en 2015, le déficit global des hôpitaux publics atteignait 400 millions d'euros. Alors que la rentabilité était positive en 2012 (du fait des emprunts massifs), elle redevient négative à compter de 2013<sup>42</sup>. Les dépenses sont estimées pour 2015 à 77,1 milliards d'euros contre 76,5 milliards d'euros de recettes. En 2017 le déficit pour les établissements publics s'élève à 1,5 milliard d'euros<sup>43</sup>.

Les cliniques réalisent un chiffre d'affaire qui en 2015 s'élevait à 14,5 milliards d'euro et représentait une hausse de 3,9% par rapport à 2014. Bien qu'à la lecture de ces chiffres, la situation économique des établissements à but lucratifs parait satisfaisante, elle s'avère en réalité contrastée. En 2015, près d'une clinique sur cinq était en déficit. La rentabilité des cliniques diminue sur les MCO, ce qui laisse penser que les établissements privés (à l'instar des établissements d'intérêt collectif et des établissements publics) sont touchés par la dévaluation des tarifs dans ce domaine d'activité. Cela peut également être en partie dû à la réduction de la durée hebdomadaire de travail (35 heures/semaines) qui impose aux établissements de majorer la rémunération des heures supplémentaires.

Concernant les établissements de santé privés d'intérêt collectifs (ESPIC), le déficit se réduit en 2015 (comparativement au taux de 2012-2013) mais s'élève toutefois à 26,9 millions d'euros. Les ESPIC sont financés en grande majorité par l'assurance maladie (à l'instar des établissements publics) et ne réalisent pas de profit, au contraire des cliniques. Ils sont donc plus lourdement impactés par les restrictions budgétaires induites par les LFSS.

Les solutions d'appoint qui ont pu être élaborées au début du 21<sup>ème</sup> siècle se sont révélées néfastes à long terme et n'ont fait qu'accroître le déficit des établissements. En effet, deux plans nationaux de soutien à l'investissement ont été édictés en 2007 et 2012 : le plan « Hôpital 2007 » et le plan « Hôpital 2012 » dont le but était de favoriser le recours à l'emprunt. Cela a incité les établissements à recourir à des emprunts dits structurés<sup>44</sup>, qui se sont majoritairement révélés être des emprunts

---

42 DRESS, « Les établissements de santé », Panoramas de la DRESS, 2017, p151

43 « L'Hôpital public victime de l'acharnement autoritaire » FO Hebdo, février 2018

44 Un emprunt structuré est un emprunt à taux variable, dont le taux d'intérêt varie en fonction de l'indice financier sur lequel il est indexé

toxiques (c'est-à-dire, désavantageux pour l'établissement de santé qui devra déboursier plus d'argent pour les rembourser, en raison de l'augmentation soudaine des taux d'intérêt). Selon un rapport de la Cour des Comptes, le recours à l'endettement a alors représenté près du tiers des moyens mobilisés par les établissements pour financer leurs investissements sur la période 2003-2012<sup>45</sup>

Dans un contexte majoritairement déficitaire, les établissements de santé sont sommés par les pouvoirs publics de réaliser des économies. Ils doivent veiller à ce que les dépenses engagées soient strictement nécessaires et optimales. L'offre ne doit pas être déficitaire, mais elle ne doit pas non plus être excédentaire, ce qui reviendrait à endetter davantage les établissements. L'optimisation devient donc le principal mot d'ordre **(B)**.

### **B- Des restrictions budgétaires justifiant la recherche de « l'optimum »**

Pour être en mesure de répondre au mieux et au meilleur coût à l'ensemble des demandes des patients, les établissements sont en constante recherche de l'optimum<sup>46</sup>. Cette recherche de l'optimum est encouragée par les ARS et l'assurance maladie, par le biais d'outils contractuels.

En effet, si le CPOM invite, de façon plus ou moins directe, les établissements à l'efficience (la performance au meilleur coût), il s'est montré insuffisamment contraignant en la matière. D'autres outils contractuels ont donc été élaborés, avec cette fois-ci, l'ambition première de maîtriser les dépenses.

#### a) Les engagements contractuels de réduction des dépenses

L'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016<sup>47</sup>, a institué un nouveau type de contrat : le contrat d'amélioration de la qualité des soins (CAQES) qui est applicable à l'ensemble des établissements sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018<sup>48</sup>.

---

45 Cour des Comptes, « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir », *Rapport public annuel- Tome II n°6*, février 2018

46 La notion d'optimum induit la recherche de la pertinence et l'efficience des prises en charges

47 Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JORF n°0296 du 22 décembre 2015, page 23635, texte n° 1 - Article 81

48 Il est issu de la fusion du contrat de bon usage (CBU), du contrat de pertinence des soins (CAPES) et du contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé (CAQOS).

Le CAQES est une convention tripartite conclue entre l'ARS, l'établissement de santé et le représentant régional de l'assurance maladie, pour une durée indéterminée. Son objectif est de renforcer la pertinence des dépenses hospitalières.

Il comporte un volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations de soins, mais également un volet additionnel qui peut concerner les prescriptions de transports, la pertinence ou encore l'amélioration des pratiques en établissement de santé. Le socle obligatoire est conclu sans limitation de durée, le volet additionnel est valable pour une durée maximale de 5 ans.

Les dispositions insérées dans le CAQES (volet socle et additionnel) ont vocation à inciter les établissements à assurer la pertinence et l'efficacité des prises en charges. Cela incite les établissements à veiller à ce que le recours à l'hospitalisation (qui induit des dépenses hospitalières en termes de soins et d'hébergement) soit strictement nécessaire. En effet, pour que l'établissement veille à la pertinence de ses prescriptions et de ses prestations de soins, il est nécessaire qu'il veille au préalable à la pertinence des hospitalisations (cela implique donc une réduction des hospitalisations, ou une diminution de leurs durées).

Le CAQES entend être un outil réellement correctif et incitatif. En cas d'atteinte des objectifs, l'établissement peut percevoir des intéressements, en cas de non atteinte des objectifs, des sanctions peuvent être prononcées. L'opportunité de la sanction est laissée à l'appréciation du directeur général de l'ARS, qui en fixera le montant après une phase contradictoire avec l'établissement.

L'équilibre des comptes des établissements de santé est une préoccupation prégnante. Les ARS peuvent actionner plusieurs dispositifs pour appuyer le retour à l'équilibre (plans de redressement (PRE), contrats de retour à l'équilibre financier (CREF), sollicitation de la mission d'appui-conseil de l'IGAS, ou encore mise sous administration provisoire de l'établissement de santé).

Le CREF apparaît comme un outil privilégié dans l'accompagnement de l'établissement dans son retour à l'équilibre (ce dispositif est régi par les articles 1<sup>er</sup> et 10 de la loi HPST, ainsi que par la circulaire DHOS/F2/CNAMTS n°2009-295 du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé).

L'élaboration du CREF est précédée d'un diagnostic de l'établissement et de l'élaboration d'un PRE qui aura permis d'identifier les axes sur lesquels il est possible de réaliser des économies. Le CREF est ensuite conclu pour une durée maximale de trois ans entre l'ARS et l'établissement de santé. Ce contrat va préciser les modalités de mise en œuvre des actions identifiées dans le PRE<sup>49</sup>. Un suivi est assuré par l'ARS afin de vérifier l'atteinte des objectifs. Le CRE fait l'objet d'un avenant au CPOM.

La recherche de l'optimum découle donc du contexte budgétaire et de la contractualisation, qu'elle soit bipartite ARS-Etablissement (CPOM ou CREF) ou tripartite ARS-Etablissement-CPAM (CAQES). Elle se constate à plusieurs niveaux, et principalement en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, et des capacités hospitalières.

#### b) La recherche d'une gestion optimale des ressources humaines

Les pressions budgétaires imposent, comme nous venons de l'évoquer, que les ressources des établissements soient mieux gérées. Notamment les ressources humaines qui représentent pour la quasi-totalité des établissements, le poste de dépense le plus important (les charges de personnel représentent en moyenne entre 50% et 60% des dépenses totales d'un établissement)<sup>50</sup>.

Les dispositifs veillant au retour à l'équilibre du budget des établissements de santé insistent principalement sur la réduction des dépenses de personnel.

A la volonté de réduire les effectifs de professionnels soignants au sein des établissements, s'ajoute également la volonté d'optimiser le nombre de personnels de nuit. Dans cette perspective, le recours à l'HDJ séduit par le fait qu'il permet de ne pas rémunérer d'équipe de nuit en horaires majorés (les IDE travaillant de nuit bénéficient d'une majoration de salaire, de 22 heures à 6 heures, à raison d'environ 1 euro par heure).

---

49 Le CREF-type est structuré autour de 6 chapitres : Présentation générale du CREF/ Principes généraux du contrat/Engagements de l'ES/Analyse détaillée des actions/Engagements de l'ARS/Annexes

50 Massot, Marie, Mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier au CH ALPHA, Mémoire de l'EHESP, décembre 2014 p.23

### c) La réduction capacitaire

Il a souvent été énoncé dans les discours publics pro-réduction, que le nombre de lits en France était supérieur à la moyenne des pays de l'OCDE. Dès les années 1970 s'imposait l'idée de veiller à ce que l'offre ne soit pas excédentaire (la carte sanitaire veillait à ce que les capacités hospitalières ne soient pas excédentaires<sup>51</sup>). Une enquête de 1997 réalisée par le Moniteur Hospitalier montre qu'entre 1994 et 1997 les restructurations induites par la carte sanitaire ont conduit à la suppression de 10 700 lits sur l'ensemble des établissements<sup>52</sup>.

Les contrats de retour à l'équilibre financier conclus entre l'ARS et les établissements de santé mentionnent également la nécessité de fermer les lits excédentaires.

Dès lors, se pliant aux encadrements sus cités, les établissements ont vu leurs capacités se réduire. Entre 2003 et 2016, le nombre de lits d'hospitalisation complète (tout établissements confondus, sur l'ensemble du territoire français) a diminué de 468 000 à 404 000, soit une baisse de 64 000 lits sur la période mentionnée. Toutes les disciplines sont concernées par la baisse, hormis le SSR dont les capacités augmentent, ce qui est dû à la transformation de certaines unités de soins longue durée en EHPAD. La réduction capacitaire est significative en chirurgie et en obstétrique (le nombre de lits de maternité a été divisé par deux depuis les années 1970<sup>53</sup>).

Toutefois, en médecine la demande reste importante. En atteste le nombre de passages aux urgences qui augmente de 3% chaque année entre 1996 et 2014. Bien que les personnes qui se rendent aux urgences ne soient pas nécessairement hospitalisées, cela explique en partie que le taux de recours à l'hospitalisation complète peine à être revu à la baisse en médecine. Cette hausse du nombre de passage aux urgences s'explique en partie par l'augmentation de l'espérance de vie. Sur l'ensemble des admissions aux urgences, on compte en effet un nombre important de patients âgés<sup>54</sup>. Par ailleurs, la mauvaise répartition des médecins et le caractère déficitaire de l'offre médicale dans certaines zones rurales conduisent elles aussi à

---

51 Après la seconde guerre mondiale, les capacités d'accueil des établissements de santé ont augmenté, la crise financière des années 1970 a imposé de renverser la tendance.

52 Le Moniteur Hospitalier n°109 octobre 1997 p.7

53 L'entrée en vigueur de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse, qui a induit une réduction des naissances, peut en partie expliquer cette baisse

54 En 2015, 16,7% des séjours dans le public ainsi qu'en ESPIC et 11,4 dans le privé lucratif, sont associés à des patients de plus de 80 ans, contre 16% en 2014 (public/ESPIC) et 11% (privé lucratif).

une augmentation des admissions aux urgences, lesquelles peuvent déboucher sur une hospitalisation de quelques jours.

Un véritable défi est donc à relever : répondre aux besoins des patients qui continuent de croître en médecine, du fait notamment du vieillissement de la population et l'accroissement du taux de recours à l'hospitalisation qui lui est associé, tout en suivant la mouvance des réductions capacitaires.

Dès lors, une solution s'impose : veiller à ce que les lits soient occupés par des patients qui en ont réellement besoin. Dans le cas où l'hospitalisation complète ne se justifierait pas, il s'agira alors d'orienter le patient vers un autre mode de prise en charge. Naît alors la nécessité de dé-hospitaliser certains patients. Soit en renonçant à recourir à une hospitalisation complète, soit, à minima, en rationalisant les durées de séjours.

## **§II- L'urgence de la de-hospitalisation**

Le concept de la de-hospitalisation a été théorisé par Jean Rochon, médecin et ancien ministre de la Santé au Québec, ce mouvement consiste à écourter les durées de séjours en milieu hospitalier (A), en donnant davantage de services plus près des milieux de vie <sup>55</sup> (B).

### **A- Un recours à l'hospitalisation devant être strictement nécessaire et proportionné**

Les durées de séjours s'étaient fréquemment révélées être inadaptées, les établissements ayant tendance à garder les patients hospitalisés pour une durée trop longue au regard de la pathologie ou du motif de prise en charge. Le mode de tarification en vigueur avant le système de dotation globale (avant 1984) incitait également à cette logique. En effet, jusqu'en 1984, les établissements étaient rémunérés sur la base du prix de journée. Il leur était donc avantageux de garder les patients plus longtemps. La T2A les incite au contraire à être plus regardant sur les durées de séjours.

Dans un rapport de l'assurance maladie de juin 2014<sup>56</sup>, il est par exemple préconisé de réduire les durées d'hospitalisation pour les séjours de maternité. La durée moyenne d'hospitalisation

---

55 La notion de « dé-hospitalisation » se complète avec la notion de « non-hospitalisation » qui consiste à ne pas hospitaliser certains malades. Ces deux notions sont le leitmotiv du virage ambulatoire.

56 CNAMTS « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2015 », *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2015*, juillet 2014

pour un accouchement par voie basse, bien qu'étant en baisse depuis la fin des années 1990, reste supérieure à la moyenne des autres pays membres de l'OCDE<sup>57</sup>

La nécessité de réduction des dépenses hospitalière conduit à repenser le système de soin, en s'affranchissant de l'hospitalo-centrisme **(B)**.

## **B- Un affranchissement de l'hospitalo-centrisme**

Une vision hospitalo-centrique laisse penser que l'hôpital (avec hébergement) est le plus à même de soigner. Dans cette conception, les *établissements de santé sont envisagés comme des centres de soins par excellence, mais également comme des centres de repos*<sup>58</sup>. Ainsi, il existait une tendance à garder les patients hospitalisés, même à l'issue des soins, en jugeant que l'hôpital est le meilleur lieu de récupération possible. Ceci était particulièrement le cas dans les établissements publics de santé.

En effet, la « des-hospitalisation » avait préalablement été initiée dans les établissements de santé privés, lesquels avait déjà compris les avantages qu'ils pouvaient en tirer (avant le passage à la T2A le financement des établissements privés était déjà en partie lié à l'activité), de plus, les profils de patients qui fréquentent majoritairement les cliniques permettent souvent un retour à domicile rapide : patients plus aisés<sup>59</sup>, mieux entourés, alors que les établissements publics prennent en charge des patients plutôt âgés et parfois aux ressources moindres.

Il a donc fallu s'affranchir des traditions et réinventer la prise en charge en adhérant à l'idée que l'hôpital devait être recentré sur ses fonctions de soin. Plusieurs évolutions ont favorisées l'acceptation de ce renouvellement de l'offre de prise en charge.

---

57 En 2011, on compte en France une moyenne d'environ 4,2 jours d'hospitalisation pour un accouchement par voie basse, alors que la une moyenne est de 3 jours pour l'ensemble des pays de l'OCDE, certains pays ayant des durées de séjours de 2 jours ou moins : Pays-Bas, Royaume-Uni...

58 Jean, Diane, « Séjours en maternité écourtés, une tendance européenne », Le Monde, 11 juillet 2014

59 DRESS, « Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées » *Etudes et résultats*, n°376, septembre 2016, 4p

## Section II – Des évolutions au bénéfice de l’hospitalisation de jour

Les patients manifestent de nouvelles attentes à l’égard des établissements de santé nécessitant un réaménagement de l’offre de prise en charge, l’HDJ s’avère à divers points de vue en adéquation avec ces nouvelles attentes (§I). Les évolutions d’ordre scientifique et technique, ont rendu ce développement possible et souhaitable (§II).

### **§I- Un patient aux attentes nouvelles**

La prise en charge, pour être effective, doit nécessairement être adaptée au patient or, on assiste à un accroissement de cas pathologiques faisant échec à l’efficacité de la prise en charge en hospitalisation traditionnelle (A). Par ailleurs, l’émergence de la démocratie sanitaire induit une nouvelle conception du patient et marque un bouleversement dans les rapports qu’il entretient avec l’établissement de santé (B).

#### **A- De nouveaux profils pathologiques faisant échec à une prise en charge en hospitalisation classique**

Les profils pathologiques des patients se sont transformés depuis quelques années<sup>60</sup>. Nous assistons à ce que l’on nomme « transition épidémiologique ». Ce phénomène met en évidence le passage d’une majorité de pathologies aiguës et infectieuses à des pathologies chroniques (diabète, affections cardiovasculaires, arthroses, cancers, sclérose en plaque...). La maladie chronique peut être désignée comme une « maladie qui dure dans le temps sans qu’il n’y ait d’horizon de guérison. Une maladie avec laquelle [on] va vivre »<sup>61</sup>. En bref, il s’agit d’une maladie qui se soigne, mais qui ne se guérit pas et va nécessiter des soins à long terme (qui devront être aménagés afin de s’articuler avec le mode de vie des patients et leurs diverses activités).

La chronicité de la maladie implique donc que des soins soient prodigués sur la durée et de manière récurrente. Le schéma de prise en charge hospitalière traditionnelle avec l’administration de traitement et/ou de pratique de soins en hospitalisation de quelques jours

---

60 Depuis le début du 21<sup>ème</sup> siècle, on constate l’augmentation des comportements à risque, de la sédentarisation et l’augmentation de l’espérance de vie.

61 Grimaldi André, Caillé Yvanie, Pierru Frédéric, Tabuteau Didier, *Les maladies chroniques, vers la 3ème médecine*, Éd.Odile Jacob, Mars 2017

avec nuitée se révèle souvent être inadapté. Les patients peuvent avoir besoin de transfusion mensuelle, sans qu'il ne soit nécessaire d'être hospitalisé en hospitalisation complète en court ou moyen séjours). La hausse du taux de la chronicité se constate par la hausse du nombre de personnes en affection longue durée (ALD) (on comptait 3,3 millions en 1994, pour 9,9 millions en 2014)



On dénombre aujourd'hui 20 millions de malades chroniques. Parmi ces 20 millions de malades, plus de la moitié bénéficient d'une prise en charge au régime général de l'assurance maladie au titre des affections longue durée (ALD).

Cet accroissement du nombre de maladies chroniques peut être imputé à des comportements sociaux (sédentarisation, alimentation, tabac etc...), mais la transition épidémiologie s'explique également par les avancées en matière médicale, en effet, plusieurs pathologies qui étaient autrefois foudroyantes sont désormais à même d'être soignées (sans pour autant pouvoir être guéries). Le VIH est désormais considéré comme une maladie chronique nécessitant des traitements au long cours (et ce, depuis l'apparition de la trithérapie à compter de 1996). L'augmentation des maladies chroniques est également à rapprocher de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la population (les patients âgés sont sujets aux affections chroniques).

On relève également une hausse des poly-pathologies. Selon J. Almirall et M. Fortin, la poly-pathologie peut se définir comme la « *concurrence de plusieurs maladies chroniques (au moins deux) chez le même individu sur la même période* »<sup>62</sup>. Les poly pathologies concernent

62 Almirall J, Fortin M, « The co existence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases », *Journal of Comorbidity*, v.3, n.1, p.-4-9, oct.2013

les patients qui présentent des facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie qui engendrent fréquemment l'apparition de pathologies secondaires).

Lorsque les pathologies chroniques sont multiples (on parle alors de poly pathologies chroniques), les patients entrent alors dans la catégorie dite des « cas complexes ». Or, il apparaît significativement que les patients atteints de maladies chroniques sont souvent ceux qui sont également atteints de poly pathologies (on estime en effet que 40% des consultations de médecine générale concernent des patients poly pathologiques chroniques). La fréquence des cas complexes associant chronicité et poly pathologie augmente avec l'âge, (l'âge favorisant le développement de pathologies et l'apparition de nouvelles) on estime que 25% des poly pathologies chroniques concernent les plus de 60 ans<sup>63</sup>.

Pour les patients atteints de maladie chroniques, de poly-pathologies ou de poly-pathologies chroniques, les consultations médicales doivent relever le défi d'effectuer un bilan biomédical, psychologique mais également socio-environnemental (afin de mesurer les répercussions de la maladie sur le quotidien du malade et pouvoir au mieux améliorer sa qualité de vie). L'enjeu est donc d'assurer à ces patients un suivi spécialisé, coordonné ou pluridisciplinaire. Dans cette perspective une hospitalisation de jour permet d'assurer une coordination entre différents acteurs de soins au sein d'un même hôpital pour un même patient, qui n'aura donc pas à se déplacer à plusieurs reprises (ex : bilan annuel).

Du fait de leurs profils pathologiques, les patients ont des besoins nouveaux. Par ailleurs, l'émergence de la démocratie sanitaire a conduit à une reconsidération du patient **(B)**.

## **B- Une reconsidération du patient**

Les comportements des patients et leurs rapports avec les établissements de santé ont évolués. Notamment sous l'influence de la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner<sup>64</sup>, qui en consacrant les droits du malade (consentement, droit à l'information, autonomie de la volonté...), en a fait un véritable acteur de sa prise en charge. Le paternalisme médical a ainsi progressivement laissé place au partenariat soignant/soignés.

---

63 Bousquet, Marie-Alice, « Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline », Thèse de médecine générale, 2013, cité lors du séminaire du département de médecine général de l'Université de Poitiers d'octobre 2014

64 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, page 4118, texte n° 1

L'émergence de la démocratie sanitaire s'est accompagnée d'une nouvelle conception du patient qui a suivi l'adoption de la loi Kouchner. Le patient est davantage envisagé comme un individu dans une sphère familiale, professionnelle, ayant des loisirs et un certain nombre d'activités que la prise en charge hospitalière ne doit pas trop troubler. La prise en charge doit donc être la plus ponctuelle possible. L'idée est d'adapter la prise en charge au patient et à ses impératifs<sup>65</sup>, et non plus à le considérer comme un sujet de soin « disponible » dont la prise en charge dépend des impératifs et du bon vouloir de l'établissement de santé. L'HDJ permettant un retour à domicile rapide est donc présenté comme un moyen d'améliorer le confort et la qualité de vie des patients, qui retrouveront rapidement leur environnement.

En raison de ce retour rapide à l'environnement familial, l'HDJ s'avère souvent moins traumatisante pour le patient qu'une hospitalisation complète, ce qui est positif notamment pour les patients âgés, ou les jeunes patients admis en pédiatrie. Elle limite ainsi les « syndromes de glissement »<sup>66</sup>, et les pertes de repères.

Le patient souhaite donc être pris en charge dans un temps limité de manière à ce que ces activités, ne se trouvent pas trop contrecarrées par les soins qu'il doit recevoir. Toutefois, pour que ce temps d'hospitalisation soit effectivement limité, il faut que sa prise en charge soit suffisamment sécurisée afin que le patient n'ait pas à être une nouvelle fois admis à l'hôpital. L'HDJ doit donc être le gage d'une prise en charge de qualité. Aujourd'hui, ce gage de qualité est souvent mis en avant pour justifier le développement de l'HDJ. Il apparaît que l'HDJ contribue à la réduction des infections nosocomiales<sup>67</sup> et des risques thromboemboliques dus à l'alitement<sup>68</sup>. Par ailleurs, la prise en charge en hôpital de jour induit une surveillance du patient plus accrue qu'au cours d'une hospitalisation complète. Le patient est au sein de l'établissement pour un temps limité, et il doit en théorie rentrer à son domicile quelques heures après sa prise en charge. L'équipe soignante doit donc lui être

---

65 Les soins programmés en HDJ s'effectuent généralement en concertation avec le patient, dans la mesure du possible l'hospitalisation à lieu à un moment qui l'arrange le plus.

66 Le syndrome de glissement touche les personnes âgées (plus de 65 ans) il désigne un état de décompensation physique et/ou psychique brutal. Ce syndrome peut être réactionnel et survenir à la suite d'un bouleversement dans le quotidien de la personne, par exemple, d'une hospitalisation.

67 En 2009, sur près de 100 000 interventions dont 20% réalisées en ambulatoire, les taux d'infections du site opératoire ont été de 0,22% comparés à 1,34% en chirurgie avec hospitalisation conventionnelle. Académie de médecine, « Rapport sur la pertinence économique de la chirurgie ambulatoire », 2015, p3

68 MAHIEU A., RAFFY-PIHAN N., « La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives », CREDES, Novembre 1997, p3 ;

particulièrement attentive, plusieurs paramètres étant à vérifier pour permettre une sortie du patient (le rythme cardiaque, l'évolution des douleurs, la tension ...).

Les nouveaux besoins et les nouvelles attentes du patient ont donc rendu le renouvellement de l'offre de prise en charge hospitalière tant nécessaire que souhaitable. Par ailleurs, les évolutions techniques ont rendu la prise en charge classique désuète, dans certaines situations.

## **§II- Des moyens plus performants au service du développement de l'hospitalisation de jour**

Le développement de l'hospitalisation de jour a bénéficié d'un certain nombre d'évolutions médicales **(A)**, mais également technologiques **(B)**.

### **A- Les avancées médicales vectrices de nouvelles possibilités de prises en charge**

Les progrès scientifiques ont permis la mise en place de traitements médicamenteux plus efficaces, tels que les traitements antiémétiques (dont le principe actif agit contre les vomissements), ou les antalgiques et analgésiques, médicaments agissant contre la douleur. Les patients sont donc plus à même de regagner leur domicile quelques heures après leur admission en hospitalisation, dès lors que les médicaments leur assurent une canalisation de leurs douleurs post-opératoires ou permettent de mieux maîtriser les conséquences d'une anesthésie ou d'un traitement dont les effets secondaires induisent des troubles nauséux.

De plus, les modalités d'administrations de ces médicaments ont été facilitées. Certains traitements qui étaient au départ prodigués par perfusion/injection peuvent aujourd'hui être pris par voie orale (c'est le cas de certains traitements indiqués dans la sclérose en plaque<sup>69</sup>). Des progrès sont constatés également dans les pratiques chirurgicales. Depuis la fin des années 1980, l'anesthésie a connu une nette évolution, de nouvelles molécules sont utilisées permettant une anesthésie locale ou générale plus efficace, plus rapide, et dont les effets secondaires sont moindres au réveil des patients ou à l'issue d'un délai plus bref.

---

69 <https://www.fondation-charcot.org/fr/bulletins/39/les-traitements-oraux-de-la-scl-rose-en-plaques>

Les avancées technique, et plus particulièrement la robotisation des blocs opératoires, a menée à l'avènement d'une chirurgie moins invasive, qui permet de limiter ce que l'on nomme le « traumatisme opératoire ». Cette chirurgie consiste en l'accomplissement d'incisions plus petites et plus précises car le chirurgien utilise un matériel sophistiqué lui permettant de mieux visualiser la zone à atteindre. Cela préserve davantage les tissus cutanés, sous-cutanés et le cas échéant les muscles, cela limite donc les saignements et facilite la cicatrisation.

Les performances techniques ont également permis de réaliser en hospitalisation de jour des actes chirurgicaux davantage diversifiés. En effet, s'il fallait compter près d'une quinzaine de jours d'hospitalisation pour une prothèse totale de la hanche au début des années 2000<sup>70</sup>, une telle intervention est désormais réalisable en chirurgie ambulatoire sous réserve que le patient ne soit pas un patient à risque.

L'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) qui développe cette opération en chirurgie ambulatoire depuis quelques années, justifie cette évolution par l'emploi de techniques « *mini-invasive guidée[s] par une planification 3D basée sur scanner qui permet d'anticiper la forme, la taille, la position et le mode de fixation optimal des implants en fonction des caractéristiques anatomiques du patient* »<sup>71</sup>.

D'autres actes chirurgicaux sont aujourd'hui aisément réalisés en HDJ. On compte près de 90% des opérations de la cataracte effectuées en ambulatoire<sup>72</sup> principalement au moyen d'une anesthésie par gouttes dans l'œil. L'amygdalectomie qui est fréquemment pratiquée chez les enfants souffrant d'infections répétées des amygdales, de difficultés respiratoires ou d'apnée, se pratique majoritairement en hospitalisation de jour. Les mastectomies totales ou partielles (ablation d'une partie ou de la totalité du sein) sont également de plus en plus réalisées en HDJ.

Récemment à Rennes, la polyclinique Saint-Laurent a réalisé une lobectomie pulmonaire (retrait d'un lobe pulmonaire pour traiter un cancer du poumon au stade précoce) en ambulatoire. Ceci constituait une première pour l'établissement, et seulement une seconde expérience au sein du département d'Ille-et-Vilaine<sup>73</sup>. Cette intervention a été réalisée au moyen d'une chirurgie mini

---

70 Site web du groupe ESEAN

71 Communiqué de presse APHP du 18 décembre 2017 : Pose de prothèse totale de hanche réalisée en chirurgie ambulatoire

72 OCDE *Chirurgie ambulatoire*, Panorama de la santé, 2017

73 Le CH de Saint Briec avait déjà réalisé ce type d'intervention auparavant

invasive (grâce à l'utilisation d'instruments plus performants et plus précis et l'utilisation d'imagerie vidéo), elle a également été permise par une organisation pluridisciplinaire mise en œuvre en amont, pendant et en aval de l'opération (les kinésithérapeutes sont par exemple mobilisés avant/après l'opération. *(cf annexe 2- communiqué de presse de la polyclinique Saint-Laurent du 15 mai 2018)*)

Les avancées sont également matérialisées par la diffusion des nouvelles technologies numériques **(B)**.

### **B- De nouvelles perspectives offertes par la diffusion des nouvelles technologies au sein des établissements de santé**

Les nouvelles technologies participent à l'essor de l'HDJ. Des logiciels plus performants facilitent la programmation des séjours, la communication entre les différents services, l'échange de données relatives au patient qui peut être amené à voir plusieurs professionnels de santé dans une seule et même journée d'hospitalisation.

Elles peuvent également améliorer le fonctionnement logistique de l'établissement, par le biais d'un système d'appel des brancardiers en fonction de leur position géographique au sein de l'établissement, ce qui évite des durées d'attente trop longue pour le transport d'un patient.

Les systèmes informatiques contemporains réduisent les délais de transmission et de traitement des données de patients, notamment, des résultats d'analyses biologiques. Cela est utile en matière d'HDJ car ces résultats conditionnent parfois la sortie (les soignants doivent parfois vérifier le taux d'hémoglobine avant de laisser sortir le patient).

L'adoption des technologies mobiles dans les établissements de santé offre de nouvelles possibilités en matière d'identification des patients qui représentent un gain de fiabilité et de rapidité<sup>74</sup>. Les patients peuvent porter des bracelets au poignet, sur lesquels sont apposées des étiquettes à code barre que les soignants scannent lorsqu'ils sont en présence du patient.

L'intelligence artificielle permet quant à elle de rappeler aux patients leur hospitalisation de jour sans qu'il soit nécessaire de mobiliser une IDE pour cela.

D'autre part, les nouvelles technologies rendent plus aisé un retour à domicile rapide, dans la mesure où certains dispositifs permettent au patient de se prendre en charge lui-même (nous

---

<sup>74</sup> L'identito-vigilance est renforcée par l'utilisation d'outils numériques qui remplacent les procédures d'identification manuelles souvent sujettes à erreurs

pouvons citer l'exemple des objets connectés révolutionnent l'exercice de la médecine, et permettent au patient de prendre son pouls, contrôler son rythme cardiaque, etc...).



Le développement de l'HDJ est fortement encouragé par les pouvoirs publics et par les différents moyens dont ils disposent. Ce développement paraît opportun au regard de la situation économique des établissements sanitaires. Il est également conforté par un certain nombre d'évolutions sociales et techniques qui impactent le système de santé. Néanmoins, bien qu'un développement croissant de l'HDJ soit légitime à divers égards, il convient de veiller à la pertinence de ce mode de prise en charge. Le recours à l'HDJ ne doit pas être systématique, au risque de compromettre l'exigence de qualité et de sécurité des soins.

## **Partie II : Le défi de la garantie de la qualité et de la sécurité des soins en hospitalisation de jour**

Le développement de l'hospitalisation de jour ne peut pas être guidé par les seules préoccupations économiques. Ces dernières ne doivent pas prendre le pas sur l'intérêt thérapeutique. La prise en charge en HDJ comporte des limites, elle ne peut convenir à tous les patients, elle induit également un certain nombre de coûts qui ne doivent pas être négligés (**Chapitre I**). Par ailleurs, l'usage de l'HDJ doit être raisonné et les conséquences d'une telle prise en charge doivent être suffisamment anticipées (**Chapitre II**).

### **Chapitre I : Les limites de l'hospitalisation de jour**

L'hospitalisation de jour est présentée comme une solution miraculeuse, cependant, les arguments avancés pour justifier son développement peuvent être tempérés (**Section I**) ; par ailleurs, la mise en œuvre de l'hospitalisation de jour met un certain nombre d'obligations à la charge des soignants (**Section II**)

## Section I : Une solution miracle en trompe l'œil

L'HDJ apparaît comme une panacée tant sur le plan économique qu'en terme de prise en charge. Or, elle peut parfois se révéler être inadaptée à la situation du patient et, à cet effet, le placer dans une situation d'insécurité (§I). En outre, si l'argument économique paraît être un mobile parfait pour justifier le développement de l'HDJ, il s'avère qu'il recouvre certaines faiblesses (§II).

### **§I- Une atteinte potentielle à la sécurité des patients**

Si les patients se montrent majoritairement enthousiastes à l'idée d'être hospitalisé à la journée et de regagner leur domicile le soir, certains retours de patients dépeignent un tableau plutôt négatif de leur prise en charge en hôpital de jour (A). Sous couvert du respect de l'autonomie du patient, on constate que la prise en charge en HDJ se fait parfois au détriment de leur sécurité (B).

#### **A- Un retour d'expérience de patient mitigé**

##### Une prise en charge n'emportant pas unanimité

Bien qu'une série d'avantages soient retirés par les patients, il s'avère que pour certains d'entre eux, prise en charge en HDJ est synonyme de mauvaise prise en charge.

Valérie SUGG, psychologue spécialisée en oncologie, dans son ouvrage *L'Hôpital sans tabou ni trompette : soignés et soignants en souffrance*<sup>75</sup>, se montre critique vis-à-vis de la prise en charge en ambulatoire. Elle dénonce le fait que les pouvoirs publics soient davantage guidés par l'exigence de rentabilité que par l'intérêt des patients : « *Vive l'hospitalisation en ambulatoire qui rapporte de l'argent semble-t-il mais qui ne se préoccupe plus du suivi du malade, lequel n'existe plus, l'invisibilité lui étant offert à la porte de sortie* ». Les différentes expériences rapportées au sein de son ouvrage sont révélatrices de la possible inadéquation de la prise en charge en HDJ avec l'état du patient, et des insuffisances de suivi lors du retour à domicile.

---

75 SUGG, Valérie, *hôpital sans tabou ni trompette : soignés et soignants en souffrance*, ed. Kawa, 2017, 226p. Au fil de cet ouvrage, l'auteur pointe les nombreux dysfonctionnements du système de soins

Ces remarques sont également formulées par les associations d'usagers, le CISS (nouvellement UNAASS) a mené une enquête en 2016 auprès des représentants associatifs et des représentants d'usagers en régions, afin de connaître le ressenti des patients pris en charge en ambulatoire. Si les patients s'estiment majoritairement satisfaits, l'enquête a démontré les difficultés qu'ils rencontrent parfois à domicile, a fortiori lorsqu'il s'agit de patients âgés, se retrouvant seuls et isolés. L'enquête relève les difficultés que rencontrent certains patients pour joindre un professionnel de santé lors de leur retour à domicile (lorsque leur médecin traitant est injoignable par exemple) ;

Des complications à domicile se produisent parfois, nécessitant une ré-hospitalisation ; l'insuffisance d'informations est également mise en évidence, ici encore, ce sont en grande partie les personnes âgées qui estiment ne pas avoir été correctement informées (manque de vulgarisation du langage médical, dictions beaucoup trop rapide des soignants ...).

#### Le défi de la continuité des soins et de la prise en charge des potentielles complications à domicile

A l'issue de l'hospitalisation à la journée, c'est au secteur libéral de prendre en charge le patient lorsqu'il est nécessaire d'assurer une continuité des soins. Or il est parfois difficile pour les patients de bénéficier d'une prise en charge satisfaisante lors de leur retour à domicile.

L'état du patient peut imposer des soins post-opératoires (changements de pansements, surveillance de la cicatrisation, injection sous-cutanées ...) c'est donc vers l'offre libérale qu'il est invité à se tourner (infirmiers libéraux, centres de soins ...).

Toutefois, force est de constater que l'organisation de ces soins post-opératoires est parfois complexe, et pas toujours suffisamment anticipée par l'établissement de santé ayant procédé à l'hospitalisation de jour.

En raison d'une insuffisance d'offre de soins de proximité, les patients se trouvent parfois contraints d'effectuer ces gestes eux-mêmes. Valérie SUGG prend l'exemple d'un patient rentré à domicile qui doit se charger de changer ses pansements lui-même car l'infirmière libérale exerçant dans son village n'est pas disponible<sup>76</sup>. Il arrive parfois que le patient n'ait pas eu le temps nécessaire pour organiser sa prise en charge à domicile, notamment lorsque sa sortie d'hospitalisation est tardive (en soirée) ou à lieu avant un week-end<sup>77</sup>.

76 SUGG, Valérie, *L'hôpital sans tabou ni trompette : soignés et soignants en souffrance* op. cit.

77 Enquête réalisée par le CISS en 2016, op. cit.

L'URASS Bretagne relève, par ailleurs, que la coordination ville-hôpital reste bien souvent fragile mettant ainsi en difficulté l'organisation de la continuité des soins ; de plus, l'harmonisation de la prise en charge sur le territoire n'est pas effective (l'offre de soin diffère donc d'un territoire à un autre) certains patients sont donc confrontés à une insuffisance, voir à une inexistence d'offre de proximité mettant en péril la continuité des soins. Dans ce contexte, le patient se sent parfois délaissé.

### Une récupération à domicile n'étant pas toujours aisée

Les pouvoirs publics affichent la volonté de recentrer l'hôpital sur son plateau technique et d'en faire un lieu de soins plus qu'un lieu de récupération (estimant que le domicile peut légitimement se substituer à l'hospitalisation en tant que lieu de convalescence). Cependant, la récupération à domicile n'est pas toujours aisée. En effet, il peut être compliqué pour un patient encore sous le contrecoup des soins de regagner sereinement son domicile et de renouer avec son quotidien.

Les patients ont pu souligner le fait que le domicile n'est pas toujours le meilleur lieu de récupération possible. Le retour au cocon familial leur impose parfois de faire face à certaines responsabilités.

Valérie SUGG prend l'exemple d'une femme, mère de famille qui a regagné son domicile après avoir subi une mastectomie partielle<sup>78</sup> en chirurgie ambulatoire. Cette dernière estime n'avoir pas été en mesure de se reposer correctement, son retour à son domicile ayant précipité son retour au rythme quotidien : préparation des repas, surveillance des devoirs de ses enfants, elle affirme qu'il lui aurait été préférable de rester à l'hôpital pour « s'obliger » à se reposer.

De plus, cette femme précise qu'elle aurait eu besoin d'un temps pour s'adapter à sa nouvelle apparence physique, or, à peine sortie de l'hôpital, elle s'est trouvée confrontée aux gestes de la vie quotidienne et a rapidement dû faire face à son nouveau corps (s'habiller, changer ses bandages elle-même par manque de disponibilité de l'infirmière libérale ...).

Les conséquences psychologiques que peut engendrer le retour à domicile trop rapide semblent être ignorées par les pouvoirs publics.

---

78 Ablation d'une partie du sein

## La question du suivi du patient

Le retour à domicile ne signifie pas rupture avec l'établissement de santé. En chirurgie ambulatoire des dispositifs ont été mis en place afin d'assurer un suivi par l'équipe soignante de l'établissement dans les heures qui suivent l'hospitalisation : un « appel du lendemain » est passé par un IDE. Lors de cet appel, le patient est questionné par le soignant qui est alors en capacité de déterminer si l'état du patient nécessite une réadmission en hospitalisation ou une mobilisation de relais médicaux au domicile du patient.

Ici, l'intelligence artificielle peut-être mobilisée. En effet, certains établissements ont mis en place un système non plus d'appel du lendemain mais de « SMS du lendemain » qui fonctionne au moyen d'algorithmes, (ce dispositif est progressivement mis en place au sein de l'AP-HP), le patient est questionné sur son état. Toutefois ce système suscite des questionnements, l'algorithme peut-il envisager toutes les possibilités, peut-il réellement se substituer à un soignant ? Par ailleurs, ce système innovant impose aux patients de disposer d'un mobile téléphonique, ce qui n'est pas le cas de la totalité des patients.

En dépit des dispositifs de suivi mis en place au sein des établissements de santé, l'expérience de l'HDJ est donc parfois décevante pour les patients. Néanmoins persiste l'idée que les patients sont mieux chez eux qu'à l'hôpital. D'autant que cela participe d'une acception plus globale qui entend faire de l'autonomie du patient (décisionnelle et fonctionnelle) un véritable principe **(B)**.

### **B- Un principe d' « autonomie du patient » pris pour prétexte ?**

Dans un contexte de promotion de l'autonomie tant décisionnelle que fonctionnelle du patient, il est fréquemment mis en exergue qu'un retour rapide à domicile favorise l'autonomie du patient (autonomie fonctionnelle). Ce dernier est de retour plus rapidement chez lui et peut donc plus rapidement vaquer à ses activités.

De plus, la rupture avec le paternalisme médical laisse apparaître l'idée que les patients possèdent des capacités et des savoirs, qui justifient qu'ils puissent, dans une certaine mesure, se prendre en charge eux-mêmes<sup>79</sup>. Cette idée participe à une nouvelle conception du patient que l'on estime ne plus devoir mater. On cherche à responsabiliser le patient.

---

<sup>79</sup> Cette idée prévaut principalement en ce qui concerne la prise en charge des malades chroniques, l'éducation thérapeutique vise par exemple à renforcer l'autonomie du patient et à le faire intervenir dans sa propre prise en charge.

Toutefois, l'autonomie très plébiscitée par les pouvoirs publics, paraît dans certains cas se retourner contre les patients qui sont en réalité livrés à eux-mêmes. Ce principe d'autonomie des patients qui se veut justifier le recours à l'HDJ, ne serait-il pas un prétexte masquant des ambitions qui sont davantage d'ordre économique ?

Les savoirs et les capacités possédés par le patient n'en font pas pour autant un professionnel de santé. Il ne peut maîtriser tous les risques (interactions médicamenteuses, risques infectieux ...), quand bien même il aurait reçu une information correcte.

Est-ce légitime de faire reposer une aussi grande partie de sa prise en charge sur ses propres épaules lorsqu'il retourne à son domicile ? Il est demandé aux soignants d'être « bien-traitants » à l'égard de leurs patients. Cette bienveillance induit le respect de l'autonomie du patient et cherche à la favoriser, mais il doit être gardé à l'esprit qu'elle implique également une bienveillance à son égard.

Une réflexion éthique doit donc systématiquement être menée en matière d'HDJ. Il s'agit de concilier autonomie /responsabilisation du patient et bienveillance. S'il est légitime de prendre en considération les motivations économiques, elles ne doivent pas à elles seules guider l'acte de soins.

L'HDJ n'est donc pas une solution miracle, son opportunité est toujours discutable et doit toujours être discutée. Par ailleurs, l'argument économique souvent mis en évidence pour justifier le développement des prises en charge en ambulatoire doit également être relativisé.

## **§II- Un argument économique contrasté**

En dépit des apparences, l'HDJ n'est pas la panacée économique. Si elle détient de nombreuses vertus en la matière, participant à la réduction des dépenses d'hébergement hospitalières, d'autres chefs de dépenses augmentent sous son impulsion. Sa mise en place engendre des coûts supplémentaires, notamment en ce qui concerne l'aménagement et l'équipement de l'établissement **(A)**, mais également en matière de transports **(B)**.

## **A- Des coûts induits par l'organisation interne de l'établissement de santé**

La mise en place d'une structure d'hospitalisation de jour induit des investissements pour les établissements de santé, ceci afin de satisfaire les exigences d'aménagement et d'organisation imposées par les textes.

L'article D. 6124-303 du code de la santé publique dispose dans son troisième alinéa que :

*« [Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit] doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent de moyens dédiés en locaux et en matériel. (...) »*

Les hospitalisations de jour peuvent être effectuées dans des services d'hospitalisation complète, à condition qu'une réorganisation spatiale desdits services permette une proximité entre les lits d'hôpital de jour.

Il est également possible de créer une unité dédiée à l'hospitalisation de jour, (ce qui est préconisé par la HAS et les ARS) ; cela va conduire l'établissement à repenser l'architecture de ses services, afin de mettre en place une unité d'hôpital de jour à proximité des différents plateaux techniques qui seront amenés à être mobilisés lors de la prise en charge des patients, conformément aux dispositions du neuvième alinéa de l'article D. 6124-303 du code de la santé publique *« Les conditions d'accès de ces unités aux divers éléments du plateau technique sont organisées de manière à limiter le plus possible les déplacements des patients »*.

De plus, dans son neuvième et dernier alinéa, l'article précité précise : *« Les unités mentionnées au troisième alinéa garantissent l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné »*. Les établissements de santé lors de la mise en place d'une unité d'hospitalisation de jour sont donc contraints par des exigences d'implantation et d'organisation.

A titre illustratif, pour la mise en place de deux unités de chirurgie ambulatoire multidisciplinaires au sein des hôpitaux Cochin et de la Pitié-Salpêtrière, l'AP-HP a déboursé 14 millions d'euros (l'UCA de l'hôpital Cochin représente un investissement de 5,3 millions

d'euros, l'UCA de la Pitié-Salpêtrière représente, quant à elle, un investissement de 9 millions d'euros<sup>80</sup>).

L'HDJ induit donc des coûts qui n'apparaissent pas au premier regard. En matière d'aménagement de l'établissement, comme nous venons de l'évoquer, mais également en matière de transport **(B)**.

### **B- Des dépenses de transports impactant conjointement les établissements et l'assurance maladie**

L'augmentation des dépenses de transport est inévitablement corrélée à l'augmentation des prises en charge en hospitalisation de jour.

La multiplication des admissions de patients en hôpital de jour a pour effet d'accroître le nombre d'allers-retours entre l'établissement de santé et le domicile du patient. Ces transports sont majoritairement pris en charge par l'assurance maladie. Ils représentent donc un poste de dépenses sur lequel des économies doivent être réalisées, d'autant que ce poste de dépense a connu une forte dynamique (les dépenses de transports ont augmentées de 4,7% par an entre 2006 et 2013, de 3,2% entre 2013 et 2014, et de 3,7% entre 2014 et 2015). En 2015, les dépenses de transport de patients s'élevaient à plus de 4 milliards d'euros. L'hôpital est à l'origine de la majeure partie des prescriptions (elles atteignent 63,1% des prescriptions totales de transports, et ont augmentées de plus de 4,5% en 2015<sup>81</sup>).

La réduction des dépenses de transports sanitaires concerne donc, non seulement l'assurance maladie, mais également les établissements de santé qui devront veiller à leurs prescriptions. La contractualisation les y invite, en effet, le volet additionnel transports permet à l'Assurance maladie (qui contractualise avec l'établissement et l'ARS) de fixer des objectifs de réduction des prescriptions de transports à l'établissement (objectifs qu'il se devra d'atteindre afin de ne pas être sanctionné). Les établissements de santé sont donc de plus en plus regardants sur les

---

80 AP-HP : inauguration de deux nouvelles unités de chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux Cochin et Pitié-Salpêtrière, *Communiqué de Presse*, mai 2018

81 Ces données sont issues des rapports annuels adressés au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie : « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2016 » ; « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017 » ; « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018 »

dépenses de transports, d'autant qu'ils se sont récemment vus attribuer la gestion d'une partie de l'enveloppe transport : en effet, l'article 80 de la LFSS n° 2016-1827 du 23 décembre 2016, JORF n°0299 du 24 décembre 2016, texte n° 1 (LFSS pour 2017) dispose que « *Les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport* ».

On assiste alors à une contradiction de taille qui semble à ce jour ne pas avoir été dépassée, les établissements de santé sont sommés de réduire leurs dépenses de transports, mais, sous l'incitation des pouvoirs publics, ils sont également amenés à développer l'ambulatoire, ce qui conduit pourtant à une augmentation des dépenses en matière de transport.

L'argument économique peut donc être tempéré. L'HDJ n'est pas la panacée. Si elle induit des coûts supplémentaires, elle renforce également les obligations qui pèsent sur les soignants.

## Section II : Des obligations renforcées pour les équipes soignantes dans le cadre de l'hospitalisation de jour

La prise en charge en HDJ doit être pertinente, ceci afin que les risques soient neutralisés. Si les politiques peuvent impulser le développement de l'ambulatoire, la prise en charge d'un patient en HDJ résulte toujours d'une décision médicale se prononçant sur la pertinence d'une telle prise en charge **(I)** Par ailleurs, pour éviter que la prise en charge en HDJ soit attentatoire à la sécurité du patient, les obligations pesant sur l'équipe soignante doivent être renforcées **(II)**.

### **§I- Une décision médicale inéluctable**

La prise en charge du patient en HDJ relève d'une décision médicale prise en amont de l'hospitalisation **(A)**, cette décision médicale est ensuite renouvelée au moment de la sortie du patient. Elle mérite d'être murement réfléchie, le médecin engageant sa responsabilité lors de son édicition **(B)**.

## **A- La nécessaire observation des critères d'éligibilité des patients en amont de l'hospitalisation de jour**

L'orientation d'un patient vers une hospitalisation de jour sera conditionnée à des critères relatifs à son état de santé ainsi qu'à son environnement. Une consultation médicale a lieu en amont de l'hospitalisation. Cette consultation permet au médecin de déterminer si le patient satisfait aux critères médicaux, mais aussi psychosociaux d'une prise en charge en HDJ.

### Les critères médicaux :

Sur le plan médical, l'état de santé du patient doit permettre une prise en charge à la journée sans qu'aucun risque supplémentaire ne soit encouru. Le patient ne doit pas être sujet à un risque infectieux qui nécessiterait une surveillance médicale accrue. Cela relève de la casuistique, c'est, en effet, l'office du médecin de déterminer les risques de complications et la possibilité d'une prise en charge en quelques heures.

En ce qui concerne la chirurgie ambulatoire, il existe des critères médicaux devant être observés pour que le patient soit éligible à ce mode de prise en charge<sup>82</sup> :

Le risque de complication grave (hémorragie, problème cardiovasculaire, obstruction des voies aérienne ...) doit être minime, les douleurs post-opératoires doivent être contrôlables et maîtrisables par le biais d'antalgiques à domicile, le retour à une prise alimentaire solide et liquide par voie orale doit être rapide, et les soins post opératoires doivent être gérables par le patient et par son entourage ainsi que par les équipes paramédicales qui pourront être sollicitées en ville.

Des critères anesthésiques sont également pris en compte, l'anesthésie ne devant pas représenter un risque trop important pour le patient. L'American Society of Anesthesiologists propose une classification graduée des cas cliniques : les patients sont répartis dans cinq groupes correspondant à l'état de santé général et des taux d'accident potentiels :

- ASA 1 : patient en bonne santé n'ayant pas d'affection autre que celle nécessitant l'acte chirurgical, ni de perturbation d'une grande fonction (taux d'accident : 0,5 %),
- ASA 2 : patient ayant une perturbation modérée d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection (taux d'accident : 3 %),

---

82 HAS-ANAP, « Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient », *Rapport d'évaluation technologique*, mai 2014

- ASA 3 : patient ayant une perturbation sévère d'une grande fonction en relation avec l'affection chirurgicale ou une autre affection (taux d'accident : 7,2 %),
- ASA 4 : patient courant un risque vital imminent du fait de l'atteinte d'une grande fonction (taux d'accident : 18,7 %),
- ASA 5 : patient moribond dont l'espérance de vie est inférieure à 24 heures.

Les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) préconisent de limiter l'activité ambulatoire aux patients classés ASA 1 ou 2, des patients ASA 3 pouvant être parfois acceptés sous certaines réserves.

La HAS a montré dans une de ses études<sup>83</sup> que la prise en charge en HDJ de certains patients est discutée lorsqu'il existe un fort potentiel de complications péri-opératoires ou post opératoire. Tel est le cas des femmes allaitantes qui seraient éligibles mais pour lesquelles il faut porter une attention particulière, les personnes diabétiques ou atteintes d'obésité qui sont davantage soumis à un risque d'infection du site opératoire. Tel est le cas également des patients atteints de maladies cardiovasculaires ou respiratoires, d'apnée du sommeil ou prenant des traitements qui peuvent potentiellement entrer en interaction avec ceux prodigués au cours de l'hospitalisation.

Pour que la prise en charge en HDJ ait lieu, le patient doit remplir d'autres critères d'éligibilité, d'ordre psychologique et social.

#### Les critères psychosociaux

Tout d'abord, le temps de trajet est un critère déterminant de l'éligibilité à une prise en charge à la journée. En effet, le patient ne doit pas résider à une distance trop importante de l'établissement de santé.

En dehors de ce critère de résidence, il existe un critère relatif à son environnement social. Les recommandations établies par la HAS et l'ANAP<sup>84</sup>, ou par la SFAR<sup>85</sup> invitent les

---

83 HAS-ANAP, « Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient », *Rapport d'évaluation technologique*, mai 2014, p14

84 Voir par exemple : HAS-ANAP, « Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient », *Rapport d'évaluation technologique*, mai 2014, p27-28

85 Voir par exemple : SFAR, « Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire », *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* n°29, 2010, p.67-72

soignants à s'assurer que le patient pris en charge en HDJ bénéficiera de la présence d'un tiers lors de son retour à domicile. L'entourage est envisagé comme un élément qui peut positivement influencer sur l'efficacité des soins et de la prise en charge du patient<sup>86</sup>. D'une part, les proches composent l'environnement social connu du patient, cela va donc favoriser son bien-être, et par ce biais, faciliter sa récupération. D'autre part, les proches sont vus comme des « aidants naturels », qui peuvent par exemple veiller à l'observance des traitements, ou surveiller l'état général du patient afin d'alerter les soignants en cas de dégradation de l'état de santé du patient. L'ensemble des attentions que les proches portent au patient sont désignés comme étant des « soins profanes » (il ne s'agit pas là d'un soin médical mais davantage d'un « entretien de la vie » qui fait référence à l'idée de « prendre soin »).

L'appréciation des critères d'éligibilité précités est parfois délicate : le temps de rendez-vous avec le médecin en amont de l'hospitalisation est généralement assez limité, par ailleurs, lors de cet entretien le patient ne dit pas toujours tout (sur sa situation familiale, le stress au sein du foyer, ou encore, sur la propreté du logement, qui est nécessaire dans le cas d'un retour à domicile post-opératoire afin d'éviter les infections ...).

L'ensemble des critères médicaux et psychosociaux soulevés par différentes institutions, et notamment la HAS, constituent des recommandations de bonnes pratiques (RBP). Elles sont définies comme « *[des] propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques déterminées* ». <sup>87</sup>

Les RBP sont des synthèses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné. Ces recommandations sont dépourvues de caractère juridiquement contraignant. Toutefois, elles relèvent de ce que l'on nomme le « droit souple » et le juge en tient compte pour identification des comportements fautifs des prestataires de soins<sup>88</sup>.

---

86 Joublin Hugues (coordination et préface), *Proximologie, Regards croisés sur l'entourage des personnes malades, dépendantes ou handicapées*, ed Flammarion, 2005, p. 11

87 Caniard E. « Les recommandations de bonne pratique : un outil de dialogue, de responsabilisation et de diffusion de l'innovation », Rapport remis à B. Kouchner, Avril 2002.

88 Les RBP élaborées par une autorité administrative peuvent exprimer les données acquises de la science au regard desquelles le médecin se doit de dispenser ses soins, voir en ce sens : CE 12 janv. 2005, M. X, req. n° 256001, Lebon 2005 ; CE 27 avr. 2011, Association Fomindep, req. n° 334396, Lebon ; AJDA 2011. 877 ; AJDA 2011. 1326, concl. C. Landais ; D. 2011. 1287 ; D. 2011. 2565, obs. A. Laude ; RDSS 2011. 483, note J. Peigné

Pour être éligible à l'HDJ, il ne suffit pas que les critères médicaux et psychosociaux soient observés, le patient doit également consentir à ce mode de prise en charge.

### Le consentement du patient

La décision de prise en charge du patient en unité de soins ambulatoire, à l'instar de toute autre décision médicale, revêt le caractère d'une codécision prise en concertation entre le patient et le professionnel de santé.

L'article 1111-4 du CSP pose le principe selon lequel le patient prend avec le professionnel de santé les décisions concernant sa santé, il précise « *qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ».

Le consentement est donc un élément conditionnant la prise en charge en HDJ. Le patient peut donc légitimement s'y opposer. Toutefois en pratique, la majorité des patients estime que leur consentement n'a pas véritablement été recherché<sup>89</sup>.

Les critères d'éligibilité ne sont pas seulement appréciés en amont de l'hospitalisation, mais aussi au moment de la sortie (**B**), la décision de sortie étant une décision médicale, le médecin détient un pouvoir discrétionnaire, et peut, finalement décider de garder le patient durant la nuit.

### **B- La nécessaire appréciation des critères d'éligibilité au cours de l'hospitalisation de jour**

Lorsque le patient a été sélectionné pour une hospitalisation de jour, ce choix n'est pas irrévocable. Une nouvelle évaluation de la situation du patient est faite par le médecin au moment de la sortie.

Le médecin est le seul à même d'effectuer le diagnostic médical, il s'agit d'une compétence exclusive, le médecin détient un pouvoir discrétionnaire en la matière.

---

89 A l'occasion de l'étude précitée réalisée par le CISS en 2016, 20 personnes (sur un échantillon de 31 personnes interrogées) estimaient ne pas avoir eu leur « mot à dire » sur « le type et/ou la durée de l'hospitalisation ».

Il est donc à même de convertir l'hospitalisation de jour en hospitalisation complète, lorsque le patient ne satisfait plus aux conditions d'un retour à domicile (aggravation de l'état du patient, nécessité de surveillance renforcée ...)

Cette seconde décision médicale est d'une importance capitale, car si le médecin fait une mauvaise appréciation de la situation du patient, il est susceptible d'engager sa responsabilité<sup>90</sup>.

Le médecin peut se voir reprocher une erreur de diagnostic en cas de mauvaise évaluation de la situation du patient (médicale, psychosociale ou environnementale).

Il serait alors nécessaire de prouver la faute du médecin : une négligence dans l'observation des critères d'éligibilité, par exemple.

L'insuffisance de l'information peut également engager la responsabilité du médecin, et de l'établissement de santé.

## **§II- Une impérieuse obligation d'information à la charge de l'équipe soignante**

Dégagé par la jurisprudence, le droit à l'information a ensuite été consacré dans le code de la santé publique par la loi Kouchner du 4 mars 2002. L'information claire, précise, et appropriée est à la fois la condition du consentement éclairé du patient, et une condition de la validité de l'acte de soin.

En vertu des dispositions de l'article L1111-2 du CSP l'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.

Dans le cadre d'une hospitalisation de jour, l'information doit porter sur les actes mais également les préconisations à prendre avant et après l'hospitalisation, les modalités de mise

---

90 A ce jour, on ne compte pas de jurisprudence spécifique à une erreur de diagnostic concernant la faisabilité d'une prise en charge ambulatoire, nous pouvons légitimement penser que les règles de la responsabilité classique s'appliqueraient en la matière.

en œuvre des traitements, les modalités de fonctionnement de la permanence des soins, les attentions particulières que le patient doit porter à l'évolution de son état et les signes qui doivent le conduire à consulter un professionnel de santé<sup>91</sup>.

Dans un arrêt du Tribunal administratif de Rouen du 16 octobre 2014 (*Tribunal administratif de Rouen, 16 octobre 2014, N°1000701*<sup>92</sup>), le juge relève que « *L'absence d'information suffisante du patient, après que l'intervention [ait] été effectuée, sur les signes devant alerter [le patient] sur de possibles complications, constitue également un manquement, en particulier dans le cas d'une opération en ambulatoire où la courte durée [du] séjour, sans suivi au sein même de l'établissement de santé, doit s'accompagner d'explications plus précises sur la marche à suivre en cas d'apparition de symptômes au retour dans le foyer le jour même de l'intervention* » ;

Le juge poursuit en rappelant qu'il incombe alors à l'établissement de santé de rapporter la preuve que le patient a bien été informé sur les signes devant le conduire à re-solliciter un soignant après l'opération, et qu'en l'absence d'une telle preuve, un manquement à l'obligation d'information est caractérisé. Ce manquement constitue une faute dans le suivi post-opératoire au sens du premier alinéa de l'article L. 1142-1 du code de la santé publique<sup>93</sup>, est de nature à engager la responsabilité de l'hôpital.

L'information doit également présenter les autres possibilités de prise en charge afin de permettre la liberté de choix du patient<sup>94</sup>. En effet, si le médecin peut conseiller le patient sur les bienfaits d'une alternative comparativement à une autre, il ne peut jamais l'imposer au patient, dont le consentement conditionne la mise en œuvre de l'acte de soin. Le patient doit alors disposer de tous les éléments d'informations nécessaires pour être à même d'accepter ou

---

91 Le champ de l'obligation d'information en matière de prise en charge en HDJ est défini dans les recommandations de bonnes pratiques qui sont notamment élaborées par la HAS, voir par exemple : ANAP-HAS, « La chirurgie ambulatoire en 12 questions », avril 2012, p3

92 Commenté par Marianne HUDRY, <http://prevention.sham.fr/>, Droit et pratique, Actualités jurisprudentielles, octobre 2015

93 Article L. 1142-1 al 1<sup>er</sup> « *Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute* »

94 Dans ce cas de figure, il s'agit d'évoquer l'hospitalisation classique avec ses bénéfices/risques, avantages/désavantages

de refuser l'hospitalisation de jour, au profit d'une autre hypothèse de prise en charge que le médecin lui aurait exposé.

L'obligation d'information a une revêt un aspect particulier en matière d'hospitalisation de jour. L'information doit être délivrée au patient, en vertu de l'article L1111-2 du CSP, mais elle doit également être transmise à son entourage lorsqu'il existe, les proches assurant le relai de la surveillance à domicile (suite à une intervention chirurgicale en ambulatoire, il est préconisé que le patient soit raccompagné à domicile par un proche, qui devra également se charger d'assurer une surveillance sur le patient pendant une durée de 48 heures<sup>95</sup>). Aussi, il est nécessaire que les proches du patient soit correctement informés sur les risques de complications et les préconisations à adopter afin qu'ils puissent assurer au mieux cette surveillance.

Enfin, il incombe aux équipes soignantes de prendre les dispositions nécessaires pour informer le médecin généraliste qui suit le patient. Cela est généralement réalisé au moyen d'une lettre de liaison remise au patient lors de sa sortie. Cette lettre de liaison doit être suffisamment exhaustive quant à l'acte pratiqué ainsi que sur les suites à mettre en œuvre en libéral<sup>96</sup>.



Les limites précédemment exposées visent à convaincre qu'il est nécessaire d'adopter des précautions d'hospitalisation de jour. Il convient d'encourager un usage raisonné de ce mode de prise en charge.

---

95 Mahieu Arrantxa, Raffy-Pihan Nadine, « La chirurgie ambulatoire en France, bilan et perspectives », CREDES, Novembre 1997, p.39

96 Le dossier médical partagé (DMP) régit par le CSP art. R1111-26 à R1111-3, peut également être un levier pour permettre cette transmission d'information entre le médecin hospitalier et le médecin généraliste. Le DMP est un dossier dématérialisé qui permet de partager les données de santé entre plusieurs professionnels de santé qui interviennent dans la prise en charge d'un même patient. Il facilite donc le suivi médical.

## **Chapitre II: Encourager un usage raisonné de l'HDJ**

Afin d'encourager un usage raisonné de l'HDJ, une refonte du système de tarification pourrait être réalisée : sortir du « tout T2A » ou, a minima, mettre en place un nouveau type de financement en parallèle qui inciterait les établissements à recourir à ce mode de prise en charge uniquement lorsqu'il paraît adapté (**Section I**). D'autre part, l'usage raisonné de l'hospitalisation de jour impose la prise en compte des suites de l'hospitalisation et une amélioration de la coordination des soins à l'issue de celle-ci (**Section II**).

### Section I : La perspective d'un nouveau mode de financement ?

Les modèles de financement de l'ambulatorie en vigueur à l'étranger sont une nouvelle source d'inspiration pour le système de soins français (**§I**) ; des réflexions sur des financements innovants favorisant l'approche parcours sont dès à présent entamées. (**§II**)

#### **§I- S'inspirer des modes de tarification en vigueur à l'étranger ?**

Dans les systèmes de santé américains et britanniques, de nouveaux systèmes de financement ont été initiés et entendent remplacer ou compléter le financement basé sur l'activité. Ceci dans le but d'inciter à l'amélioration de la qualité des soins produits. Dans le domaine de la chirurgie, deux systèmes de tarification ont ainsi été développés : la tarification à la meilleure pratique « *Best Practice Tariff* » (Grande-Bretagne) qui vise à favoriser le choix de « la bonne solution » (**A**), et le système de tarification à l'épisode de soins (Etats-Unis) qui incite à une approche parcours (**B**).

#### **A- La tarification à la meilleure pratique**

Le système de paiement à la meilleure pratique est appliqué en Grande Bretagne depuis 2010. Ce système induit un changement dans les pratiques tarifaires. Les tarifs reposaient jusqu'à lors sur l'évaluation des coûts moyens de chaque acte.

La tarification à la meilleure pratique consiste en l'évaluation des coûts d'une pratique d'excellence, (la pratique d'excellence étant la pratique ayant le meilleur rapport coût-qualité). Cette pratique se verra attribuer un tarif qui sera supérieur aux tarifs des autres pratiques qui ne sont pas considérées comme optimales.

Pour ce faire, il est nécessaire de procéder à une comparaison de plusieurs pratiques envisageables pour un même acte, la pratique la plus intéressante aura un tarif plus élevé que les autres. Cela rompt avec le système antérieur qui était similaire à celui en vigueur en France qui visait à aligner les tarifs de chirurgie ambulatoire et de chirurgie en hospitalisation complète, cela avait pour effet d'inciter les établissements à recourir à l'ambulatoire car si les tarifs étaient similaires, des coûts hôteliers étaient évités. Cependant cela ne favorisait pas le choix de la « bonne solution » ou de la solution la plus sécurisée pour le patient.

Le principe de tarification à la meilleure pratique va inciter les établissements à recourir à l'ambulatoire, uniquement lorsque cette pratique aura été considéré comme la plus intéressante au regard de l'efficacité mais aussi de la qualité, ce qui est un gage de sécurité pour les patients.

Initialement ce système de tarification britannique concernait la chirurgie de la cataracte et pour la cholécystectomie, puis à partir de 2011, il a été étendu à d'autres types d'intervention.

Dans la majorité des cas, la chirurgie ambulatoire est considérée comme la meilleure pratique (comparativement à la chirurgie en hospitalisation classique), les tarifs d'ambulatoire sont donc plus élevés. A titre d'exemple pour une mastectomie simple le tarif en chirurgie ambulatoire est de 2 385 euros, celui de chirurgie en hospitalisation complète est de 2 085 euros. Pour la réparation d'une hernie ombilicale le tarif en ambulatoire est de 1118 euros, celui appliqué en hospitalisation complète s'élève à 818 euros<sup>97</sup>.

Aux Etats-Unis, un système de financement à l'épisode de soins est expérimenté **(B)**.

## **B- Le financement à l'épisode de soins**

La tarification à l'épisode de soins est un système de tarification expérimenté aux Etats-Unis. Il consiste en un paiement unique et global pour l'ensemble des soins dont le patient a besoin au cours d'un épisode morbide, plutôt que de rémunérer les offreurs pour chaque acte réalisé isolément.

---

97 Hirtzlin Isabelle, « Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : État des lieux et Perspectives ». *[Rapport de recherche] Haute autorité de santé, 2013 p.77*

Ce système de tarification invite les prestataires de soins à concevoir une approche parcours. Appliqué à l'ambulatoire (chirurgie ambulatoire ou hospitalisation de jour de médecine), la tarification à l'épisode de soins aurait pour effet d'inciter les établissements à prendre en compte les suites de la prise en charge hospitalière, en se rapprochant des acteurs de ville.

Par ailleurs, la tarification à l'épisode de soins a pour avantage d'éviter une surconsommation de soins. La rémunération étant globale, la pertinence de chaque acte sera évaluée, au contraire de la T2A qui est susceptible d'engendrer une augmentation du volume de soins, puisque les acteurs sont rémunérés de manière distincte en fonction des actes pratiqués, et peuvent être tentés de multiplier ces actes afin d'accroître leur rémunération.

Ces systèmes tarifaires émergents à l'étranger offrent de nouvelles perspectives au système français. On propose de revoir le mode de financement afin de récompenser l'organisation du « parcours patient ». A ce jour, ces réflexions concernent surtout la tarification de la chirurgie ambulatoire, mais pourraient être étendues à toutes les prises en charge en hôpital de jour.

## **§II - L'hypothèse d'un financement au parcours ?**

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018<sup>98</sup> prévoit la mise en œuvre d'expérimentations innovantes en termes d'organisation et de financement, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Il autorise notamment des dérogations aux règles de financement de droit commun applicables aux établissements de santé dans la perspective d'un renforcement de la logique de parcours.

Les pouvoirs publics français émettent alors l'idée de réformer le système de financement, au titre de cette expérimentation. Le système de financement « au parcours » (l'équivalent des expérimentations qui ont lieu aux Etats-Unis) est régulièrement évoqué.

Le financement au parcours ou à l'épisode de soins, répond spécifiquement à la prise en charge des pathologies chroniques, puisqu'il associe les acteurs de ville et les établissements de santé.

En dehors de la prise en charge des malades chroniques, le financement à l'épisode de soins serait applicable pour les actes chirurgicaux lourds ou les soins médicaux aigus, nécessitant

<sup>98</sup> Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

une prise en charge en amont et en aval, impliquant des médecins de ville et des professionnels des établissements de santé<sup>99</sup>. Dans le même ordre d'idée, il pourrait être envisagé d'étendre ce mode de tarification à l'HDJ qui nécessite fréquemment une coordination ville/établissements et des soins en amont et en aval.

En cas de ré-hospitalisation du patient, l'établissement ne percevra pas de rémunération supplémentaire (il perdra donc de l'argent). Ce système encourage donc l'établissement à être efficace dans sa prise en charge afin que le patient n'ait pas à être réadmis postérieurement. Par ailleurs, lorsque le risque de complications à domicile s'avèrerait trop important, l'établissement serait amené à renoncer à l'HDJ au profit d'une HC. Ce mode de tarification est donc un gage de sécurité car l'établissement ne tirerait aucun avantage à prendre en charge en HDJ un patient qui aurait de fortes chances d'être ré-hospitalisé par la suite.

Ce système invite également l'établissement à veiller à ce que les soins dispensés soient utiles. En effet, à l'inverse de la T2A, multiplier les actes sur un même patient n'engendrerait pas de rémunération supplémentaire pour l'établissement, puisque ces actes seraient toujours compris dans le même épisode de soins.

La tarification est donc susceptible de favoriser l'usage raisonné de l'HDJ. D'autre part, il est souhaitable de perfectionner cette prise en charge, afin de minimiser les risques pour les patients.

## Section II : Perfectionner l'hospitalisation de jour et combler ses lacunes

L'offre de soins de premier recours et le dialogue entre les acteurs hospitaliers et les acteurs de ville conditionnent la sécurisation de la prise en charge en HDJ **(I)**, les hôtels hospitaliers constituent un levier intéressant en termes de sécurisation de la sortie du patient qu'il convient de préciser **(II)**.

### **§I- Un dialogue avec les acteurs de santé en ville et une réforme du 1<sup>er</sup> recours**

Le développement des prises en charge à la journée ne peut être pensé sans coopération entre établissements de santé et acteurs de soins de ville **(A)**. De même, une action publique

---

<sup>99</sup> Veran, Olivier, « L'évolution des modes de financement des établissements de santé - une nouvelle échelle de valeur », *Rapport du ministère des affaires sociales et de la santé*, avril 2017, 133p

en matière d'offre de soins de premier recours conditionne l'effectivité des prises en charge ambulatoires **(B)**. Ce sont des conditions *sine qua non* d'une prise en charge en HDJ de qualité et d'un retour à domicile sécurisé.

### **A- Un dialogue ville-établissement opportun**

L'HDJ représente un levier utile pour la mise en œuvre de la coopération entre les acteurs de santé. La coopération doit s'exprimer entre établissements, afin de rendre les prises en charge plus attractives, mais également entre ville et établissement pour assurer une coordination des soins pour un patient de retour à domicile.

Il est régulièrement énoncé dans la littérature par les patients et par les professionnels de santé que le système de santé souffre d'un manque de communication entre les acteurs de ville et ceux évoluant au sein des établissements de santé, le cloisonnement de ces deux secteurs étant encore trop important, quand bien même il est devenu désuet. Il est donc vital de décroisonner le monde hospitalier du monde libéral et de créer un véritable réseau ville/hôpital.

En matière d'HDJ, la prise en charge de certains patients va se limiter à une prise en charge à la journée, sans qu'il n'y ait besoin de soins supplémentaires, mais dans la majorité des cas, la continuité des soins à domicile est requise (notamment suite à une intervention chirurgicale). Le dialogue ville-hôpital est alors de bon augure. Les ARS incitent fortement à ce dialogue<sup>100</sup>, de même que l'assurance maladie.

Pour que l'exigence de continuité des soins soit satisfaite, il est nécessaire que les acteurs libéraux soient suffisamment informés des actes pratiqués en HDJ et de leurs modalités de réalisation. A cet effet, des dispositifs ont par exemple été institués par l'ARS Bretagne, le projet PAPRICA précité est une plateforme qui met notamment à disposition des fiches d'information et des vidéos afin que les patients mais aussi les acteurs de ville (principalement les médecins généralistes) puissent se préparer à l'intervention et à ses conséquences.

De son côté, l'assurance maladie s'est également penché sur l'organisation du retour à domicile des patients à l'issue d'une hospitalisation (qu'elle soit complète ou de jour).

---

100 Cet objectif est inscrit dans les PRS (tel est le cas pour la région Bretagne)

Elle a premièrement expérimenté un dispositif d'IDE de coordination (dispositif introduit par le deuxième plan cancer 2014-2019 et piloté par l'Institut national du cancer). Cette expérimentation a été réalisée sur 35 sites et auprès de plus de 9 200 malades (selon les données de l'INCa). Les missions des infirmier(e)s de coordination consistaient en l'évaluation des besoins des malades et leur suivi, et visaient à faciliter la coordination du parcours personnalisé et l'articulation de la prise en charge hôpital/domicile. En raison d'un manque de soutien financier, ce dispositif n'a pas été poursuivi à l'issue de l'expérimentation.

En 2010, l'assurance maladie a initié un nouveau dispositif, il s'agit du programme PRADO qui concourt à l'objectif de réduction des hospitalisations complètes ou a minima de réduction des durées de séjours.

Depuis 2012, ce dispositif est déployé tant pour la chirurgie traditionnelle que pour la chirurgie ambulatoire (d'autres domaines sont également concernés : la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, la maternité et la bronchopneumopathie chronique obstructive). Le PRADO s'adresse aux patients pour lesquels l'équipe médicale hospitalière estime qu'un accompagnement au retour à domicile est pertinent. Un conseiller de l'assurance maladie est mobilisé pour déterminer les besoins du patient. Il sera amené à planifier la prise en charge de ville et au besoin, mettre en place une aide de vie au domicile du patient.

Ce dispositif peut être mobilisé à l'issue d'une chirurgie ambulatoire, et s'inscrit alors dans une démarche plus large de récupération améliorée après chirurgie (RAAC)<sup>101</sup>. La RAAC est mise en place au sein des établissements de santé, souvent à l'appel des ARS (l'ARS Bretagne encourage par exemple ce dispositif). Ce dispositif est à proprement parler une méthode qui consiste en une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement rapide de ses capacités après la chirurgie, elle se déploie sur trois phases : avant, pendant et après l'intervention. La méthode comprend l'information du patient, la planification des besoins, la lutte contre les facteurs qui retardent la récupération (douleurs, nausées, chirurgie invasive...), enfin elle impose l'anticipation de l'organisation des soins post-opératoires. Pour mener à bien cette méthode, l'établissement mobilise une équipe pluridisciplinaire (kinésithérapeutes, gériatres/pédiatres ...) et élabore des protocoles de prise en charge spécifique. Cette méthode est propre à la chirurgie, cependant, ce concept pourrait être étendu à l'HDJ de médecine.

---

101 Cela concerne aussi bien la chirurgie ambulatoire que la chirurgie d'hospitalisation complète

Sécuriser le retour à domicile, impose la mise en œuvre d'une nouvelle approche pluridisciplinaire et davantage coordonnée entre ville et hôpital. Il est donc nécessaire que les établissements et les acteurs de ville mènent une réflexion conjointe afin d'organiser au mieux la coordination des soins. Mais pour que cela fonctionne, l'offre libérale doit exister et être suffisante **(B)**.

### **B- Une réforme du premier recours souhaitable**

La coordination des soins découle de l'exigence de continuité des soins, qui impose d'assurer le suivi dans la durée des problèmes de santé d'un patient sans rompre la chaîne des soins et en s'assurant du transfert interdisciplinaire des données le concernant.

Cette continuité des soins est liée au principe de continuité qui s'impose au service public de la santé<sup>102</sup>.

Mais la coordination et la continuité des soins sont conditionnées à une organisation satisfaisante des soins de villes. L'offre de soins de villes doit être disponible de façon permanente sur l'ensemble du territoire, afin qu'aucun patient ne souffre d'une rupture de parcours, ou d'une insuffisance de prise en charge, lors de son retour à domicile.

Aussi, il convient de remédier à la désertification médicale qui touche de plus en plus de zones notamment rurales sur le territoire français (en 2016, 5% des français résidaient dans une zone de désertification médicale, et 30% des français vivaient à plus de 30 minutes d'un soignant)<sup>103</sup>. Une révolution de la médecine de proximité devient alors nécessaire.

Les problèmes de démographie médicale et de répartition géographique des professionnels de santé sont pris en compte par les pouvoirs publics. Ces derniers encouragent l'implantation de structures pluri-professionnelles de proximité : telles que des maisons de santé (art. L6323-3 du CSP) ou des centres de santé (art. L6323-1 du CSP). Ces dispositifs entendent répondre aux attentes des professionnels de santé ne souhaitant plus être isolés, et rendent l'exercice professionnel plus attractif.

---

102 Comme tout service public, le service public de la santé doit satisfaire au principe de mutabilité (ou d'adaptabilité), au principe de continuité ainsi qu'au principe d'égalité, ces principes constituent les « lois de Rolland » du nom de leur auteur

103 Oihana Gabriel, « Comment lutter contre les déserts médicaux? Avec «Merci Docteur » », *20 Minutes*, février 2017

La Télémédecine offre également une nouvelle possibilité de remédier à la désertification médicale. La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle permet au patient, notamment aux patients isolés, de dialoguer avec des professionnels de santé, et de recevoir un diagnostic au moyen d'une téléconsultation<sup>104</sup>. Cet outil pourrait être utilisé dans le cadre des retours à domicile, afin de rassurer les patients et de sécuriser leur sortie d'hospitalisation.

Les possibilités de développement de l'hôpital de jour sont donc tributaires de l'environnement qui existe en amont et en aval de l'hospitalisation, en termes d'offre de soins, mais également d'hébergement.

## **§II - Conciliation entre HDJ et sécurité du patient : les hôtels hospitaliers, une solution à préciser**

Les hôtels hospitaliers permettent le compromis entre prise en charge hospitalière à la journée et sécurisation du retour à domicile **(A)**. Ces hôtels répondent à un fonctionnement spécifique **(B)** et entendent permettre un hébergement de qualité **(C)**

### **A- Un dispositif de compromis**

Pour accroître et faciliter le recours à l'ambulatoire, notamment en chirurgie et médecine, le législateur expérimente un nouveau dispositif, les hôtels hospitaliers<sup>105</sup>.

Cette expérimentation nationale est instituée par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale n°2014-1554 du 22 décembre 2014<sup>106</sup> qui prévoit les conditions d'organisation de cette expérimentation.

---

104 Les téléconsultations devraient à terme être remboursées par la sécurité sociale et au besoin les complémentaires conformément aux volontés du ministère de la santé et des dispositions de la LFSS pour 2018

105 Des dispositifs de ce type existaient déjà mais sans cadre réglementaire *ad hoc*.

106 JORF n°0298 du 24 décembre 2013, page 21034, texte n° 3

Elle vise à permettre un élargissement de ce mode de prise en charge en hospitalisation de jour aux patients qui y sont éligibles mais qui n'en bénéficient pas en raison de l'éloignement de leur domicile à l'établissement de santé.

Les hôtels hospitaliers concourent par ce biais à recentrer l'hôpital sur les fonctions de soins sans pour autant sacrifier la sécurité des patients lesquels se trouvent dans une situation intermédiaire entre hébergement en établissements et retour à domicile.

Ce dispositif est actionné lorsque le patient ne nécessite pas une surveillance médicale de nuit, mais qu'il lui est plus confortable et plus rassurant de rester à proximité de l'hôpital ou dans son enceinte même dans le cas où surviendraient des complications. Ce dispositif peut également être actionné pour des patients résident seuls ou dans un logement insalubre<sup>107</sup>.

Ces expérimentations sont financées par le fonds régional d'intervention (FIR) à hauteur de 1,1 million d'euros par an.

Selon l'étude d'impact du décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 qui encadre cette expérimentation, le gouvernement attend 7,5 millions d'euros d'économies par an grâce aux hôtels hospitaliers. Le gouvernement considère que les prestations d'hébergement réalisées dans le cadre de l'expérimentation pourront permettre des économies pour les établissements sur les dépenses de transports et les nuitées hospitalières.

41 établissements ont été retenus pour cette expérimentation (*cf. annexe n°3*) suite à l'appel projet national lancé par l'Etat en février 2017 et relayé par les ARS au niveau régional. Les ARS ont pour rôle de suivre l'évolution projet et en faire une évaluation tous les deux ans.

## **B- L'hôtel hospitalier en fonctionnement**

Fin 2017, trois établissements bretons ont mis en place ce dispositif (le Centre universitaire de Rennes, le Centre de Lutte Contre le Cancers Eugène Marquis, et le CMRRF de Kerpape) d'autres établissements sont engagés dans des démarches similaires en dehors de l'expérimentation (le Centre Hospitalier de Paimpol par exemple).

L'hôtel hospitalier peut être aménagé dans l'enceinte de l'hôpital, ou dans un bâtiment géographique indépendant, la prestation peut être effectuée par l'établissement lui-même (son

---

107 Panel Maurice-Pierre, Varnier Frédéric, *Les fondements du virage ambulatoire*, Les Presses de l'EHESP, 2017 p.52

personnel, le plus souvent c'est le cas lorsque l'hôtel est dans l'enceinte de l'établissement ou délégué à un tiers par voie de convention, le tiers délégataire peut être un autre établissement de santé, une autre personne morale de droit public ou de droit privé.

Le Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) Eugène Marquis de Rennes a par exemple fait le choix de conclure une convention avec Apart'hôtel, pour réaliser la prestation d'hébergement non médicalisé.

Le tiers délégataire peut également être une maison d'accueil hospitalière (ce dispositif existe depuis plusieurs années et s'était développé sans cadre réglementaire précis, il a récemment été consacré dans le CSP par la loi de modernisation de notre système de santé<sup>108</sup>

Le cahier des charges des maisons d'accueil hospitalière publié en annexe de l'arrêté de mars 2017 au journal officiel indique qu'une maison d'accueil hospitalière « *propose un hébergement à proximité ou dans l'enceinte d'un établissement de santé pour des accompagnants de personnes hospitalisées* » elle peut également héberger des « aidant de personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie accompagnées par un établissement ou service social ou médico-social ». En vertu de son cahier des charges, la maison d'accueil hospitalière peut également assurer une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée en amont ou en aval d'une prise en charge, par délégation d'un établissement de santé expérimentateur.

A Dijon, il existait préalablement à l'expérimentation nationale, une maison d'accueil hospitalière : « maison des parents 21 ». Cette MAH inaugurée en 2000 accueillait au départ des proches de patients hospitalisés et qui depuis 2009 a élargi son accueil aux patients du CHU de Dijon et du CLCC George-François Leclerc, en amont ou en aval de leur hospitalisation, lorsque ces derniers résident à une distance trop importante de l'établissement de santé.

En pratique, l'hôtel hospitalier fonctionne grâce à un personnel salarié de l'établissement ou, le cas échéant, de l'exploitant délégataire (dans cette hypothèse il s'agit d'un personnel hôtelier). Dans l'hypothèse où l'exploitant est une MAH, le personnel est le plus souvent bénévole. Les missions du ou des agents d'accueil<sup>109</sup> se limitent à réaliser l'accueil des patients, ce personnel n'a pas vocation à assurer une surveillance sur le patient.

---

108 Article 100 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, codifié à l'article L6328-1 du CSP

109 La réglementation n'impose pas de nombre minimal de personnel

L' « hôtel hospitalier » est, à proprement parlé, un hôtel. Il ne s'apparente donc pas à un établissement de santé, et, de ce fait, il n'est pas astreint aux mêmes règles d'hygiène. Nous pouvons voir émerger plusieurs interrogations : l'hôtel est-il suffisamment sécurisé pour accueillir un patient à la suite d'une opération chirurgicale effectuée en hôpital de jour, au regard notamment des conditions d'asepsies ?

Aucune disposition réglementaire ne vient véritablement préciser ce point (le décret du 12 décembre 2016 impose seulement aux établissements lorsqu'ils concluent une convention de délégation avec un tiers d'y faire figurer les conditions de nettoyage et d'hygiène des locaux).

Or la question de l'hygiène est primordiale, si l'hébergement des patients se veut être suffisamment sécurisé. Les hôtels hospitaliers peuvent connaître un taux important de « turn over » de clients, le nombre de passage impose une rapidité et une qualité en termes de nettoyage et de désinfection. L'hôtel pourrait-il devenir un nouveau lieu vecteur d'infection nosocomiale ?

Se pose également une question d'importance capitale, celle du coût de l'hébergement pour les patients. Ici aussi la réglementation est taise, les établissements sont donc libres d'organiser la tarification de ce dispositif et de définir les reste à charge pour les patients<sup>110</sup>.

Certains établissements ont manifesté leur volonté de prendre en charge une partie du coût de l'hébergement. Ce mécanisme est déjà en vigueur à l'hôtel hospitalier du CH de Bastia (établissement expérimentateur) : le coût de l'hébergement est de 60 euros la nuitée (petit déjeuner inclus), dont 43 euros pris en charge par le CH le reste étant à la charge du patient.

Pour un hébergement à la maison des parents de Dijon le coût est de 35 euros, entièrement pris en charge par la CARSAT et par le CHU de Dijon. Le CLCC Eugène Marquis de Rennes prend en charge l'hébergement des patients leur laissant un faible reste à charge de 5 euros.<sup>111</sup>.

D'autres établissements souhaitent conclure des conventions avec la CPAM ou certains organismes complémentaires afin qu'ils prennent en charge la totalité ou une partie des coûts

---

110 L'arrêté portant appel à projet précise dans son annexe que les établissements doivent mentionner un certain nombre d'éléments dans leur dossier de candidature relatif au coût de la nuitée en hôtel hospitalier, sans pour autant les contraindre à un mode opératoire spécifique

111 Cela pose la question de l'intérêt d'externaliser la prestation d'hébergement si elle reste finalement à la charge de l'établissement (toutefois, il convient de préciser que le coût d'une nuit d'hôtel (env. 60 euros) est inférieur à celui d'une nuit d'hospitalisation (env. 1500 euros)

d'hébergement<sup>112</sup>, mais également du coût de transport entre l'établissement et l'hôtel hospitalier<sup>113</sup>

La question du coût et du remboursement de l'hébergement par la sécurité sociale ou les organismes complémentaire représente un enjeu de taille, puisque le reste à charge pour le patient va conditionner la faisabilité de l'hébergement. Cela engendre inexorablement une inégalité entre les patients, car en fonction de leurs ressources, tous ne pourront pas accéder à cette prestation. Ils seront alors contraints d'effectuer un aller-retour dans la journée, et seront, à l'issue de leur hospitalisation dans l'obligation de regagner leur domicile parfois éloigné de l'établissement, situé dans une zone enclavée, ou dans lequel ils vivent parfois seuls.

### **C- Les conditions à remplir pour assurer un hébergement de qualité**

L'arrêté du 2 février 2017 portant avis d'appel à projet et fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation des hébergements temporaires non-médicalisés de patients, précise que les établissements doivent tenir compte, dans l'élaboration de leur dossier de candidature, des dispositions du décret du 12 décembre 2016 et des orientations publiées par la HAS.

Le décret du 12 décembre 2016 précise, dans son article 7, que certains patients ne sont pas éligibles à ce type de prestation en hôtels hospitaliers. Il s'agit des patients non autonomes sur les plans moteur et cognitif, nécessitant une surveillance médicale ou paramédicale continue ou une installation médicale technique lourde. Ne sont également pas éligibles les patients présentant des troubles temporaires spatiaux, des addictions ou de troubles mentaux de nature à mettre en cause leur propre sécurité ou celle des autres personnes ; ainsi que les patients porteurs d'agents pathogènes présentant un risque de transmission directe ou indirecte via l'environnement<sup>114</sup>.

---

112 Le CMRRF de Kerpape a engagé des négociations avec des mutuelles pour une prise en charge partielle du reste à charge

113 Le CHU de Rennes dans le cadre de la mise en œuvre de son projet est amené à réfléchir sur ce point

114 Ces préconisations avaient été dégagées par l'HAS notamment dans une feuille de route adressée à la DGOS en avril 2015

Toutefois, bien que ces préconisations entendent apporter un niveau de sécurité satisfaisant, tous les risques ne sont pas éliminés. En effet, les patients admis en amont ou en aval de leur hospitalisation, peuvent être amenés à côtoyer des accompagnants et/ ou des aidants qui peuvent être porteurs d'agents pathogènes (c'est notamment le cas au sein des MAH dont la vocation première était d'accueillir des accompagnants ou des aidants).

Il convient de rappeler que les hôtels hospitaliers qu'ils soient exploités par l'établissement de santé ou par un tiers délégataire ne comprennent jamais de personnel médical ni d'auxiliaire médicaux autre que ceux pouvant éventuellement être mobilisés pour l'accueil des patients, le patient ne doit donc pas nécessiter de soins durant son hébergement. En cas d'urgence, il lui est néanmoins possible de retourner à l'hôpital (en raison de la proximité entre l'hôtel hospitalier et l'établissement de santé). La fonction de l'hôtel hospitalier est donc une fonction uniquement hôtelière.

A cet effet, les établissements expérimentateurs ont dû se pencher sur le champ de patients pouvant être concernés par cet hébergement non médicalisé, afin de minimiser les risques de réadmission au sein de l'établissement de santé<sup>115</sup>.

L'expérimentation nationale d'hébergement non médicalisé nourrit de nombreux espoirs. Dispositif expérimental, celui-ci doit être clarifié afin de maximiser son utilité.

Il convient, par exemple, de clarifier la répartition des responsabilités entre l'établissement de santé et l'hôtel hospitalier (ou la MAH) réalisant la prestation d'hébergement non médicalisé. En effet, si le patient hébergé n'est plus placé sous la surveillance de l'établissement, pas plus que sous celle de la structure d'hébergement, il apparaît que la responsabilité de l'établissement de santé puisse être engagée en cas de mauvaise appréciation de l'état de santé du patient qui résulterait d'une négligence des soignants, ou en cas d'information insuffisante sur les préconisations à prendre et les signes devant alerter le patient (les possibilités d'engagement de la responsabilité de l'établissement sont donc a priori les mêmes que lors d'une sortie classique, à domicile : cf. Section II- §I et §II).

La structure réalisant la prestation d'hébergement non médicalisée est, quant à elle, susceptible d'engager sa responsabilité en cas de manquement aux stipulations de la

---

115 Les établissements lors de l'élaboration de leur dossier de candidature ont dû définir les domaines d'activités (cancérologie, orthopédie ...) de même que le type de population auquel cet hébergement sera accessible (personne âgées, enfants, ...). Ils ont donc exclu du champ des patients éligibles, les patients les plus à risque de complications.

convention de délégation. Il est souhaitable que le législateur élabore des règles communes à l'ensemble des hôpitaux hospitaliers afin que les responsabilités encourues ne soient pas laissées au bon vouloir des contractants, et ainsi éviter que les possibilités d'engagement de la responsabilité diffèrent d'une structure à une autre.



L'HDJ doit donc être envisagée dans sa globalité, ses limites, ses coûts incidents, et les préconisations qui doivent être prises en matière de coordination des soins de ville et des soins en établissements de santé. Plusieurs leviers peuvent être actionnés pour permettre une prise en charge davantage sécurisée.

## *Conclusion générale*

Une série d'avantages pousse à soutenir le développement de l'hospitalisation de jour : bienfaits économiques, renforcement du confort des patients, recentrage de l'hôpital sur ses fonctions de soins...

Néanmoins, si l'incitation au développement de l'HDJ irrigue les discours publics, à l'instar du « virage ambulatoire » dans laquelle elle s'inscrit, la prise en charge d'un patient en ambulatoire est tributaire d'un choix médical (le patient doit être éligible à cette prise en charge) ainsi qu'au choix du patient lui-même (comme tout acte de soin et toute prise en charge, hors cas de soins sous la contrainte, le consentement libre et éclairé du patient est requis). L'HDJ ne peut donc pas relever de la contrainte.

Qui plus est, le développement de l'HDJ doit être pensé de manière globale et ses conséquences doivent être anticipées afin de garantir la sécurité et la qualité des soins : coordination des soins ville/hôpital, organisation des soins de ville, maîtrise des coûts incidents (notamment en termes d'aménagement des structures hospitalières ainsi qu'en termes de transports sanitaires), les solutions d'hébergements non médicalisés ...

Reste également l'épineuse question des restes à charge pour les patients de retour à domicile (le coût de l'aide à domicile le cas échéant, ou encore du portage de repas pour un patient seul et affaibli).

Une approche territoriale peut être envisagée pour perfectionner l'HDJ, notamment dans le cadre des coopérations hospitalières. Les projets médicaux partagés élaborés au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire mentionnent régulièrement l'objectif de développement de l'HDJ.

Le GHT qui a pour vocation d'organiser une offre de prise en charge coordonnée et graduée sur le territoire peut permettre une organisation spécifique de l'offre de prise en charge ambulatoire, avec des établissements spécialisés dans la chirurgie ambulatoire mini invasive, d'autres plutôt spécialisés en médecine ambulatoire etc... Le GHT permet également les mutualisations d'équipements et de logiciels, ce qui peut faciliter le développement de l'HDJ.

Par ailleurs, la satisfaction du patient doit être prise en compte pour améliorer l'HDJ et combler les lacunes dont elle souffre actuellement. Les questionnaires de satisfaction remis au patient à l'issue d'une HDJ sont un bon moyen de rendre compte des points positifs et négatifs que présente cette prise en charge, afin de veiller à ce que son développement ne s'effectue pas au détriment de la sécurité des patients (*cf. annexe 4*).

---

## Annexes

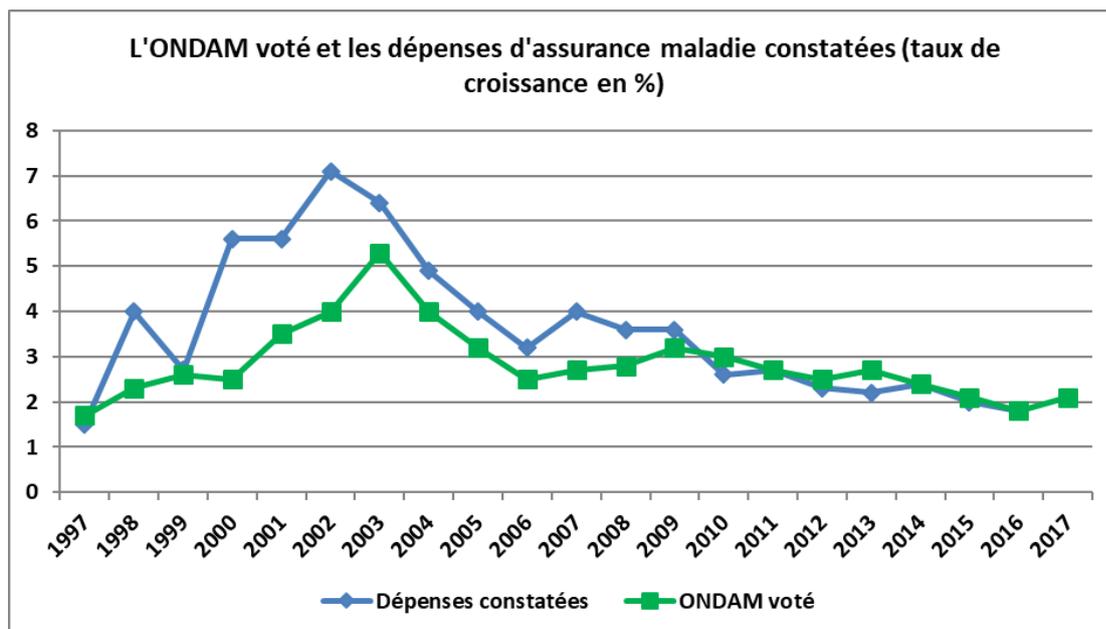
---

Annexe 1 : L'ONDAM voté et les dépenses d'assurance maladie constatées

Annexe 2 : Communiqué de presse Polyclinique Saint Laurent du 15 mai 2018

Annexe 3 : Arrêté du 6 juillet 2017 fixant la liste des établissements de santé autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients

Annexe 4 : Exemple de questionnaire de satisfaction patient



Source : Haut conseil de l'assurance maladie jusqu'à 2012 et commission des comptes de la sécurité sociale depuis 2012 ; FIPECO.



## COMMUNIQUE DE PRESSE

# Lobectomie pulmonaire en ambulatoire à la polyclinique Saint-Laurent : une première à Rennes grâce à l'Institut Rennais du Thorax et des Vaisseaux

**Rennes, le 15 mai 2018** – Le Pr Bertrand RICHARD DE LATOUR, chirurgien thoracique exerçant au CHU de Rennes et à la polyclinique Saint-Laurent dans la cadre de l'Institut Rennais du Thorax et de Vaisseaux a réalisé le 27 mars 2018 avec son équipe, une lobectomie pulmonaire en ambulatoire à la polyclinique Saint Laurent - HSTV. Cette intervention consiste à enlever un lobe du poumon (pour traiter un cancer du poumon à un stade précoce) par chirurgie mini-invasive. C'est une première pour l'équipe, mais également à l'échelle de l'Ille-et-Vilaine<sup>1</sup>. La patiente a pu rentrer chez elle le soir-même de l'opération, avec un petit drainage très bien supporté. Ce type d'intervention favorise un rétablissement plus rapide.

### L'alliance de la technicité et de l'expertise au bénéfice du patient

L'ablation d'un lobe de poumon est rendue possible en ambulatoire grâce au développement des techniques de chirurgie mini-invasives (qui utilisent des instruments longs et fins, couplés à un système d'imagerie vidéo) et à l'expertise de l'équipe médicale. Ce type d'intervention nécessite une approche pluridisciplinaire de la préparation et du suivi post-opératoire du patient. Autour du chirurgien, c'est toute une équipe qui a été mise en place et qui a permis la réussite de cette opération. Afin de favoriser une bonne réhabilitation respiratoire, un kinésithérapeute est intervenu en amont de l'intervention et dès le réveil de la patiente. A peine 3h après l'opération, il l'accompagnait dans ses premiers pas. L'anesthésiste a pratiqué une analgésie permettant une prise en charge spécifique et optimale de la douleur. Les infirmières à domicile ont été spécialement formées pour la vérification du drain à domicile et la gestion de la douleur. Pendant les mois qui suivent l'opération, un suivi post-opératoire rigoureux est assuré par l'équipe.

### Objectif : un rétablissement plus rapide

Grâce à ce nouveau protocole, la patiente a pu rentrer chez elle le jour même de l'opération alors que cette opération nécessite habituellement 4 jours d'hospitalisation en moyenne. Le recours à la chirurgie mini-invasive permet une réduction des douleurs et des complications post-opératoires, et une récupération plus rapide. Il garantit ainsi une prise en soin sécurisée et un meilleur confort au patient.

### Une intervention réalisée dans le cadre de la coopération CHU Rennes / Polyclinique Saint-Laurent

Le Pr Bertrand RICHARD DE LATOUR exerce au CHU de Rennes et à la Polyclinique Saint-Laurent dans le cadre de l'Institut Rennais du Thorax et des Vaisseaux (IRTV). Espace de coopération entre le CHU de Rennes et la Polyclinique Saint-Laurent – Groupe HSTV, créé en 2012, l'IRTV permet à un patient atteint d'une pathologie thoracique ou vasculaire d'avoir accès dans des délais rapides aux compétences, équipements et professionnels lui garantissant un parcours de soin optimisé.

### Contacts presse

Polyclinique Saint-Laurent / HSTV  
Johanne Mathat / 02 96 31 94 96  
j.mathat@hstv.fr

CHU de Rennes  
Direction de la communication / 02 99 28 42 40  
direction.communication@chu-rennes.fr

<sup>1</sup> Et la deuxième opération de ce type dans le Grand Ouest, après Saint-Brieuc

### **A propos de la Polyclinique Saint-Laurent**

Etablissement de santé privé d'intérêt collectif situé à Rennes, la Polyclinique Saint Laurent s'inscrit dans une démarche de service public. Elle est gérée par l'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV). Elle dispose d'une capacité de 380 lits et places avec des activités de soins multiples que sont la chirurgie (oculaire, orthopédique, thoracique et vasculaire...), la médecine (addictologie, cardiologie, pneumologie, polyspécialités...), la santé mentale et les soins de suite et de réadaptation. Elle emploie 400 salariés.

### **A propos du groupe Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV)**

HSTV est un groupe de neuf établissements sanitaires et médico-sociaux à but non lucratif, créé par la Congrégation des Sœurs hospitalières de Saint-Thomas de Villeneuve en 2010 et dont le siège est à Lamballe. Les établissements sont répartis en Bretagne (8) et en Provence (1). Le Groupe HSTV compte près de 2 400 salariés (pour 2 000 ETP) et gère 175 millions d'euros de budget. Ses objectifs sont de développer la démarche "hospitalité" dans l'ensemble de ses établissements, de répondre de manière coordonnée aux besoins des populations concernées et de proposer des projets qualité harmonisés au service des usagers, tout cela dans le respect des valeurs portées par la Congrégation depuis plus de 355 ans.

### **A propos du CHU de Rennes**

Classé parmi les 10 premiers établissements publics en matière de soins\*, le CHU de Rennes, offre une capacité d'hospitalisation de 1831 lits et places. Avec, en 2016, 128 425 entrées totales et 512 892 consultations (médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique), l'établissement compte près de 106 642 passages aux urgences.

Outre un large éventail de services cliniques couvrant l'ensemble des besoins de santé, le CHU dispose d'un plateau médico-technique de pointe dédié au diagnostic et à la médecine interventionnelle. Il propose une offre de soins de premier niveau à la population rennaise et bretonne mais également de recours. Chaque jour, les 8 420 professionnels dont 717 médecins seniors relèvent les enjeux de santé publique en s'investissant particulièrement au niveau régional et inter-régional dans le domaine du cancer, de la nutrition, dans la prise en charge des maladies cardio-vasculaires. La chirurgie cardiaque, la neuro-chirurgie, la neuroradiologie, ou ses centres de maladies rares et ses centres de compétence en font un établissement de référence.

En termes de recherche et d'innovation, le CHU dispose de 14 unités mixtes de recherche et de deux fédérations hospitalo-universitaires et développe des plateformes de haut niveau exemples de son excellence en matière d'innovation.

Depuis 2016, un projet de reconstruction #NouveauCHURennes vise à regrouper en un site unique l'ensemble de ses activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Le CHU est également l'établissement pivot du GHT Haute Bretagne regroupant 10 hôpitaux et recevant plus de 500 000 patients par an.

*\*Palmares Le Point aout 2017*

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 6 juillet 2017 fixant la liste des établissements de santé autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients

NOR : SSAH1720520A

Par arrêté de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics en date du 6 juillet 2017, sont autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients, les établissements de santé suivants :

- Groupe hospitalier Est, hôpital femme mère enfant (HCL), Lyon ;
- Centre régional de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon ;
- Centre hospitalier universitaire Estaing, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, Clermont-Ferrand ;
- Centre hospitalier Annecy Genevois, Pringy ;
- Infirmierie protestante de Lyon, Caluire-et-Cuire ;
- Centre hospitalier universitaire de Dijon ;
- Clinique du Parc, Autun ;
- Centre Eugène Marquis, Rennes ;
- Centre hospitalier universitaire de Rennes ;
- Centre mutualiste de rééducation de Kerpape, Ploemer ;
- Centre hospitalier universitaire de Tours ;
- Centre hospitalier de Bastia ;
- Centre hospitalier régional universitaire de Nancy (Institut de cancérologie de Lorraine), Vandoeuvre-lès-Nancy ;
- Centre hospitalier universitaire de Reims ;
- Centre hospitalier régional de Metz-Thionville ;
- Hôpitaux universitaires de Strasbourg ;
- Centre hospitalier de Cayenne ;
- Centre hospitalier de Valenciennes ;
- Centre Oscar Lambret, Lille ;
- Clinique Victor Pauchet de Butler, Amiens ;
- Hôpital Robert Debré (AP-HP), Paris ;
- Hôpital Necker (AP-HP), Paris ;
- Hôpital Bichat (AP-HP), Paris ;
- Institut de Cancérologie Gustave Roussy, Villejuif ;
- Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingt, Paris ;
- Institut Curie, sites d'Orsay et Paris ;
- Hôpital Foch, Suresnes ;
- Centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain ;
- Centre hospitalier universitaire de Caen
- Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, Talence ;
- Institut Bergonié, Bordeaux ;
- Centre hospitalier universitaire de Limoges ;
- Polyclinique de Limoges ;
- Centre hospitalier universitaire de Montpellier ;
- Centre hospitalier universitaire de Nîmes ;
- Centre hospitalier universitaire de Toulouse ;
- Clinique Pasteur, Toulouse ;
- Centre hospitalier universitaire de La Réunion ;

Centre hospitalier universitaire de Nantes ;  
Institut Paoli Calmettes, Marseille ;  
Centre hospitalier universitaire de Nice.

Période: du 01/01/2016 au 31/12/2016

Nombre de répondants: 2 127

Taux de retour: 19%

Seuil d'acceptabilité: 75%

## Résultats de l'enquête de satisfaction AMBULATOIRE

### Délai d'attente



### Réalisation de la préadmission



### Accueil



### Qualité de l'équipe Soignante et Médicale



### Information et respect du patient



### Hygiène



### Constations pré-opératoires



### Prise en charge de la douleur



### Point de vue global



---

# Bibliographie

---

## **TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES**

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, page 10255 n° 1

Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 JORF n°0298 du 24 décembre 2013, page 21034, texte n° 3

Loi n°2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 - art 53 relatif aux possibilités de mise en place de structures hôtelière en amont de l'hospitalisation

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JORF n°0296 du 22 décembre 2015, page 23635, texte n° 1 - Article 81 relatif au CAQES

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016, texte n° 1

Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, JORF n°0299 du 24 décembre 2016, texte n° 1- Article 79 concernant les mesures visant à accompagner le virage ambulatoire

Décret n° 92-1100 du 2 octobre 1992 portant application de l'article L.712-10 du code de la santé publique, JORF n°2340234 du 8 octobre 1992 page 13991

Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique, JORF n°2340234 du 8 octobre 1992 page 13990

Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique en application de l'article L. 712-9 (3o) de ce même code, JORF n°2340234 du 8 octobre 1992 page 13991

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation, JORF n°0194 du 22 août 2012 page 13678 texte n° 9

Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients, JORF n°0290 du 14 décembre 2016, texte n° 39

Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022, JORF n°0305 du 31 décembre 2017 texte n° 72

Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code, JORF n°39 du 16 février 2005 page 2577 texte n° 5

CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée

Instruction DGOS/R n°2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe

homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Arrêté du 2 février 2017 portant avis d'appel à projet et fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients, JORF n°0035 du 10 février 2017 texte n° 10

Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins (PNGDRESS) 2018-2019

### **JURISPRUDENCES**

Conseil d'Etat, 12 janv. 2005, M. X, req. n° 256001, *Lebon* 2005 ; CE 27 avr. 2011, *Association Fomindep*, req. n° 334396, *Lebon* ; *AJDA* 2011. 877 ; *AJDA* 2011. 1326, concl. C. Landais ; *D.* 2011. 1287 ; *D.* 2011. 2565, obs. A. Laude ; *RDSS* 2011. 483, note J. Peigné

Tribunal administratif de Rouen, 16 octobre 2014, N°1000701 (arrêt non publié)

### **OUVRAGES JURIDIQUES ET ÉCONOMIQUES**

BUISSON Jacques, *Finances publiques*, 15<sup>e</sup> édition, éd. Mémentos Dalloz, octobre 2012

KELLER Catherine, MOQUET-ANGER Marie-Laure., VILLENEUVE Pierre, *L'épreuve de droit hospitalier*, Rennes, Presse de l'EHESP, 2017

MOQUET-ANGER M. L., *Droit hospitalier*, 5<sup>e</sup> édition, Issy-les-Moulineaux, éd. LGDJ Lextenso, 2018

JUVEN P. A., *Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public*, éd. PUF, août 2016

TRUCHET Didier, *Droit de la santé publique*, 9<sup>e</sup> édition, éd. Mémentos Dalloz, décembre 2016

### **OUVRAGES SPÉCIALISÉS**

DANOS J.-P., *Développer et organiser l'ambulatoire dans un établissement de santé*, éd. Etudes hospitalières, mai 2013

GRIMALDI, André ; CAILLE, Yvanie ; PIERRU, Frédéric ; TABUTEAU, Didier, *Les maladies chroniques, vers la 3<sup>ème</sup> médecine*, Éd. Odile Jacob - Mars 2017

NOURY J.-F. *La gestion médicalisée des établissements de santé : Le PMSI et l'information médicale*, éd. MASSON février 2000

PLANEL M.-P., VARNIER F., VERAN O., *Les fondements du virage ambulatoire*, éd. Presses de l'EHESP, juin 2017

SUGG Valérie, *L'hôpital sans tabou ni trompette : soignés et soignants en souffrance*, éd. KAWA, juin 2017

### **ARTICLES ISSUS DE REVUES JURIDIQUES ET MÉDICALES**

« Ambulatoire et hospitalisation » Actes du colloque de l'association française de droit de la santé, *RDSS*, HS, 2016

CASH Roland, « La T2A dans les établissements de santé de court séjour : réforme inachevée ? », *Les Tribunes de la santé* 2017/4 (n° 57), p. 35-55.

CLANET Romain et al., « Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes », *Santé Publique* 2015/5 (Vol. 27), p. 701-711.

CORMIER Maxence « Hôpital public au début du XXIème siècle », *RDSS*, HS 201, p 131-145

HAZIF-THOMAS Cyril « Les aidants familiaux dans la société du care : démocratiser le droit au répit », *RGDM* n°50, mars 2014 p.195-214

HIRTZLIN Isabelle, « Le paiement à l'épisode de soins pour la chirurgie aux Etats Unis: principes, mise en œuvre et évaluation », *Gestions Hospitalières* n°558, pp.290-29

NICOLAS G. « La régulation de l'offre de soin », dans FABERON F. (dir), *Établissements de santé et moyens financiers : la satisfaction de l'intérêt général à la mesure de son coût*, LEH Editions, « Les cahiers de droit de la santé n° 22 » p. 131-144,

TABUTEAU, Didier, « Les ARS cadre et limites juridiques d'une nouvelle autorité sanitaire », *RDSS*, p1056-1064

VIOUJAS, Vincent « La tarification à l'activité des établissements de santé : une législature plus tard », *RDSS*, p.498-511

VOUJAS Vincent « Le financement des établissements de santé par a tarification à l'activité après la loi de finance et de sécurité sociale pour 2013: stop ou encore ? » *RDSS*, mai-juin 2013, p 462-475

## **RAPPORTS**

AFCA « Bréviaire de la chirurgie ambulatoire : l'ambulatoire en 20 questions », mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, octobre 2007, p11

Académie de médecine, « Rapport sur la pertinence économique de la chirurgie ambulatoire », 2015, 12p

ANDREOLETTI C., « La tarification des établissements de santé : Rappel des enjeux, des modalités, des schémas cible et transitoire », *DHOS MT2A*, mai 2007, 21p.

CNAMTS « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2015 », *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2015*, juillet 2014

CNAMTS « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2018 », *Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018*, juillet 2017, 206p

Cour des Comptes, « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir », *Rapport public annuel 2018*, Tome II n°6, février 2018, 28p

DGOS, « Guide méthodologique du retour à l'équilibre financier des établissements de santé », 32p

- DGOS, « Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins », décembre 2012, 64p
- DRESS, « Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées » *Etudes et résultats*, n°376, septembre 2016, 4p
- DRESS, « Les établissements de santé », *Panoramas de la DRESS*, 2017, 186p
- DRESS, « Les établissements de santé », *Panoramas de la DRESS*, 2018, 201p
- EVAIN Franck- DRESS, « Hospitalisation de court séjour : Evolution des parts de marché entre 2003 et 2011 », *Etudes et résultats*, n°854, octobre 2013, p8
- HAS-ANAP, « Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger : Etat des lieux et perspectives », Rapport d'orientation, juin 2013, 132p.
- HAS-ANAP, « Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient », Note de cadrage, octobre 2012, 62p
- HAS-ANAP, « Eléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient », Rapport d'évaluation technologique, mai 2014, 42p
- HAS-ANAP, « Sécurité des patients en chirurgie ambulatoire », Guide méthodologique, mai 2013, 113p
- HAS, Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé, rapport d'orientation, novembre 2015, 64p
- IGAS-IGF, « Rapport sur les perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France », juillet 2014, 288p
- IGAS-IGF, « Développement des prises en charge hospitalières ambulatoire de médecine », février 2016, 440p
- MAHIEU A. ; RAFFY-PIHAN N., « La chirurgie ambulatoire en France : bilan et perspectives », CREDES, Novembre 1997, 4p
- OCDE, « Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE », Éditions OCDE, 2017, 226p

### **THESES ET MEMOIRES**

- BOUSQUET, Marie-Alice, « Concepts en médecine générale, tentative de rédaction d'un corpus théorique propre à la discipline », Thèse de médecine générale, Université Pierre et Marie Curie (Paris 6), juin 2013, 199p
- DEFACHELLE, Christian, « L'organisation des soins en hospitalisation de jour : quelles contraintes pour quels enjeux ? », Mémoire de l'E.N.S.P., promotion 1999, 112p
- DEL RUE Maxime, « Hôpital de Jour "Ville-Hôpital", évaluation de la satisfaction des médecins généralistes », Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine, Université Paris Diderot (Paris 7), septembre 2015, 68p
- MASSIP, Sébastien, « Analyse du développement de la chirurgie ambulatoire au CHU de Toulouse : de l'orientation stratégique aux modalités de mise en œuvre », Mémoire de l'E.N.S.P., promotion 2000, 115p

MASSOT, Marie, « Mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier au CH ALPHA », Mémoire de l'EHESP, décembre 2014, 64p

### **ARTICLES DE PRESSE**

AFP, « Hôpitaux parisiens: les SMS post-opératoires viennent d'un robot », *Le Point*, mars 2018

APM News, « PLFSS 2019 : La CNAM prévoit plus de 2 milliards d'euros d'économies », Dépêche du 26 juin 2018

APM News, « Budget 2019, la progression de l'ONDAM toujours contenue sous les 2,3% », Dépêche APM du 3 juillet 2018

APM News, «Le respect de l'ONDAM sera particulièrement exigeant à compter de 2020 (Cour des comptes) », Dépêche APM du 27 juin 2018

CHABAS, Christian, « La chirurgie ambulatoire n'est pas une "solution miracle" pour les finances des hôpitaux », *Le Monde*

FO, « L'Hôpital public victime de l'acharnement autoritaire » *FO Hebdo*, février 2018

JEAN, Diane, « Séjours en maternité écourtés, une tendance européenne », *Le Monde*, 11 juillet 2014

LANG T., «Le virage ambulatoire que prend le système hospitalier risque d'aggraver les inégalités sociales de santé », *Le Monde*, 22.02.2017

PASSELAC, Anouk ; « Creuse: la restructuration de l'hôpital de Guéret inquiète le personnel soignant », mars 2018

Rosenweg Daniel, « Dormir à l'hôtel plutôt qu'à l'hôpital, c'est possible », *Le Parisien*, octobre 2017

### **SITE WEB**

Site de l'APHP, communiqués de presse, dossiers de presse, présentation projets : <https://www.aphp.fr/>

# Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	I
Tables des abréviations .....	II
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Partie I : Un choix gouvernemental inscrit dans le virage ambulatoire</b> .....	7
<b>Chapitre I : Un développement de l'hospitalisation de jour suscité par les pouvoirs publics</b> .....	7
<b>Section I - Une impulsion législative</b> .....	7
<b>§I- Une impulsion législative au bénéfice de l'efficience</b> .....	8
<b>A- L'optimisation des ressources publiques</b> .....	8
<b>B- Une politique de santé impactée par les exigences économiques</b> .....	10
<b>§II- La tarification à l'activité vectrice d'un nouvel essor de l'hospitalisation de jour</b> .....	12
<b>A- Des recettes corrélées à l'activité</b> .....	12
<b>B- L'hospitalisation de jour, levier d'accroissement de l'activité</b> .....	15
<b>Section II- Le rôle crucial des ARS dans le développement de l'hospitalisation de jour</b> .....	15
<b>§I – Un enjeu économique pris en compte par les politiques territoriales</b> .....	16
<b>A- Le projet régional de santé, outil de traduction des politiques nationales à l'échelon territorial</b> .....	16
<b>B - La matérialisation des objectifs du projet régional de santé</b> .....	18
<b>§II– L'expression de l'impérialisme de l'ARS à l'égard des établissements de santé</b> .....	20
<b>A- L'autorisation comme prolongement du pouvoir de planification de l'ARS</b> .....	21
<b>B -Un développement de l'HDJ induit par la contractualisation</b> .....	22
<b>Chapitre II : Un choix gouvernemental effectué dans un contexte spécifique</b> .....	24
<b>Section I : La nécessité de rationaliser les durées et les recours à l'hospitalisation</b> .....	24
<b>§I- Une situation économique répercutée sur les établissements de santé</b> .....	24
<b>A - Un déficit important</b> .....	25
<b>B - Des restrictions budgétaires justifiant la recherche de « l'optimum »</b> .....	26
a) Les engagements contractuels de réduction des dépenses.....	26
b) La recherche d'une gestion optimale des ressources humaines.....	28
c) La réduction capacitaire.....	29
<b>§II- L'urgence de la de-hospitalisation</b> .....	30

<b>A- Un recours à l'hospitalisation devant être strictement nécessaire et proportionné</b> .....	30
<b>B - Un affranchissement de l'hospitalo-centrisme</b> .....	31
<b>Section II – Des évolutions au bénéfice de l'hospitalisation de jour</b> .....	32
<b>§I- Un patient aux attentes nouvelles</b> .....	32
<b>A - De nouveaux profils pathologiques faisant échec à une prise en charge en hospitalisation classique</b> .....	32
<b>B - Une reconsidération du patient</b> .....	34
<b>§II -Des moyens plus performants au service du développement de l'HDJ</b> .....	36
<b>A - Les avancées médicales vectrices de nouvelles possibilités de prises en charge</b> .....	36
<b>B - De nouvelles perspectives offertes par la diffusion des nouvelles technologies au sein des établissements de santé</b> .....	38
<b>Partie II : Le défi de la garantie de la qualité et de la sécurité des soins en hospitalisation de jour</b> .....	39
<b>Chapitre I : Les limites de l'hospitalisation de jour</b> .....	39
<b>Section I : Une solution miracle en trompe l'œil</b> .....	40
<b>§I- Une atteinte potentielle à la sécurité des patients</b> .....	40
<b>A - Un retour d'expérience de patient mitigé</b> .....	40
<u>Une prise en charge n'emportant pas unanimité</u> .....	40
<u>Le défi de la continuité des soins et de la prise en charge des potentielles complications à domicile</u> .....	41
<u>Une récupération à domicile n'étant pas toujours aisée</u> .....	42
<u>La question du suivi du patient</u> .....	43
<b>B- Un principe d' « autonomie du patient » pris pour prétexte ?</b> .....	43
<b>§II- Un argument économique contrasté</b> .....	44
<b>A - Des coûts induits par l'organisation interne de l'établissement de santé</b> .....	45
<b>B- Des dépenses de transports impactant conjointement les établissements et l'assurance maladie</b> .....	46
<b>Section II : Des obligations renforcées pour les équipes soignantes dans le cadre de l'hospitalisation de jour</b> .....	47
<b>§I- Une décision médicale inéluctable</b> .....	47
<b>A- La nécessaire observation des critères d'éligibilité des patients en amont de l'hospitalisation de jour</b> .....	48
<u>Les critères médicaux</u> .....	48

<u>Les critères psychosociaux</u> .....	49
<u>Le consentement du patient</u> .....	51
<b>B- La nécessaire appréciation des critères d'éligibilité au cours de l'hospitalisation</b> ...	51
<b>§II- Une impérieuse obligation d'information à la charge de l'équipe soignante</b> .....	52
<b>Chapitre II: Encourager un usage raisonné de l'HDJ</b> .....	55
<u>Section I : La perspective d'un nouveau mode de financement ?</u> .....	55
<b>§I- S'inspirer des modes de tarification en vigueur à l'étranger ?</b> .....	55
<b>A - La tarification à la meilleure pratique</b> .....	55
<b>B - Le financement à l'épisode de soins</b> .....	56
<b>§II - L'hypothèse d'un financement au parcours ?</b> .....	57
<u>Section II : Perfectionner l'hospitalisation de jour et combler ses lacunes</u> .....	58
<b>§I- Un dialogue avec les acteurs de santé en ville et une réforme du 1<sup>er</sup> recours</b> .....	58
<b>A - Un dialogue ville-établissement opportun</b> .....	59
<b>B -Une réforme du premier recours souhaitable</b> .....	61
<b>§II - Conciliation entre HDJ et sécurité du patient : les hôtels hospitaliers, une solution à préciser</b> .....	62
<b>A - Un dispositif de compromis</b> .....	62
<b>B - L'hôtel hospitalier en fonctionnement</b> .....	63
<b>C - Les conditions à remplir pour assurer un hébergement de qualité</b> .....	66
<b>Conclusion</b> .....	69
<b>Annexes</b> .....	IV
<b>Bibliographie</b> .....	V
<b>Table des matières</b> .....	VI

## *Résumé*

Les pouvoirs publics incitent régulièrement au développement de l'hospitalisation de jour. Se voulant renforcer le confort des patients, l'hospitalisation de jour est également brandit comme une solution à tous les maux d'ordre économique que connaît le système hospitalier du 21<sup>ème</sup> siècle.

Toutefois, les motivations économiques ne doivent pas prévaloir sur l'intérêt clinique, il convient de veiller à la sécurité des patients et à la qualité des soins.

Une réflexion éthique doit donc nécessairement accompagner le développement de l'hospitalisation de jour, afin de sécuriser les retours à domicile et assurer la coordination et la continuité des soins.

Plusieurs outils et dispositifs peuvent être actionnés afin d'optimiser le recours à l'ambulatoire (politiques publiques, outils contractuels, hôtels hospitaliers, maisons d'accueil hospitalières...).

En outre, pour garantir la sécurité et la qualité des soins, certains patients doivent rester inéligibles à ce mode de prise en charge. La mise en œuvre d'une hospitalisation de jour est tributaire d'un choix médical, qui pourra l'écarter, en dépit des tentations économiques.

**Mots-clés** : Hospitalisation de jour - Incitation des pouvoirs publics – Contrainte – Choix médical – Consentement du patient- Hôtels Hospitaliers – Maison d'Accueil Hospitalière – Virage ambulatoire – Contexte économique- Établissements de santé – Finances hospitalières.