



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'hôpital**

**Promotion 2004**

---

**L'HOPITAL DE SEMAINE COMME OUTIL  
D'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN  
CHARGE HOSPITALIÈRE :  
L'EXEMPLE DU CENTRE HOSPITALIER  
DE COULOMMIERS**

---

**Frédéric ROLLIN**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

M. Gilles NAMAN, Directeur du Centre Hospitalier de Coulommiers, qui m'a encouragé, soutenu et encadré dans ma démarche,

Mme Annick DUPIN, Directeur Adjoint au Services Economiques, CHC, qui m'a soutenu dans mon travail,

M. le Dr Georges BARJONET, Chef de service de médecine B, et Mme Nathalie BILLAUT, Cadre de santé de l'unité de Médecine B2 au Centre Hospitalier de Coulommiers, qui ont travaillé avec moi sur le projet,

M. Joël CLEMENT, Responsable de la Formation Continue, Département MATISS, ENSP, qui m'a encadré dans ce travail,

MMes Maryse SIMON, Cadre supérieure de santé, et Valérie LUCAS, infirmière faisant fonction de cadre de santé au Centre Hospitalier de Versailles, ainsi que MMes Brigitte NIVELLE, Cadre supérieure de santé, Marie-France CURBELIE, Cadre de santé et Mme le Dr Zoé LE LOSTEC, responsable de l'unité d'Hôpital de jour-hôpital de semaine au Centre Hospitalier de Saint-Germain-en-Laye, qui nous ont accueilli sur les sites de leurs hôpitaux de semaine,

Mme Isabelle LE BORGNE, EDH en stage au Centre Hospitalier de Versailles et M. François BERARD, EDH en stage au Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain, pour les contacts qu'ils m'ont permis d'établir,

M. le Dr Gilles SAUVAGEON, Responsable du Département d'Information Médicale, Melle Elisabeth ROBCIS, Cadre Supérieure de Santé, faisant fonction de Directeur des Soins, Mme Denise ROULLEAU, Attachée d'Administration Hospitalière et M. Jean-Claude LORIOT, Attaché d'Administration Hospitalière au Centre Hospitalier de Coulommiers, pour m'avoir permis d'accéder à de nombreuses informations m'ayant aidé dans la conduite du projet et dans la rédaction de ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 UNE APPROCHE CONCEPTUELLE DE L'HOPITAL DE SEMAINE .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 L'hôpital de semaine : un mécanisme d'amélioration de la vie hospitalière..</b>	<b>3</b>
1.1.1 Un instrument rationnel.....	3
A) Une rationalisation du travail pour les professionnels de la santé. ....	4
B) Un type de structure qui s'inscrit dans l'évolution des besoins de la société ....	9
1.1.2 ...au service du patient.....	13
A) Un patient consommateur et ses exigences.....	13
B) L'exigence de satisfaire aux besoins du patient « être humain ».....	18
<b>1.2 Une approche juridique et financière.....</b>	<b>23</b>
1.2.1 Une approche juridique : le débat sur le statut de l'hôpital de semaine.....	23
A) L'Hôpital de semaine n'a pas de reconnaissance juridique spécifique .....	23
B) L'hôpital de semaine rentre dans de cadre de la législation commune dont il est une simple adaptation.....	26
1.2.2 Une approche financière : quelle rationalité économique pour l'hôpital ? .....	29
A) Une logique d'économie de gestion :.....	30
B) Une logique de rationalité financière :.....	34
<b>2 LA REFLEXION SUR L'OUVERTURE D'UN HOPITAL DE SEMAINE DE MEDECINE DU CENTRE HOSPITALIER DE COULOMMIERS.....</b>	<b>39</b>
<b>2.1 Le cadre de la construction .....</b>	<b>39</b>
2.1.1 L'hôpital de Coulommiers.....	39
A) Présentation de l'hôpital.....	39
B) L'organisation de la médecine à Coulommiers.....	44
2.1.2 La réflexion sur l'intérêt de la création d'un hôpital de semaine au CHC .....	48
A) L'hôpital de semaine : une structure qui répond aux besoins à venir de la population. ....	48
B) Méthodologie .....	51
<b>2.2 Les résultat de la réflexion sur la création d'un hôpital de semaine au CHC.....</b>	<b>56</b>
2.2.1 Les contours de l'unité d'hospitalisation de semaine .....	56
A) Etude de l'activité médicale de la nouvelle structure.....	56

B) Éléments de réponses organisationnelles.....	60
2.2.2 Résultats et préconisations.....	64
A) Résultat de la démarche et réflexion sur les bases de travail. ....	64
B) Éléments de bilan sur la conduite du projet .....	68
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>73</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>75</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AS : Aide Soignante

ASH : Agent de Service Hospitalier

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

ARHIF : Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France

CHC : Centre Hospitalier de Coulommiers

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

COM : Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile-de-France

DIM : Département d'Information Médicale

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DRASSIF : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale d'Ile de France

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la Santé et de la protection sociale).

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

ETP : Equivalent Temps Plein

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

SAU : Service d'Accueil des Urgences

T2A : Tarification A l'Activité

UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

## INTRODUCTION

« L'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés que de sujets hospitalisés »

Robert Debré

L'hôpital va connaître dans les années à venir une évolution importante comprenant une diminution de son activité hôtelière. Cette dynamique qui existe depuis quelques années, au travers de la fermeture de lits et de la création de places de structures alternatives à l'hospitalisation complète, va être renforcée par la réforme de la tarification à l'activité qui va privilégier la dimension médicale de l'activité hospitalière dans la rémunération des établissements de santé. C'est dans cette perspective que doit s'appréhender la démarche entreprise par le Centre Hospitalier de Coulommiers.

Depuis un an environ, s'est engagée une réflexion sur la création d'une unité d'hospitalisation de semaine de médecine dans l'établissement, l'hôpital de semaine étant une structure accueillant pour traitement des patients dans le cadre de séjours programmés d'une durée comprise entre un et cinq jours. L'objectif final de cette démarche a fait l'objet d'un consensus entre l'administration, le corps médical et les équipes soignantes. Le travail de poursuivre le chantier m'a été confié et fait l'objet du présent mémoire. Il a été l'occasion d'un questionnement large centré sur deux dimensions.

En premier lieu, il convenait de s'interroger sur l'intérêt d'une telle structure. Il s'agissait de déterminer les raisons pouvant amener un hôpital tel que le Centre Hospitalier de Coulommiers à vouloir se doter d'un hôpital de semaine. La question touchait à plusieurs aspects tant professionnels que sociologiques ou économiques. En effet, la multiplicité des acteurs concernés par le projet était synonyme de nombreux enjeux et points de vues sur la question.

Ensuite, une réflexion a été menée sur la manière la plus efficace d'envisager la structure sur un plan concret. L'expérience d'autres hôpitaux a été enrichissante pour aider le groupe de travail à cerner les différentes voies possibles d'organisation, et pour lui permettre de formuler des propositions.

Ce thème présente par ailleurs un intérêt professionnel et pédagogique pour un élève directeur d'hôpital. Il permet d'une part d'appréhender la réflexion stratégique de l'évolution de l'hospitalisation en France par des modes de prise en charge encore relativement originaux. Ainsi, les professionnels semblent unanimes pour affirmer que la

prise en charge hospitalière va devoir se recentrer sur le soin au détriment de l'hébergement lorsque cela est possible. La création de structures répondant à l'objectif de la réduction du temps d'hospitalisation s'inscrit dans cette tendance qu'elle accompagne autant qu'elle la concrétise. Ce thème permet d'autre part d'appréhender un sujet à dimension pluridisciplinaire. Mener à bien un tel objectif impose de s'impliquer dans une démarche globale de conduite de projet. Celle-ci comporte notamment un recensement des besoins au niveau des services et des données du Département d'Information Médicale. Il faut également se poser de nombreuses questions sur l'organisation du travail, les enjeux de la communication, les aspects logistiques, financiers ou encore les implications en termes de gestion des ressources humaines pour l'unité considérée et le reste du pôle médecine. Un tel projet, qui relève de la stratégie, nécessite une approche transversale de l'hôpital et son étude demande d'avoir à la fois une vision globale de la structure hospitalière et une compréhension précise des différents domaines auxquels il touche. Par ces divers aspects, la réflexion est enrichissante et permet d'appréhender un maximum de problématiques, tout en tenant compte de leurs interactions.

Tout d'abord il est important d'envisager une approche conceptuelle de l'hôpital de semaine.

Ce genre d'unité réussit à faire consensus parce qu'elle semble être un mécanisme d'amélioration de la vie hospitalière.

Par ailleurs, l'étude de la notion d'hospitalisation de semaine impose de s'interroger sur les aspects juridiques et économiques qu'elle recouvre.

Ensuite, il nous faut présenter la réflexion sur l'ouverture d'un hôpital de semaine au CHC. Le projet s'inscrit dans un cadre précis qui est le pôle médecine de l'hôpital de Coulommiers, un établissement dynamique qui a déjà entamé un processus de diversification des modes de prise en charge du patient, notamment au niveau de la médecine.

Les résultats de la réflexion menée doivent enfin être présentés. Si les contours de l'unité envisagée ont été définis, sa création semble devoir se faire par étapes, dont la dernière sera mise en œuvre grâce à l'application du Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Le travail effectué a permis d'arriver à un consensus sur la finalité du projet, et la structure devrait voir le jour dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de moyen en cours de finalisation.

# **1 UNE APPROCHE CONCEPTUELLE DE L'HOPITAL DE SEMAINE**

La notion même d'hôpital de semaine doit être étudiée, car ce type de structure présente une originalité certaine. En effet, alors que dans sa philosophie, qui repose sur une rationalisation de la prise en charge des patients en réduisant les durées de séjour et en insistant sur l'importance de la programmation, il se rapproche des structures alternatives à l'hospitalisation complète, son cadre juridique, mais également ses conséquences financières l'en différencie. La création de ce genre d'unité doit s'appréhender dans un contexte d'évolution des mentalités, tant des professionnels que surtout des usagers des service de santé.

## **1.1 L'hôpital de semaine : un mécanisme d'amélioration de la vie hospitalière**

Le principe de l'hôpital de semaine est d'accueillir des patients en hospitalisation programmée pour des séjours de un à cinq jours, c'est à dire comprenant au moins une nuit et au plus quatre nuits passées à l'hôpital. Ces unités sont ainsi ouvertes du lundi matin au vendredi soir. Cette modalité de prise en charge des patients ne peut se faire qu'à certaines conditions : suivi du patient, séjour réfléchi à l'avance, pathologies spécifiques... Les répercussions sur les conditions de travail des professionnels sont importantes. Elles s'inscrivent dans une logique de rationalisation. La création de ces structures s'inscrit dans un mouvement de déshospitalisation qui s'exprime par la réduction des prises en charges en hospitalisation complète et l'augmentation de celles à temps partiel. Il nous revient de préciser la place de l'hôpital de semaine, à mi-chemin entre ces deux notions.

### **1.1.1 Un instrument rationnel...**

La création d'unités d'hôpital de semaine s'inscrit dans une logique de rationalité. Elle correspond à une restructuration de l'outil de travail des professionnels de santé auxquels elle permet de travailler en protégeant la programmation et en répondant aux besoins

spécifiques de certaines pathologies. Une telle démarche impose une sélection des patients. Ceci pose question en terme d'équité, à la fois entre ces derniers, mais également entre les équipes médicales et soignantes. Cette création répond ensuite à des besoins d'organisation de la prise en charge hospitalière et de rationalisation dans la gestion des dépenses de santé. En ce sens, elle s'inscrit pleinement dans la nécessaire réflexion sur l'avenir de l'hôpital en France.

A) Une rationalisation du travail pour les professionnels de la santé.

Un projet de création et d'utilisation d'un hôpital de semaine au sein d'une structure hospitalière revêt un intérêt professionnel pour les acteurs du monde de la santé, en particulier pour les médecins et pour les équipes soignantes.

a) *Une qualité de travail pour les médecins*

L'un des principaux intérêts d'une telle structure pour les soignants est que n'y sont prévues que des hospitalisations programmées. C'est un point très important car cela revient à protéger la patientèle issue des consultations externes des aléas de l'urgence. En effet, certains médecins des services d'hospitalisation de court séjour se plaignent de voir les lits qu'ils avaient prévus pour des hospitalisations programmées être occupés par les patients issus des services d'urgences. Ceux-ci sont prioritaires lorsque aucune autre solution ne peut être trouvée et que l'hospitalisation du malade s'avère inéluctable.

### **La nécessité de protéger la programmation à l'hôpital**

Cette situation n'est donc pas satisfaisante et mène parfois à des aberrations. Les médecins hospitaliers qui reçoivent en consultations externes font face à un problème car les possibilités de prises en charge consécutives sont réduites par l'engorgement des lits d'hospitalisations, occupés par les patients des urgences. Le service ne peut donc plus être rendu de manière satisfaisante, et le suivi des patients perd de sa qualité. La conséquence pour l'établissement est de risquer de voir une partie des patients se détourner de ses services pour aller vers les structures privées ou publiques voisines. Dans un contexte d'instauration de la tarification à l'activité, ceci risque aussi de signifier une perte d'activité et donc de revenus.

L'image de marque de l'hôpital auprès de la population locale peut pâtir de ces situations, alors qu'elle est capitale pour soutenir l'attractivité d'un établissement sur le public.

Dans les cas les plus extrêmes, des conséquences en terme de santé publique peuvent être relevées, en particulier lorsque faute d'avoir été pris en charge dans le cadre de son hospitalisation programmée, l'état de santé du patient se dégrade au point de relever de l'urgence. L'engorgement des services d'hospitalisation peut même parfois amener à une situation aberrante dans laquelle les médecins de ville conseillent à leurs patients non pas de prendre rendez-vous pour une consultation à l'hôpital dans l'optique d'une hospitalisation programmée ultérieure, mais de se rendre directement aux urgences, afin d'être sûr d'avoir un lit et d'être pris en charge par le médecin hospitalier vers lequel ils se seraient tournés en temps normal. S'il est difficile de prouver cette pratique et de la quantifier, différentes discussions avec les médecins hospitaliers et le personnel soignant nous amènent à penser qu'elle est réelle. Le cas est d'autant plus absurde qu'il contribue à la fois à engorger les urgences et à saturer les services de soin de patients non programmés, limitant dès lors la prise en charge programmée.

### **Une finalité en débat**

Le fait de ne pas protéger la programmation dans un hôpital peut donc être à l'origine d'un cercle vicieux qu'il ne faut pas sous-estimer. Un hôpital de semaine permet *a contrario* aux médecins hospitaliers de conserver une bonne qualité de prise en charge de leurs patients.

Cependant, la finalité de ces structures doit être discutée. Elles peuvent être perçues comme conduisant à une fermeture aux autres secteurs d'activité de l'hôpital, voire à un repli sur soi de la part des médecins concernés. Il s'agit de déterminer si le but premier est d'améliorer la prise en charge du patient ou de préserver les médecins hospitaliers eux-mêmes, en leur laissant un espace où l'activité serait maîtrisée. Dans ce cas, l'hôpital de semaine serait un îlot préservé avec un risque d'aléas réduit. L'intérêt pour les médecins concernés réside dans la qualité de travail qui leur est alors procuré. Cependant, vis-à-vis du reste de l'hôpital, une telle situation peut être difficile à justifier. En effet, la contrepartie est la réduction des débouchés offerts aux services des urgences d'une part, et l'alourdissement de la tâches des services d'hospitalisation traditionnelle d'autre part. Ces derniers se trouvent en effet confrontés à des patients dans un état général plus lourd. Les mieux portants, ceux qui peuvent rentrer chez eux le week-end, ou ne venir à l'hôpital qu'à des dates programmée, sont regroupés dans l'hôpital de semaine. En ce sens, ce dernier est une réponse à une situation agressive qu'est l'engorgement des unités par les patients des urgences, et sa justification se trouve remise en cause.

Il n'existe certainement pas de réponse unique à la motivation de la création d'une telle structure, mais il est certain qu'il y a une convergence d'intérêts en sa faveur entre les besoins des patients, ceux des médecins et ceux des équipes soignantes.

*b) De meilleures conditions de travail pour les équipes soignantes*

Pour les soignants qui y sont affectés l'impact de la création d'un hôpital de semaine est positif à double titre. D'une part, les conditions de travail leur permettent d'améliorer la qualité de la prise en charge qu'ils sont susceptibles de proposer aux patients. D'autre part, ils bénéficient d'un relatif confort en comparaison de ce qui se vit dans les autres unités de l'hôpital. Ces différences, même si elles sont appréciables pour les personnes qui en bénéficient peuvent être vécues comme des privilèges par les autres membres du corps soignant de l'hôpital.

### **Une situation propice au renforcement de la qualité du travail**

Travailler dans un contexte où les hospitalisations sont presque exclusivement programmées signifie que la grande majorité des soins qui y seront effectués peuvent également être prévus et donc anticipés. Le travail n'est plus fait au jour le jour en fonction des urgences et a plus de chances d'être accompli dans la sérénité. Une programmation et une répartition des soins dans la journée peuvent être organisées, ce qui permet de s'adapter aux besoins des patients et de respecter leur rythme et les besoins spécifiques de leur prise en charge. L'hôpital de semaine est en cela une rationalisation de la prise en charge soignante.

Dans son étude sur l'hôpital de Chambéry, Sophie Guerraz<sup>1</sup> estime que la mise en place de ce genre de structure favorise le décloisonnement et l'autonomie du personnel. En effet, pour assurer le bon fonctionnement d'un hôpital de semaine, il faut que les infirmières et aides-soignantes qui y sont affectées apprennent à travailler rapidement et efficacement avec les « services supports », médico-techniques d'une part, et administratifs d'autre part, afin de gérer de manière efficiente le séjour du patient. Ces rapports ne sont certes pas inexistant dans les services classiques mais il est juste de parler de décloisonnement dans la mesure où, dans un hôpital de semaine, les choses

---

<sup>1</sup> GERRAZ Sophie, *Concilier gestion des Ressources Humaines et réforme des structures, l'exemple du CH de Chambéry*, Formation des EDH de 3<sup>ème</sup> classe : Promotion 1995/1997, Décembre 1996.

devant aller vite, pour limiter le temps d'hospitalisation, une culture du travail en commun doit se substituer à celle du rapport de service à service. De plus, un hôpital de semaine peut être lui-même assimilé à un service support. Plusieurs services pourront lui adresser des patients. Cette option est celle qui serait choisie dans le cas de l'hôpital de Coulommiers, mais il existe des hôpitaux de semaine rattachés à un service qui en est l'unique pourvoyeur, par exemple au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

Ce décloisonnement représente un intérêt professionnel pour les personnels soignants dans la mesure où il est synonyme d'ouverture vers les autres secteurs de l'hôpital. Ceci est renforcé par l'autonomie dont ils jouissent du fait de la technicité du travail à effectuer. Il faut pratiquer un maximum d'actes en un minimum de temps. Cela signifie sur la semaine un nombre moyen d'actes pratiqués au moins égal sinon supérieur à ce qui se fait dans une unité classique. Enfin, l'autonomie passe aussi par la mise en place d'activités qui s'inscrivent plus difficilement dans un secteur classique, comme des cycles d'éducation au diabète ou de promotion de la santé<sup>2</sup>. Corrélativement à cette autonomie, les personnels se voient chargés d'une plus grande responsabilité qui est en soit une source de motivation pour ceux qui l'acceptent. J.-M. Clément indique que « la logique de responsabilité est vivifiante » car « les professionnels sont obligés de rivaliser d'initiatives d'autant plus conséquentes qu'elles ne sont pas gratuites pour ceux qui les engagent »<sup>3</sup>. Proposer à des infirmières de travailler dans un service de type hôpital de semaine, revient donc à leur proposer d'entrer dans une démarche d'autonomie et de responsabilité

### **Un confort de travail susceptible de créer un sentiment d'injustice**

Malgré le rythme soutenu qui est demandé aux personnels des unités d'hospitalisation de semaine, les soignants trouvent dans ces structures un confort de travail qui n'est pas négligeable. L'encadrement peut en jouer pour motiver des volontaires à y travailler.

En premier lieu, le rythme hebdomadaire régulier et la certitude de ne pas travailler les week-end sont séduisants. Dans les unités classiques, le travail est généralement réparti de façon à ce que les personnels travaillent au moins deux week-end par mois. Les deux jours de repos hebdomadaires consécutifs obligatoires se déroulent donc une semaine sur deux en cours de semaine. Dans le cas d'un hôpital de semaine, si l'unité dispose

---

<sup>2</sup> Pierre BUTET distingue à ce titre l'« éducation thérapeutique du patient », l'« éducation du patient à sa maladie » et l'« éducation pour la santé du patient ». BUTET P. Promotion de la santé : les patients d'abord ?, *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2003, n°492, pp. 23-25.

<sup>3</sup> CLEMENT J.M. L'avenir de l'hôpital. *Les cahiers hospitaliers. Personnels et formation*, Octobre 1995, n°106, pp. 8-12.

d'un personnel propre, ce rythme est modifié et le travail est réparti sur cinq jours continus, du lundi au vendredi, et les deux jours de repos hebdomadaires sont les samedi et dimanche. Bénéficier de tous ses week-end représente un attrait non négligeable pour la vie de famille, et c'est une situation peu fréquente dans le monde soignant hospitalier.

Ensuite, le confort vient de ce que les patients sont des personnes plus valides et plus autonomes que dans les services d'hospitalisation classique. En effet, la condition de leur admission est qu'ils puissent rentrer chez eux au plus tard cinq jours après leur entrée dans le service. Sans aller jusqu'à la situation de la chirurgie ambulatoire, où les personnels vous confient parfois que « les patients que l'on accueille ne sont pas malades », une distinction se créera de fait entre les personnes susceptibles de relever de l'hospitalisation de semaine et celles ne pouvant être prises en charge que dans les unités classiques.

Ce confort de travail risque de créer des jalousies, au moins sous-jacentes, entre personnels soignants. Le débat sur l'équité dans la répartition du travail doit être étudié., bien qu'il soit délicat de s'y aventurer. En apparence dans une unité d'hospitalisation de semaine le travail semble moins lourd et plus confortable pour la vie de famille. Cependant le rythme du travail, la productivité voire la rentabilité qu'il peut être demandé en contrepartie nuancent ces avantages. Dans les sites visités à Versailles et à Saint-Germain-en-Laye, le discours tenu par l'encadrement sur le travail de leurs personnels n'était pas celui de la facilité. Cependant, dans les deux cas il nous a été précisé que la situation des soignants de ces services était perçue comme confortable par la communauté hospitalière. Les personnels de ces unités vivent cette opinion comme une injustice et souffrent d'un manque de reconnaissance de leur activité. Ces exemples montrent combien il est difficile d'analyser d'une part l'intérêt réel que cela représente pour le soignant en terme de charge de travail, et d'autre part la notion d'équité entre services dans la répartition de ce travail. La réflexion est d'autant plus délicate que les notions de pénibilité et de confort d'une situation sont pour une large part dépendantes d'un ressenti et de l'expression de ce ressenti.

Dans l'hypothèse où l'on considère qu' il est effectivement moins pénible de travailler dans ce type de structure, il faut se demander si l'on ne se retrouve pas ici encore face à l'expression d'un comportement de repli sur un secteur protégé. Il faut se garder de tomber dans le jugement de valeur, mais le discours tenu par les partisans de la création d'hôpitaux de semaine est celui de l'amélioration des conditions de travail. Tout comme l'hôpital de jour ou la chirurgie ambulatoire, c'est une vitrine susceptible d'attirer des personnels soignants, voire médicaux, dans un contexte de pénurie dans ces professions.

B) Un type de structure qui s'inscrit dans l'évolution des besoins de la société

L'Institution hospitalière est au service du public qu'elle prend en charge. Elle doit être capable de s'adapter pour assurer une prise en charge efficiente des patients, c'est-à-dire assurer la meilleure prestation au moindre coût. Cette réflexion sur la nécessaire adaptation des structures de soin aux attentes des patients participe de celle sur l'avenir de l'hôpital en France.

a) *Rationaliser la prise en charge du patient par l'institution*

Dans son étude sur le Centre Hospitalier de Chambéry en 1996, Sophie Guerraz nous rappelle déjà que «les alternatives à l'hospitalisation sont nées d'une double volonté : prendre en charge le patient dans de nouvelles conditions et réduire les dépenses ». Les hôpitaux de semaine s'inscrivent à ce titre dans le mouvement de rationalisation de la prise en charge hospitalière, porteur d'objectifs économiques.

**Une modification du rapport entre les rôles hébergement et soin à l'hôpital.**

Nous nous contenterons de rappeler que le mécanisme du prix de journée a conduit à une inflation de la durée moyenne de séjour. Sous le système de la dotation globale, un premier renversement de situation a été opéré, comme le prouve cette remarque de T. Hoët<sup>4</sup> qui reprend B. Majnoni d'Intignano en 1993 en disant : « c'est la fin de l'hôpital-hôtel ». Le mouvement devrait s'accélérer avec l'introduction en cours de la tarification à l'activité, qui ne prend plus en compte pour financer les hôpitaux la durée passée à l'hôpital pour chaque patient mais l'activité effective des équipes soignantes. Ce système devrait avoir comme effet de réduire les DMS afin de permettre de produire un maximum d'actes sur un même lit d'hospitalisation. La fonction hébergement de l'hôpital en serait donc réduite.

---

<sup>4</sup> HOËT T. *L'hôpital confronté à son avenir. Actualiser l'hôpital et le préparer au XXI<sup>ème</sup> siècle*. Paris : Editions Lamarre, Paris, 1993, 229p.

La tendance est accentuée par les nouvelles conditions de traitements médicaux. En effet, comme le précisent A. Picard, X. Courtois et P. Darsy<sup>5</sup>, « Sous l'influence des nouvelles technologies médicales, la prise en charge des patients se modifie dans le sens d'une réduction de la durée du séjour. Cet état de fait induit de nouvelles réflexions autour de changements organisationnels de la structure de soins ». Les traitements plus efficaces et les techniques plus élaborées permettent de réduire encore les durées de séjour tout en assurant aux patients une qualité de soin au moins équivalente si ce n'est supérieure à ce qui existait précédemment.

La création d'hôpitaux de semaine s'inscrit dans ce processus de rationalisation et de réduction des DMS, comme plus généralement le développement des alternatives à l'hospitalisations. M.-J. Sourty-Le Guellec le rappelle en disant que : « L'alternative à l'hospitalisation se conçoit aussi comme une alternative entre ces deux rôles [hébergement et soins], utiliser en priorité le rôle médical et la technologie de pointe de l'hôpital (...) et réduire au minimum le rôle d'hébergement ». Le développement de ce type de prise en charge s'inscrit donc dans l'exigence de contenir la croissance des dépenses de santé.

### **Dépenser moins**

L'idée qui a sous-tendu l'amorce d'une rationalisation de la prise en charge hospitalière est le besoin de maîtriser les dépenses de santé. M.-J. Sourty-Le Guellec<sup>6</sup> nous rappelle le passage à un nouvel état d'esprit : « Pendant 30 années (de 45 à 75, les « trentes glorieuses ») (...) la santé n'avait pas de prix et il a fallu la deuxième partie de la décennie 70 pour qu'on réalise qu'elle avait un coût, que les mots « santé » et « économie » soient rapprochés et qu'une recherche d'adéquation entre l'offre et le besoin soit évoquée ». Elle établit un lien direct entre la réflexion sur le coût de la santé et la situation économique de la France qui se dégrade à partir des crises pétrolières de 1973 et 1979 mettant fin à la prospérité des Trentes Glorieuses. La France n'a alors plus pu se permettre un système de soin dispendieux et inattentif à relier activité et financement. Nous sommes actuellement dans une réflexion inverse qui veut qu'« aujourd'hui, pour justifier d'une

---

<sup>5</sup> PICARD A., COURTOIS X., DARSY P. Alternatives à l'hospitalisation complète : identification des séjours et organisation hospitalière. *Journal d'Economie Médicale*, Novembre-Décembre 2001, vol. 19, n° 7-8, pp. 481-486.

<sup>6</sup> SOURTY-LE GUELLEC M.J. *L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?* Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Juin 1997, 9 p.

activité, il faut produire »<sup>7</sup>. La politique retenue par les différents gouvernements depuis cette période a tranché en faveur de la maîtrise des dépenses de santé. Certes, la persistance de ce qui est communément appelé le « trou de la sécurité sociale » est la preuve d'un relatif échec de ces politiques, mais des efforts ont été menés comme la création d'un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, voté par le Parlement, le passage à un financement par dotation globale et aujourd'hui à l'activité pour les Etablissements de santé, l'introduction de la carte vitale... Le raccourcissement de la DMS et le développement des alternatives à l'hospitalisation s'inscrit dans cette démarche, avec comme idée de base la réduction des frais d'hébergement et donc de toute une série de coûts fixes : locaux, entretien, mobilier, logistique et personnels. M.-J. Sourty-Le Guellec y trouve d'ailleurs l'une de leur principale justification : « Pour la CNAMTS, l'objectif économique est explicite : les alternatives à l'hospitalisation se doivent de diminuer les frais d'hébergement et de soins en améliorant l'adéquation de l'offre et de la demande ». L'hôpital de semaine participe donc à ce titre à la rationalisation du système de santé et de la prise en charge hospitalière.

*b) L'inscription dans une réflexion sur l'avenir de l'hôpital et de la santé publique*

La réflexion sur la rationalisation de la prise en charge hospitalière participe au débat sur l'avenir de l'hôpital à un moment où la plupart des acteurs et des observateurs parlent de crise.

### **L'avenir de l'hôpital en question**

L'hôpital, institution séculaire, est amené à évoluer sans cesse pour vivre et être capable de répondre aux missions qui lui sont dévolues par les époques successives. Il s'agit d'un processus lourd qui vise à faire évoluer une énorme structure et à redéfinir sa place dans la société et que le service qu'elle doit rendre. Claire Compagnon illustre cela en disant que « la tâche est immense. Il s'agit de repenser la construction administrative, sociale et professionnelle qui sous-tend l'offre de soins »<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> COUTY E. in L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantenaire de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

<sup>8</sup> COMPAGNON C. in L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantenaire de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

Réfléchir à l'avenir de l'hôpital consiste à définir les services qu'il doit rendre et le périmètre de l'offre de soin. Claude Evin<sup>9</sup> nous rappelle que des évolutions importantes sont en cours: « La question que nous nous posions était de savoir quelles étaient les nouvelles attentes à l'égard des hôpitaux. (...) On voit bien se dessiner de nouveaux comportements, de nouvelles exigences, la nécessité aussi de faire sauter un certain nombre de cloisons ». La société attendrait donc un hôpital aux structures plus souples, plus réactives, en adéquation avec les besoins des patients en terme de gestion du temps, de lourdeur de prise en charge et d'humanisation. Pour le Dr Pierre Butet<sup>10</sup>, ce n'est pas la mission première de soin des hôpitaux qui est remise en cause, mais bien la manière de les organiser : « Ne serait-il pas plus judicieux de réfléchir en termes de changement de structures organisationnelles plutôt qu'en termes de modification de mission ? »

En définitive, le tableau tracé par M.-J. Sourty-Le Guellec<sup>11</sup> présente un intérêt en ce qu'il pressent à la fois la conservation d'une partie de l'organisation et des structures actuelles : « l'hôpital traditionnel qui se limite à recevoir les cas lourds et assurer des soins coûteux (...) et enfin la précarité grandissante peut amener l'hôpital à tenir à nouveau le rôle historique et plus social de centre d'hébergement pour des patients en difficultés » et l'adjonction qui leur serait faite de services novateurs : « un service de soins intégré qui assure des soins brefs à l'hôpital avec une coordination des soins hors hôpital ». Les hôpitaux de semaine trouvent leur place dans ce dernier schéma.

### **La nécessaire diversité des types de prise en charge**

En conclusion, il est intéressant de reprendre l'idée de J.-M. Clément qui pense que « L'avenir de l'hôpital est dans sa diversité, diversité dans sa façon de répondre aux besoins des populations de l'établissement de proximité polyvalent et fortement imbriqué dans la médecine de ville, au centre très spécialisé où diagnostic et traitement s'effectuent dans des temps très courts pour permettre le plein emploi des investissements considérables, et entre les deux, des établissements de suite pour réadaptation lourde ». Les responsables du système de santé doivent donc réfléchir à son

---

<sup>9</sup> EVIN C. in L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantième de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

<sup>10</sup> BUTET P. Promotion de la santé : les patients d'abord ?, *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2003, n°492, pp. 23-25.

<sup>11</sup> SOURTY-LE GUELLEC M.J. *L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?* Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Juin 1997, 9 p.

évolution en prenant garde de proposer une offre de soins à la fois diversifiée et complémentaire, capable de répondre aux différents besoins exprimés tout au long de la vie. L'éventail de structures doit être le plus large possible pour pouvoir répondre à une multitude de combinaisons d'attentes possibles : qualité de la prise en charge médicale, besoins sociaux, maîtrise du temps, préoccupations de santé publique..., et toujours en tenant compte des contraintes économique. Pour J.-M. Clément, « un lien unit ces différentes structures hospitalières : l'exigence de qualité avec en corollaire l'optimisation des moyens et donc des résultats ». Les patients ne peuvent tous se ranger dans une même catégorie et leur prise en charge doit être envisagée en fonction de leurs besoins respectifs. Le patient doit se trouver au cœur du système de soins et que c'est à ce dernier de s'adapter aux attentes exprimées par le public des établissements de santé.

### **1.1.2 ...au service du patient**

Une tendance se développe qui consiste en une modification de l'attitude des patients. Ces derniers deviennent des consommateurs de services de soins, plus avarés de leur temps qu'autrefois et ayant des exigences se rapprochant de celles de clients de n'importe quelle autre activité de service. En même temps s'exprime une exigence renforcée d'humanisation de la prise en charge, requérant une plus large préservation de l'entourage affectif et l'association du patient à la gestion de sa maladie. Communément, il est dit qu'il devient « acteur » de la prise en charge médicale. Les hôpitaux de semaine, par leur philosophie et par leurs structures lui permettent de répondre à ces attentes.

#### **A) Un patient consommateur et ses exigences**

S'il est toujours opportun de parler en France d'un Service public de la santé, la judiciarisation des rapports entre le public et les professionnels de santé nous force à envisager les bénéficiaires de ce service non plus comme des usagers mais comme des clients, avec tout ce que cela comporte comme conséquences. Ainsi, les patients veulent conserver une relative maîtrise de leur temps, expression d'un comportement de plus en plus consumériste de leur part.

##### *a) Une nouvelle conception de la gestion du temps*

A travers la création d'unités du type de l'hôpital de semaine, force est de constater que le patient-consommateur voit se modifier deux rapports. D'abord son rapport au temps car cette prise en charge lui permet de se dégager du temps libre. Ensuite son rapport au médecin, en opérant ce que Claire Compagnon<sup>12</sup> appelle un « nouveau partage du pouvoir entre le patient et l'institution de soin »

### **Une maîtrise du temps qui signifie une amélioration de la qualité de vie du patient.**

La création d'un hôpital de semaine trouve un intérêt dans le confort qu'il apporte aux patients dans la maîtrise de leur du temps. En effet, la protection de la programmation permet aux personnes prises en charges de pouvoir bloquer un moment fixe dans leur emploi du temps et donc de maîtriser une hospitalisation qui passe dès lors du statut de phénomène prioritaire et incontrôlé à celui de parenthèse maîtrisée dans une vie professionnelle et familiale qui n'en subit donc plus autant les aléas. Ceci est vrai à la fois parce que le séjour ne sera pas déprogrammé, et aussi parce qu'il est borné de manière certaine dans le temps, avec en théorie peu de risques de débordement dans la mesure où la personne concernée est en relativement bonne santé, du moins suffisamment pour rentrer chez elle le vendredi soir. L'hospitalisation n'est plus subie mais elle est maîtrisée et s'inscrit dans un calendrier clair. Si cela peut sembler anodin, ce n'est pas sans avoir de conséquences, allant jusqu'à engendrer des effets thérapeutiques. En effet, cela facilite l'acceptation de l'hospitalisation par le patient qui n'en est plus victime mais acteur. Le patient est ainsi libéré d'une partie du temps passé à l'hôpital dont il ne percevait pas toujours l'utilité thérapeutique, en particulier les week-end au cours desquels peu d'actes sont pratiqués en dehors des actes d'urgences et des actes de soins quotidiens. En ce sens, l'hospitalisation de semaine est un moyen de dégager du temps libre, qui dans les sociétés contemporaines est précieux, soit pour conserver une activité professionnelle au moins partielle pour les personnes qui sont en mesure de l'assumer, soit pour maintenir un environnement familial et affectif satisfaisant.

### **Une maîtrise du temps qui rééquilibre le rapport patient / médecin**

---

<sup>12</sup> COMPAGNON Claire in L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantenaire de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

Dans son intervention lors du colloque du Cent Cinquantenaire de l'AP-HP, Claire Compagnon évoque la question de l'évolution des rapports de pouvoir entre le patient et le médecin. La maîtrise du temps n'en est sans doute pas le seul aspect, ni même le plus important. Cependant, elle est significative au sens où elle crée une situation dans laquelle le patient n'est plus à la disposition de l'équipe médicale, qui détermine quand il doit venir, combien de temps il doit rester, quand il peut repartir. Au contraire, c'est lui qui met à disposition des soignants une partie de son temps pour qu'ils accomplissent les actes et prodiguent les soins nécessaires. Les médecins sont donc contraints de concentrer leur action et d'arriver à un résultat médicalement satisfaisant dans un temps défini, au risque de ne pas satisfaire le client et donc de le voir se retourner vers la concurrence. Lin Daubech<sup>13</sup> va quant à lui jusqu'à parler de « nouveau modèle culturel », influencé notamment par le contexte juridique européen qui impose une nouvelle définition du malade « comme une personne humaine, susceptible d'avoir des difficultés ou des besoins particuliers en fonction de sa situation subjective ». Dans ce nouveau modèle, le patient n'est plus un simple objet de soin, mais bel est bien sujet, à la fois acteur de la prise en charge médicale et personne humaine appréhendée en tenant compte de son environnement familial, affectif et social. La création d'unités d'hospitalisation de semaine participe donc au recul du schéma du paternalisme médical au sens où L. Daubech le définit<sup>14</sup>, c'est-à-dire reposant « sur l'idée de l'incompétence personnelle du malade en matière médicale et d'un amoindrissement de ses facultés de compréhension par la maladie ».

Bien entendu, il ne faut pas s'arrêter à une vision binaire de la situation, dans laquelle le patient aurait repris le pouvoir au médecin à travers la maîtrise du temps. Celle-ci n'est qu'un des éléments de ce phénomène<sup>15</sup>, qu'il faut d'ailleurs relativiser en lui-même. De plus, il faut rappeler que ne sont concernés ici que certains patients, en particulier ceux qui ne sont pas en situation de trop grande dépendance vis-à-vis de la prise en charge médicale. La situation étudiée doit donc être perçue plus comme un signe d'une évolution en cours que comme son expression aboutie.

---

<sup>13</sup> DAUBECH L. L'évolution de la place de l'utilisateur dans les établissements publics de santé, *Entreprise Santé* ; Mai-Juin 2004, n°51, pp. 15-17.

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> D'autres indices de cette tendance se trouvent dans le renforcement de la législation sur les droits des patients (loi du 4 mars 2001 notamment) ou le développement des chartes des patients hospitalisés dans le cadre de la démarche qualité imposée aux établissements de soin.

b) *Le développement d'une conception consumériste de la prise en charge médicale*

L'analyse qui vient d'être faite dans le paragraphe précédent montre un patient qui s'inscrit dans une approche consumériste de la médecine. Un tel phénomène exprime sans doute l'un des traits de la société contemporaine. Il s'accompagne de l'exigence d'une plus grande humanisation de la prise en charge médicale en général et hospitalière en particulier.

### **Le développement d'une attitude consumériste**

Les observateurs constatent que le public a développé, ces dernières années, une nouvelle approche du fait médical. Celle-ci est empreinte de la philosophie néo-libérale qui marque la fin du XXème siècle et le début du XXIème et qui fait de la médecine et de la prestation hospitalière des produits comme les autres. Le patient se trouve face à des produits et services de consommation, ce qui nous éloigne de l'ancienne conception qui alliait paternalisme médical<sup>16</sup> et notion de service public, c'est-à-dire, comme le décrit Lin Daubech<sup>17</sup>, une situation dans laquelle « il ne peut y avoir négociation entre le service public et aucun de ses usagers [...] L'utilisateur doit donc se soumettre à la volonté et à la règle du service ». L'auteur met sur le compte des « mouvements consuméristes » le fait que le modèle paternaliste ne puisse plus persister alors que « l'un des deux partenaires, le patient en l'occurrence n'y adhère plus. ».

Ce phénomène est très largement pris en compte par les acteurs du monde hospitalier dans leurs analyses de l'évolution du secteur. Ainsi, lors du Cent Cinquantenaire de l'AP-HP Edouard Couty, Directeur des Hôpitaux, rappelle dans son intervention intitulée « Concevoir l'hôpital en 2015 »<sup>18</sup> qu'« il faut aussi prendre en compte la notion de consumérisme ». Il incite ses auditeurs à prendre en compte les conséquences de cette attitude en développement dans leur appréhension du devenir de l'hôpital en indiquant que « nous sommes des consommateurs dans un système vis-à-vis duquel nous avons de plus en plus d'exigences ». Il n'hésite pas à insister en précisant que «c'est là un

---

<sup>16</sup> Voir les développements précédents.

<sup>17</sup> DAUBECH L. L'évolution de la place de l'utilisateur dans les établissements publics de santé, *Entreprise Santé* ; Mai-Juin 2004, n°51, pp. 15-17.

<sup>18</sup> L'hôpital au XXIe siècle. Colloque national Cent-cinquantenaire de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

facteur important que l'hôpital et que les professionnels ne peuvent plus ignorer désormais et qui est sans doute porteur d'évolutions très lourdes ».

La traduction concrète de cette attitude se trouve dans les attentes du consommateur. Elles s'expriment par des exigences de sécurité, d'obligation de résultat, de qualité, de performance. Edouard Couty n'hésite pas à aller jusqu'à parler d'« assurer un service après-vente », notion et qui intègre jusque dans sa terminologie l'idée de consumérisme.

### **Un consumérisme à concilier avec l'exigence d'humanisation de la prise en charge hospitalière**

« La véritable humanisation de l'hôpital, c'est de n'hospitaliser un malade qu'en cas d'extrême nécessité » disait Bridgman<sup>19</sup>. Dans la situation actuelle, la société française ne peut pas se permettre cette « livraison à domicile » généralisée des soins et de la prise en charge médicale, faute d'un développement suffisant des réseaux, des moyens humains que cela demande, mais également de données culturelles qui veulent que dans l'esprit des Français, on est plus en sécurité lorsqu'on est pris en charge en milieu hospitalier. Pourtant, l'exigence d'une humanisation renforcée de l'hospitalisation émerge parallèlement au développement du consumérisme. A défaut de pouvoir laisser le patient chez lui, il s'agit de travailler sur l'humanisation de son séjour. Edouard Couty voit une contradiction entre l'attitude consumériste qui impose un certain nombre de normes et une forte protocolisation et rationalisation de tous les faits et gestes des personnels hospitaliers pour des raisons évidentes de qualité et d'hygiène, et la demande d'une prise en charge à visage humain qui passe par la proximité. La contradiction peut être dépassée en considérant qu'il s'agit de satisfaire le client non pas uniquement sur le plan technique, mais également sur le plan de l'accueil et donc de travailler sur une satisfaction globale.

En ce sens, la création d'unités d'hospitalisation de semaine, comme le développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle contribue à l'humanisation de la prise en charge hospitalière à plusieurs titres. En premier lieu, par leur vocation première qui est la réduction du temps de séjour. Ensuite, parce que le cas de chaque patient doit être minutieusement connu et étudié par l'équipe soignante afin d'optimiser sa prise en charge. Il serait mal venu de parler d'une prise en charge sur mesure car cela reviendrait à remettre en cause la qualité de la prise en charge traditionnelle, ce qui n'est pas l'objet

---

<sup>19</sup> Cité par Thierry Hoët, HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir. Actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème siècle*. Paris : Editions Lamarre, Paris, 1993, 229p.

de cet exposé. Toutefois, force est de constater qu'il s'agit bel et bien d'exercer une attention renforcée aux besoins spécifiques des patients pris en charge dans ces unités.

B) L'exigence de satisfaire aux besoins du patient « être humain »

L'idée d'humanisation de la prise en charge en milieu hospitalier est donc au cœur du débat sur l'intérêt de la création d'unités d'hôpital de semaine. Il s'agit pour nous de comprendre quelles en sont les conséquences pratiques. D'une part ce mode d'hospitalisation permet plus facilement de préserver les liens entre le malade et sa famille, ou plus généralement son environnement affectif. D'autre part ces unités sont un outil de l'autonomisation du patient face à sa maladie, et donc de sa construction en tant qu'acteur et non plus objet du soin.

a) *L'hôpital de semaine : un outil de préservation du rapport à la famille et au milieu affectif*

En réduisant le temps passé à l'hôpital, l'hospitalisation de semaine permet de réduire la coupure entre le patient et son milieu affectif. Dans le cas particulier d'une prise en charge récurrente, ces unités peuvent être un sas vers l'hospitalisation à temps complet et permettre une transition en douceur. C'est en particulier le cas des hôpitaux de semaine gériatriques.

**L'hôpital de semaine : un outil de préservation de l'environnement affectif du patient.**

Dans son intervention lors du Cent Cinquantenaire de l'AP-HP, Claire Compagnon<sup>20</sup> rappelle qu'« améliorer la prise en charge des malades atteints de pathologies graves nécessite aujourd'hui une approche globale de la personne intégrant plusieurs préoccupations : médicale, sociale, psychologique et morale ». Les trois dernières au

---

<sup>20</sup> L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantenaire de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

Claire Compagnon est directrice des actions de lutte à la Ligue nationale contre le cancer.

moins de ces exigences font référence à l'environnement affectif du patient et à la nécessité de préserver la dimension sociale de l'être humain malgré l'hospitalisation. L'humanisation des soins pousse à éviter au patient ce que Marie-Jo Sourty- Le Guellec<sup>21</sup> appelle une « cassure avec sa vie familiale et affective ». Pour M. Burgener et P. Roussel<sup>22</sup>, « les alternatives consistent à substituer à l'« enfermement hospitalier », une formule qui maintient le malade dans son contexte familial, autant que la technicité et la continuité des soins le permettent, tout en étant plus économique ».

Plusieurs raisons justifient la nécessité d'éviter cette rupture. Tout d'abord, elle est de plus en plus mal acceptée par les patients qui voient dans le séjour hospitalier qui les éloigne de leurs proches une atteinte à leur confort. Ils souhaitent conserver leurs habitudes de vie familiale, sociale et professionnelle. Cet éloignement doit être abrégé afin de ne pas atteindre au moral de la personne hospitalisée. Ensuite, comme le souligne M.-J. Sourty-Le Guellec, le fait d'être éloigné de son milieu affectif traditionnel peut avoir un impact thérapeutique. Elle cite en particulier le cas de la psychiatrie où le sujet semble particulièrement sensible. Les élèves de l'ENSP ayant participé au séminaire interprofessionnel de 1994 animé par B. Tirel sur le thème de *l'Evolution des modes d'hospitalisation vers l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine*<sup>23</sup>, arrivent à la même conclusion en remarquant que ce type de prise en charge « génère un climat favorable permettant de mieux supporter les traitements lourds ».

Dans la mesure où son principe s'inscrit dans la dynamique des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, l'hospitalisation de semaine répond en partie à cet objectif de préservation du lien familial et affectif. En rentrant chez elle au moins le week-end, et en n'effectuant que des séjours abrégés à l'hôpital, la personne prise en charge peut continuer à avoir une vie de famille quasiment normale, même si elle doit retourner à l'hôpital de manière répétée, comme c'est le cas de ce que nous appelons les prises en charges récurrentes.

### **Le cas particulier des prises en charges récurrentes : l'exemple des hôpitaux de semaine gériatriques.**

---

<sup>21</sup> SOURTY-LE GUELLEC M.J. *L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?* Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Juin 1997, 9 p.

<sup>22</sup> BURGNER M., ROUSSEL P. Les alternatives à l'hospitalisation dans le champ du médico-social. *Prévenir*, juin 1987, n°14.

<sup>23</sup> BROSSARD M.H., CONTE G., CUESTA F. et al. Séminaire Interprofessionnel 1994, Evolution des modes d'hospitalisation vers l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine, animateur : TIREL B.

Bien que ce ne soit pas l'option envisagée dans le cadre de l'hôpital de Coulommiers, il n'est pas inintéressant de se pencher sur le cas spécifique des hôpitaux de semaine recevant des personnes de manière récurrente. Cette hypothèse est imaginable dans de nombreux cas de pathologies chroniques ou permanentes. Elle se présente en particulier en psychiatrie, éventuellement en oncologie pour les stades avancés de la maladie, ou encore en gériatrie.

J.-P. David, S. Leboucher, H. Naga et C. Di Menza proposent des éléments de réflexion dans leur description du fonctionnement de l'hôpital de semaine du service de gériatrie clinique du Centre Hospitalier E. Roux de Limeil Brévannes<sup>24</sup>. Ils ont observé qu'une prise en charge globale faisait souffrir la personne âgée d'une rupture de sa vie familiale, de l'absence continue de logement pendant plusieurs semaines et d'une vie communautaire à laquelle elle n'était pas forcément prédisposée. Chacune de ces dimensions risque de générer une régression, qu'elle soit sociale dans le premier cas, de l'autonomie, y compris physique, dans le second, du goût de la vie dans le dernier, par le sentiment de n'être plus qu'un objet de prise en charge parmi d'autres.

L'hospitalisation de semaine permet à la fois de conserver au patient la perception de son humanité tout en permettant une transition en douceur vers une vie en milieu hospitalier lorsqu'elle est inéluctable. Les résultats de l'hôpital de Limeil Brévannes sont intéressants car ils permettent un retour complet à domicile pour 40,91% des personnes prises en charge, et ce, malgré la fréquence des syndromes démentiels constatés (64% des cas).

Dans les hospitalisations récurrentes, le rôle de la famille ou des aidants est majeur. Ils sont partie prenante dans la démarche de soins car où ils interviennent lors des week-ends et du retour à domicile. S'il doit y avoir transition vers une prise en charge globale, cette période est aussi importante pour le patient que pour eux. Elle permet d'accompagner la famille dans la séparation, parfois vécue avec un sentiment de culpabilité, d'échec, d'abandon, qui sera d'autant plus fort que les aidants auront été impliqués dans la prise en charge de la personne. Ce mécanisme est particulièrement bien décrit par J. Pellerin et A. Boiffin<sup>25</sup>, qui évoquent en particulier le cas des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de leur entourage « plus enclins à témoigner d'affects dépressifs que les individus du même âge pris dans la population générale ».

---

<sup>24</sup> DAVID J.P., LÉBOUCHER S., NAGA H. et al. L'hôpital de semaine gériatrique, *La Revue de Gériatrie*, Janvier 1994, t.19, n°1, pp. 35-40.

<sup>25</sup> PELLERIN J., BOIFFIN A. L'attente des familles face aux structures alternatives à l'hospitalisation. *La Revue de Gériatrie*, Novembre 1999, t.24, n°9, pp. 712-716.

b) *Autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie : un patient qui arrive à l'âge adulte*

Le patient est de plus en plus perçu comme un acteur autonome qui a son propre rôle à jouer dans l'hospitalisation. Les hôpitaux de semaine sont un cadre opportun pour cette évolution.

### **La reconnaissance d'un rôle d'acteur au patient**

Claire Compagnon rappelle que «l'usager du système de soins est de plus en plus reconnu comme un personnage actif»<sup>26</sup>. Si dans son discours, elle fait plus particulièrement référence au patient usager du service public, membre d'associations, représentant au conseil d'administration..., son énoncé est vrai également sur d'autres aspects, et notamment sur celui de la prise en charge médicale à proprement parler. Nous avons déjà évoqué l'amorce d'un rééquilibrage du pouvoir entre le médecin et le patient, mais cela s'accompagne d'un renforcement de la maturité du patient par sa propre prise en charge. Un hôpital de semaine peut être un outil efficace de cette maturation par les soins et l'éducation aux soins qui peuvent y être dispensés. Il est d'ailleurs dans la philosophie des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle de demander aux patients une démarche et une attitude volontariste, participative. Cela s'explique par le fait que, n'étant pas sous surveillance continue de l'équipe soignante, le patient devra pouvoir s'assumer seul, ou éventuellement grâce à l'intervention d'un aidant, et devra même pouvoir réagir en cas de petit problème, jusqu'à être capable de s'administrer des soins légers ou de réguler ses symptômes, comme ce peut être le cas pour le diabète par exemple. Le témoignage des équipes médicales et soignantes à ce sujet est très clair, comme le prouve cet extrait d'un article de J. Pellerin et A. Boiffin<sup>27</sup> : « On insiste sur le nécessaire engagement du patient et de son entourage pour ce mode de prise en charge en rappelant l'importance de se tenir au programme de soins et en planifiant des entretiens réguliers avec cet entourage ». Si ces auteurs témoignent de leur expérience à l'hôpital de jour gériatrique d'Ivry-sur-Seine, un tel discours est calquable pour une hospitalisation de semaine, qu'elle soit récurrente ou non.

---

<sup>26</sup> L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantième de l'AP-HP. 1999. Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

<sup>27</sup> PELLERIN J., BOIFFIN A. L'attente des familles face aux structures alternatives à l'hospitalisation. *La Revue de Gériatrie*, Novembre 1999, t.24, n°9, pp. 712-716.

## **L'hôpital de semaine : outil pratique d'autonomisation du patient et de promotion de la santé**

En parlant des personnels hospitaliers, J.-M. Clément<sup>28</sup> dit que « la logique de responsabilité est vivifiante ». Cet axiome peut s'appliquer également au patient. Un hôpital de semaine peut être un outil idéal d'autonomisation du patient, en assurant à la fois une surveillance médicale parfois assez lourde et en lui donnant les outils de l'autonomie lorsqu'il se retrouve seul. Au cours de ces séjours hospitaliers brefs, le patient va apprendre à appréhender sa maladie, à vivre avec. La personne redevient alors responsable de sa propre santé. Le Dr P. Butet<sup>29</sup> insiste sur le fait que « la démarche éducative ne cherche pas à rendre le patient plus obéissant : elle cherche à construire avec lui une réponse individuelle, acceptable par lui-même et le soignant ».

Si nous établissons ici un lien entre l'éducation thérapeutique du patient et l'hospitalisation de semaine, c'est que cette structure est particulièrement adaptée pour ces activités. Des programmes sur quelques jours peuvent être construits et attirer un public dont le séjour est programmable, car la chronicité de leur pathologie inscrit leur besoin d'apprentissage dans le long terme. Comme le dit P. Butet, « la démarche éducative s'intègre ainsi à la démarche thérapeutique ». Il évoque comme pathologies susceptibles d'être concernées le diabète, l'asthme et les maladies cardio-vasculaires. Le patient est pris en charge dans le cadre de l'hôpital, où l'on procède aux examens nécessaires, à l'analyse de l'évolution de la pathologie... et il est suivi par un personnel formé à l'éducation thérapeutique. Ces programmes s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé dont la culture est à renforcer en France.

Enfin, il faut noter que ce type de prise en charge est encouragé par les pouvoirs publics jusque dans la législation. Ainsi, la loi 2002-303 du 4 mars 2002 prévoit dans son chapitre IV une politique de prévention fondée sur des objectifs et programmes nationaux fixés dans le cadre de priorités pluriannuelles. Pierre Butet rappelle également que différentes circulaires sur la lutte contre le tabagisme, le diabète ou l'éducation thérapeutique fournissent une base solide pour orienter la culture de l'hôpital vers une démarche de santé publique et de promotion de la santé.

---

<sup>28</sup> CLEMENT J.M. L'avenir de l'hôpital. *Les cahiers hospitaliers. Personnels et formation*, Octobre 1995, n°106, pp. 8-12.

<sup>29</sup> BUTET P. Promotion de la santé : les patients d'abord ?, *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2003, n°492, pp. 23-25.

## 1.2 Une approche juridique et financière

Comme pour toute activité hospitalière, il convient de se poser la question de l'encadrement de l'hôpital de semaine. Il nous faut nous intéresser aux concepts juridiques que recouvre ce terme afin d'examiner les règles qui en régissent le fonctionnement. Il nous faut également nous pencher sur la réalité économique de ces structures. Si elles semblent porteuses d'une rationalisation, les exemples concrets nous poussent à nuancer notre vision.

### 1.2.1 Une approche juridique : le débat sur le statut de l'hôpital de semaine

L'étude de la création d'une unité d'hospitalisation de semaine amène à se poser la question du statut juridique de ces structures, dont la réponse se trouve dans le Code de la santé publique<sup>30</sup>. La confusion est souvent faite par les observateurs qui l'intègrent abusivement aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation, alors qu'il n'en fait juridiquement pas partie. L'hôpital de semaine n'est qu'une modalité d'organisation d'une unité classique d'hospitalisation, ce qui est à la fois facteur de souplesse et obstacle dans la reconnaissance de ses potentialités.

#### A) L'Hôpital de semaine n'a pas de reconnaissance juridique spécifique

Au premier abord, l'originalité et la finalité de ce type de prise en charge conduit à la classer parmi les « structures alternatives à l'hospitalisation », encadrées par une législation très précise. Cependant, l'étude des textes nous oblige à remettre ce jugement en cause et à constater que l'hôpital de semaine n'est régi par aucune législation spécifique mais bien par la législation commune.

#### a) *L'Hôpital de semaine présente des ressemblances avec les « structures alternatives à l'hospitalisation »*

---

<sup>30</sup> Voir Annexe I : Extraits du Code de la Santé Publique.

La définition juridique qui est faite des structures alternatives à l'hospitalisation peut laisser croire que les hôpitaux de semaine en font partie.

### **L'encadrement juridique des alternatives à l'hospitalisation**

La notion structures de soins alternatives à l'hospitalisation correspond à une définition juridique précise. Leur existence est mentionnée dans le code de la santé publique, et en particulier à l'article L. 6121-2 (ancien art. L 712-2), qui précise que :

« La carte sanitaire détermine :

1°[...]

2° La nature et l'importance ;

a) Des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population, y compris les équipements et matériels lourds et les structures alternatives à l'hospitalisation [...] »

Elles sont très encadrées par les textes, qui précisent également leurs conditions d'ouverture, d'autorisation (article L. 6122-1 et suivants du code de la Santé publique) et de fonctionnement (décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 introduisant les articles D. 712-30 et suivants). La législation précise la teneur des activités qui peuvent y être pratiquées. L'article R 712-2-1 spécifie en particulier que :

« 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 ».

Il nous faut remarquer que ces missions recouvrent pour une large part les activités autorisées dans le cadre d'unités d'hospitalisation classique.

Si l'hôpital de semaine était une forme d'alternative à l'hospitalisation, son ouverture obligerait à envisager l'ensemble des conditions posées par les textes et à s'assurer que la structure y satisfasse.

### **Une apparente ressemblance de l'hôpital de semaine à ces alternatives.**

L'encadrement juridique des structures de soin alternatives à l'hospitalisation a été construit au moyens de décrets et règlements qui donnent des orientations pouvant laisser croire que l'hôpital de semaine pourrait être assimilé à cette catégorie.

Ainsi par exemple, l'article R 712-2-1 du code de la santé publique les définit ainsi :

« Les structures alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6121-2 ont pour objet **d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée**.[...] »

L'un des principaux objectifs de l'hôpital de semaine est de limiter à cinq jours maximum la durée de séjour des patients qui y sont admis, tout en leur assurant une prise en charge de qualité au moins équivalente à celle des services d'hospitalisation traditionnels. En ce sens, il peut donc être considéré comme une structure alternative à l'hospitalisation, puisque sa philosophie est identique à celle soutenant la création de ces dernières.

De plus, les termes mêmes utilisés pourraient prêter à confusion puisque le législateur parle de « structures d'hospitalisation à temps partiel », en précisant cependant : « de jour ou de nuit ». Ces formulations laissent entendre que le principe de base est que le patient vive une partie de sa convalescence ou de son traitement en dehors de la structure hospitalière. Elle ne semblent pas non plus s'opposer à l'hébergement de nuit. Encore une fois, rien ne fait ici obstacle à l'intégration des hôpitaux de semaine dans la définition juridique des alternatives à l'hospitalisation.

Les observateurs eux-mêmes s'y méprennent et intègrent les hôpitaux de semaine dans leurs analyses sur les alternatives à l'hospitalisation. C'est très explicitement le cas de T. Hoët en 1993, ainsi que de M.-J. Sourty-Le Guellec plus récemment, en 1997. Ils se basent en général sur la notion de réduction de la durée d'hospitalisation et sur l'idée de rationalisation de la prise en charge.

*b) L'hôpital de semaine n'a pas de reconnaissance juridique spécifique*

Tant par la durée d'hospitalisation qu'il permet que par le mode d'organisation qui le définit, l'hôpital de semaine n'est pas une structure alternative à l'hospitalisation.

### **Une exclusion du fait de la durée d'hospitalisation**

Il apparaît très clairement que l'hôpital de semaine, malgré sa ressemblance dans l'organisation et dans sa philosophie avec les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, n'est juridiquement pas reconnu en tant que telle. Cette clarification est apportée par le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 qui introduit dans le code de la santé publique un article D 712-30 rédigé comme suit :

« Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit [...] dispensent, **sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures**, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. [...] »

Ce texte ne permet aucune ambiguïté. La condition principale qui préside à la classification comme alternative à l'hospitalisation réside dans une prise en charge

inférieure à douze heures. Ceci n'est pas le cas de l'hospitalisation de semaine puisque les patients sont susceptibles de rester présents jusqu'à cinq jours et quatre nuits dans le service et que la prise en charge minimum est de vingt-quatre heures.

### **Une capacité exprimée en lits en non en places.**

Une conséquence de cette distinction se retrouve dans la sémantique utilisée pour définir les capacités de ces différents modes de prise en charge. En ce qui concerne les structures de soins alternatives à l'hospitalisation, l'article R 712-2-3 du code de la santé publique rappelle que :

« La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation est exprimée en places. La place est l'unité de capacité qui permet une activité annuelle maximale correspondant à :

365 séances pour l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit ; [...] »

La capacité de l'hôpital de semaine, quant à elle, reste définie en nombre de lits, comme dans une unité d'hospitalisation traditionnelle.

Au delà de la sémantique, la différence de termes exprime deux modes d'organisation et de calcul de l'activité différents. La notion de place permet une gestion annuelle du flux de patients différente de celle du nombre de lits. Lorsqu'une unité est définie en lits, le nombre de lits matériellement présents dans le service doit correspondre au nombre de lits autorisés administrativement. Inversement, lorsqu'il est défini en places, le nombre de lits matériels peut être supérieur au nombre de places autorisées. Il doit même l'être pour tenir compte des périodes de fermeture des unités, week-ends, fermetures annuelles, voire mercredis dans certains cas. Ceci ne va d'ailleurs pas sans poser des problèmes de gestion dans les unités mélangeant places d'hôpital de jour et lits d'hôpital de semaine. Si cela permet une gestion souple au quotidien, le remplissage annuel et le respect des normes posées peuvent être plus délicats à justifier face aux tutelles.

- B) L'hôpital de semaine rentre dans le cadre de la législation commune dont il est une simple adaptation.

N'étant pas une « structure de soins alternatives à l'hospitalisation », il faut donc considérer l'hôpital de semaine comme une unité classique qui aurait été aménagée. En cela, il est soumis à la législation commune des unités de soin. Cette situation juridique est porteuse de souplesse et permet d'imaginer différentes structurations pour les hôpitaux de semaine.

a) *La législation commune*

**Conséquences sur la création de ces unités**

Une unité d'hôpital de semaine est donc soumise à la législation commune des services de soin, sans spécificité particulière. Cette législation se trouve dans la Nouvelle partie législative du code de la santé publique, au chapitre 6, intitulé « Organisation des soins et fonctionnement médical ».

La transformation d'une unité déjà existante ou le redéploiement de lits d'unités en fonctionnement vers un hôpital de semaine ne posent donc pas de difficulté, en particulier car elle ne nécessite pas d'autorisation des autorités de tutelle, dans la mesure où l'hôpital de semaine s'inscrit dans la planification existante et ne la remet pas en cause. Il faut que les lits prévus pour un hôpital de semaine de médecine soient redéployés à partir d'unités de médecine ou de chirurgie, en fonction de l'activité qui fera l'objet de la prise en charge.

Dès lors, l'hôpital de semaine est considéré comme une unité fonctionnelle comme les autres, définie par l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, qui les identifie comme :

« [...] les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions ou leur organisation ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. »

**Les hôpitaux de semaine s'envisagent comme des sous-ensembles de services**

Ces unités fonctionnelles sont regroupées dans des services. Sauf cas exceptionnel, elles ne fonctionnent donc pas de manière autonome, mais s'inscrivent dans une cohérence de service dont l'action est animée par un chef de service sans le cadre d'un projet de service. Le mode d'organisation peut servir à identifier et donc à individualiser une unité. Cela peut justifier la différenciation d'une unité d'hôpital de semaine au sein d'un service hospitalier.

De plus, en vertu de l'article L. 6146-6 du code de la santé publique, cette unité doit être « placée sous la responsabilité d'un praticien titulaire ou d'un praticien hospitalo-universitaire temporaire du service [...] dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de service [...] dans le respect du projet de service ». Ce médecin est désigné

par le conseil d'administration de l'établissement, « avec l'accord du chef de service et après avis des praticiens titulaires du service [...] et de la Commission médicale d'établissement. »

Comme tout ce qui concerne l'organisation médicale, la création d'une unité fonctionnelle, même par redéploiement doit être validée par les instances et en particulier par la Commission Médicale d'Etablissement, conformément à l'article L 6144-1 du Code de la Santé Publique.

*b) L'aménagement opéré par les unités d'hospitalisation de semaine.*

L'hôpital de semaine est donc un simple aménagement du fonctionnement d'une unité fonctionnelle classique. Ceci induit une autonomie très large dans la construction et l'imagination de ces structures. Nous reprendrons ici trois exemples de ce qui peut se faire.

- L'hôpital de semaine inclus dans l'unité

Ce type d'hôpital de semaine n'est pas vraiment constitué d'une unité fonctionnelle. Nous avons rencontré cet exemple au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, dans le service de gastro-entérologie. Un certain nombre de lits y sont identifiés comme réservés à la programmation et ne sont sensés accueillir du public que du lundi matin au vendredi soir. Le personnel est réduit le week-end en proportion du nombre de lits fermés. Dans cet exemple précis, 8 lits sur les 20 de ce service sont dédiés à l'hôpital de semaine. Cette structure présente l'avantage de permettre une gestion souple des cas difficiles par la cadre du service, en particulier lorsqu'un patient qui devait sortir en fin de semaine ne peut le faire et est contraint de rester à l'hôpital.

- L'hôpital de semaine intégré

On parle d'hôpital de semaine intégré lorsque l'unité d'hospitalisation concernée est associée à d'autres unités au sein d'un service unique. Elle est une unité fonctionnelle à part entière, qui fonctionne avec une équipe soignante spécifique. C'est le choix qui a été opéré par le service de neurochirurgie de l'hôpital Pierre Wertheimer de Lyon en 1992, avec la transformation d'une des deux unités du service en hôpital de semaine. Ce service est décrit dans un article de 1996<sup>31</sup> qui précise que « le terme intégré sous-entend

---

<sup>31</sup> VERGNON P., COLIN C., REMOND J., BARDIN C., FISCHER G. Impact de la mise en place d'une unité intégrée d'hospitalisation de semaine en neurochirurgie. *Gestions Hospitalières*, Janvier 1996, pp. 62-67.

que cette unité reste associée à l'autre unité afin de permettre un transfert des malades sans démarche auprès du bureau des entrées ». La souplesse du cas de figure précédent est donc conservée, puisqu'une solution est trouvée pour les patients incapables de regagner leur domicile le vendredi soir. La distinction des équipes et la fermeture de l'unité le week-end permet d'éviter les dérapages dus aux urgences et aux imprévus.

Ce type de structure est plus particulièrement adapté aux hôpitaux de semaine rattachés à des spécialités bien délimitées.

- L'hôpital de semaine autonome

Ce dernier type de structure est caractérisé par une grande autonomie du médecin responsable de l'unité. Il est constitué d'une unité fonctionnelle spécifique, dotée d'un personnel soignant propre et rattachée éventuellement hiérarchiquement à un ou plusieurs services. Ce cas est celui que nous avons rencontré à l'Hôpital de Poissy-Saint-Germain, sur le site de Saint-Germain-en-Laye, dans l'hôpital de jour et de semaine du Docteur Le Lostec. Des accords multiples avec les différents services de rattachement de l'hôpital doivent être passés pour assurer la prise en charge des patients devant rester hospitalisés au delà de la durée d'hospitalisation initialement prévue. Il s'agit d'une adaptation du cas de figure précédent avec une plus large autonomie du médecin responsable.

Ces trois hypothèses ne sont que des exemples de ce qui peut être imaginé. La structure et le mode de fonctionnement dépendent souvent de la personnalité du ou des acteurs en charge de la mise en place et de l'animation de l'hôpital de semaine.

## **1.2.2 Une approche financière : quelle rationalité économique pour l'hôpital ?**

T. Hoët nous rappelle que «Les difficultés que connaissent les services de Sécurité sociale de nos pays dans le domaine du coût de la santé augmentent, et continueront d'augmenter de plus en plus, pour la diminution du temps d'hospitalisation ». Les hôpitaux de semaine semblent porteurs d'une rationalité financière au regard de l'état actuel du financement des dépenses de santé dans notre pays. Des économies sont espérées au niveau de la gestion, mais les observateurs se montrent relativement prudents sur leur réalité. Les années à venir pourront éclairer d'un regard neuf cette étude de l'intérêt économique des hôpitaux de semaine, avec leur intégration à la réforme de la tarification à l'activité et le débat sur leur rôle dans la politique de prévention de la santé, potentiellement porteuse d'économies.

A) Une logique d'économie de gestion :

L'idée de créer un hôpital de semaine peut être séduisante pour les responsables hospitaliers dans un contexte de restriction budgétaire au sens où ce genre de structure semble de prime abord être un moyen de réaliser des économies. Cependant, une étude plus approfondie de la question nous oblige à nuancer cette idée.

a) *Les économies attendues*

« L'idée première est que des soins pratiqués hors de la structure lourde de l'hôpital avec peu ou pas d'hébergement coûteraient moins cher » nous dit M.-J. Sourty-Le Guellec.

### **Les économies en terme de personnel**

Les économies qui apparaissent comme les plus évidentes, lors de la réflexion sur l'ouverture d'hôpitaux de semaine, sont les économies de personnel. Fermer une unité le week-end signifie économiser le temps-agent des équipes soignantes qui le font fonctionner. Le constat n'est pas anodin alors même que le week-end est le moment de la semaine où sont pratiqués le moins d'actes médicaux susceptibles dans le cadre de la T2A de rapporter de l'argent à l'hôpital et au service, et donc de financer l'activité soignante. C'est l'idée qu'exprime T. Hoët<sup>32</sup> lorsqu'il dit que «Ce système [l'hôpital de semaine] (...) est un facteur de la déshospitalisation mais d'économie aussi, si l'on prend en considération le coût des salaires du personnel [les] jours de week-end ». Cette idée peut même être à la base de la démarche de transformation d'unités classiques en unités d'hospitalisation dans un contexte de pénurie de personnel infirmier.

A titre d'exemple à l'hôpital de Coulommiers<sup>33</sup>, si du jour au lendemain une unité d'hospitalisation de médecine était transformée en unité d'hôpital de semaine, le gain serait de 1,5 postes d'Infirmières, 2 postes d'Aide Soignante et 0,8 postes d'Agent de Service Hospitalier soit, à l'année, une économie de 143 776,64€.

---

<sup>32</sup> HOËT T. *L'hôpital confronté à son avenir. Actualiser l'hôpital et le préparer au XXIème siècle*. Paris : Editions Lamarre, Paris, 1993, 229p.

<sup>33</sup> Voir Annexe II : Effectifs des services de médecine au CHC.

La détermination de ces coûts a été la suivante :

Les calculs ont été effectués sur la base d'une unité fonctionnant à l'année à effectif minimum.

Calcul du temps travaillé chaque week-end par les agents :

Séquence	Nbe de séquences	Horaires	IDE	Temps IDE	AS	Temps AS	ASH	Temps ASH
Matin	2	7h30	2	30h	2	30h	1	15h
Après-midi	2	7h30	1	15h	1	15h	1	15h
Nuit	3	10h	0,5	15h	1	30h	0	0
Temps total				60h		75h		30h

Calcul des économies théoriquement réalisées :

Grade	IDE	AS	ASH
Temps libéré	60h	75h	30h
<b>Equivalent Temps Plein</b>	<b>1,5*</b>	<b>2**</b>	<b>0,8***</b>
Coût annuel moyen d'un ETP au CHC (en euros)	38 693	32 087	25 157
<b>Economie réalisée (en euros)</b>	<b>58 039,50</b>	<b>64 174</b>	<b>21 563,15</b>

<b>Economie annuelle totale (en euros)</b>	<b>143 776,64</b>
--	-------------------

\* :  $60h/35h=1,71$  ETP, pour des raisons pratiques, ce chiffre est arrondi à 1,5 ETP

\*\* :  $75h/35h=2,14$  ETP, pour des raisons pratiques, ce chiffre est arrondi à 2 ETP

\*\*\* :  $30h/35h=0,86$  ETP, pour des raisons pratiques, ce chiffre est arrondi à 0,8 ETP, sachant qu'une personne travaillant à 80% touche  $6/7^{\text{ème}}$  du salaire d'une personne travaillant à temps plein.

Ces économies de personnels peuvent permettre une souplesse de gestion qui prend deux formes différentes selon la situation de l'établissement. Soit elle offre l'opportunité de dégager un potentiel de redéploiement de personnel<sup>34</sup>. Soit, et c'est ce qui s'est passé dans l'exemple décrit par Sophie Guerraz dans le cadre du Centre Hospitalier de Chambéry, elle est l'occasion de geler des postes et donc de maîtriser l'évolution de la masse salariale. Ces deux mécanismes ne sont pas incompatibles et peuvent être utilisés simultanément.

### Les économies en terme de logistique

Aux économies de personnel que peut entraîner l'ouverture d'un hôpital de semaine, il faut ajouter les économies sur les dépenses logistiques inhérentes à la prise en charge du patient : blanchisserie, restauration...qui ne sont pas négligeables non plus. Ainsi, pour un lit d'hospitalisation, ce sont cinq plateaux repas et trois petits déjeuners qui sont économisés par l'absence du patient du vendredi soir au lundi matin. Dans le cas particulier de l'hôpital de Coulommiers, cela représente une dépense de l'ordre de 2,048€

<sup>34</sup> BROSSARD M.H., CONTE G., CUESTA F. et al. Séminaire Interprofessionnel 1994, Evolution des modes d'hospitalisation vers l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine, animateur : TIREL B.

en coût direct (prix de revient des aliments) et 4,89€ en coût complet (prix de revient des aliments et de toutes les charges inhérentes au fonctionnement de la cuisine) par lit. Multiplié par le nombre de lits dans l'unité et par le nombre de week-end dans l'année, cela amène à des sommes importantes.

	Prix du repas	Prix des 5 repas	Prix du petit déjeuner	Prix des 2 petits déjeuners (dont 1 dimanche)	Coût total restauration sur le week-end	Coût annuel
Coût direct	2,048	10,24	0,23 (semaine) 0,61 (Dimanche)	0,84	11,08	576,16
Coût complet	4,89	24,45	0,23 (semaine) 0,61 (Dimanche)	0,84	25,29	1315,08

En blanchisserie, l'économie peut sembler moins importante, mais en considérant que dans une unité de soins aigus le linge de lits est en moyenne changé une fois par jour, si le service ferme deux jours dans la semaine, sera réalisée une économie de linge doublement proportionnelle au nombre de lits occupés dans le service. Ce linge ne sera pas à reblanchir, permettant de économies théoriques en terme de main d'œuvre et de produits de lessive.

*b) Des économies à relativiser*

Les observateurs ne sont pas tous unanimes pour affirmer que ces économies de gestion soient suffisantes pour fonder l'intérêt économique de ce genre d'unités. Cette situation nous oblige à nous poser la question de la motivation première qui doit animer les professionnels de santé souhaitant développer cette activité.

**Des économies dont l'importance est remise en cause**

Il nous faut relativiser ici les économies générées pour un établissement par la mise en place d'un hôpital de semaine. M.-J. Sourty-Le Guellec<sup>35</sup>, par exemple, nuance largement l'approche économique qui peut être faite de prime abord. Pour elle, « le bilan économique est incertain et ambigu » car, nous dit-elle, « les évaluations manquent et s'il en existe, elles n'ont pas encore convaincu que les alternatives permettraient de faire des

---

<sup>35</sup> SOURTY-LE GUELLEC M.J. *L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?* Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Juin 1997, 9 p.

économie ». Elle a travaillé sur les alternatives à l'hospitalisation traditionnelle auxquelles elle a explicitement intégré l'hôpital de semaine, quoique juridiquement nous ayons démontré plus haut qu'il n'en faisait pas partie. Or, si d'une manière générale les études sur les alternatives à l'hospitalisation sont rares, d'une manière spécifique, celles sur l'hospitalisation de semaine le sont encore plus.

Les gains réalisés sont d'autant plus faibles que, nous rappelle-t-elle, « la mise en place d'un nouveau service nécessite un développement de nouveaux moyens, qui sont sources de nouvelles dépenses dans un premier temps ». Créer un hôpital de semaine n'est pas sans coût. Cette création doit notamment faire l'objet d'une réflexion pour savoir si elle doit venir en complément ou en substitution d'autre chose. Une création *ex nihilo* implique la reconnaissance d'une activité nouvelle à laquelle sont consacrées des ressources qu'il faut trouver et qui, avant qu'elles ne soient rentables, peuvent générer d'importantes dépenses d'investissement, ne serait-ce qu'en travaux et en charges nouvelles de personnel. *A contrario*, la démarche de la substitution semble plus économique ; encore faut-il que la transformation soit complète et que ne subsistent pas en définitive deux unités là où auparavant il y en avait une seule, créant un surcoût en terme de personnels, de logistique et plus généralement d'organisation.

Enfin, la spécificité et l'organisation de l'hôpital de semaine est à l'origine de coûts par rapport à une unité classique. Ainsi, par exemple, dans l'idéal, ces structures prévoient un poste de travail spécifique, celui de l'infirmière programmatrice, qui ne se trouve pas ailleurs. Ce poste doit être financé alors que cette personne ne participe pas aux soins. Dans un contexte de pénurie de personnel infirmier, ce profil de poste peut être considéré comme un luxe, même si en pratique il peut éventuellement permettre de proposer un emploi à une personne en reclassement.

### **Quelle finalité pour les Hôpitaux de semaine ?**

La réflexion sur la réalité économique des hôpitaux de semaine nous oblige à nous poser la question de la raison d'être de ces structures. Il s'agit de déterminer quelle est l'argument principal qui pousse un établissement à s'engager dans ce genre de démarche. Certes, idéalement, un équilibre doit être trouvé entre contraintes économiques et qualité de la prise en charge du patient. Cependant, en pratique l'un ou l'autre de ces aspects est déterminant. Pour Edouard Couty<sup>36</sup>, le choix est clair, « remodeler le système, le restructurer, ce n'est pas faire des économies, c'est améliorer

---

<sup>36</sup> COUTY E. in L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle. Colloque national Cent-cinquantenaire de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

l'accès aux soins et leur qualité ». Ainsi, si l'objectif est de faire évoluer les structures de prise en charge médicale dans le sens du patient, il ne doit pas être fait attention aux coûts. Edouard Couty n'est sans doute pas en train de prêcher pour une non maîtrise des coûts. Il se contente juste de constater que cette évolution se fera sans doute à périmètre budgétaire au minimum constant. Pour un certain nombre d'observateurs, il faut se rendre à l'évidence : « Globalement, ce ne sont pas les avantages financiers qui font « pencher la balance » en faveur des structures diversifiées, mais des avantages liés à la qualité des services rendus aux usagers et à une meilleure adéquation de ces services de soins »<sup>37</sup> . Sur le terrain, chaque établissement, pour chaque projet, doit mener cette réflexion, en acceptant l'idée qu'il n'y a pas de bonne réponse. Choisir de limiter les dépenses de santé est un objectif qui dans le contexte actuel est aussi louable que celui d'améliorer la prise en charge du patient. Cependant, il semble que dans un projet d'ouverture d'un hôpital de semaine, arriver à une réduction des coûts soit illusoire, alors que l'amélioration de la prise en charge du patient soit bien réelle. L'intérêt économique dépendra de facteurs locaux et des opportunités de mise en œuvre du projet.

B) Une logique de rationalité financière :

Sur un plan macro-économique, plusieurs questions se posent. La première est celle de l'impact de la réforme de la tarification à l'activité sur la viabilité des hôpitaux de semaine. Une autre interrogation porte plus généralement sur leur place dans la politique de maîtrise des dépenses de santé.

a) *Une nécessaire adaptation à la tarification à l'activité*

Les années à venir vont être les témoins de la refonte du système de financement des hôpitaux, avec l'introduction de la réforme de la tarification à l'activité. Il est important de se demander quel peut être l'intérêt des hôpitaux de semaine et leur viabilité dans ce nouveau contexte.

### **L'impact de la tarification basée sur l'activité**

---

<sup>37</sup> GADREAU et BLEMERY cité par BROSSARD M.H., CONTE G., CUESTA F. et al. Séminaire Interprofessionnel 1994, Evolution des modes d'hospitalisation vers l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine, animateur : TIREL B.

L'activité des hôpitaux de semaine va, comme le reste de l'activité d'hospitalisation, entrer dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité. Aucune spécificité n'est prévue dans la mesure où il ne s'agit que d'une adaptation du fonctionnement d'une unité classique. Il nous faut toutefois faire ici deux remarques sur la spécificité de l'impact de la réforme sur les hôpitaux de semaine.

Tout d'abord il nous faut nous intéresser à l'esprit de la réforme. Pour Jean-François Mattéi, le ministre qui en a été le promoteur, « La tarification à l'activité permet aussi de donner sens et corps à la volonté du Gouvernement d'intéresser les professionnels aux résultats de leurs actions »<sup>38</sup>. Nous l'avons vu plus haut, l'hôpital de semaine est un moyen de répondre au besoin des médecins de protéger leurs activités programmées. De telles structures s'intègrent donc à l'évolution du secteur de la santé qu'est en train de connaître notre pays.

Un second point nous amène à penser que, dans le cadre de la réforme de la T2A, l'hôpital de semaine peut présenter un aspect très rentable. En effet, dans le nouveau mode de financement, c'est le Groupe Homogène de Soins auquel se rattache la pathologie et les actes pratiqués qui importent pour définir ce qui va être reversé à l'hôpital par les caisses d'assurance maladie. Que le malade soit pris en charge sur sept jours ou sur cinq, ce montant restera identique si les actes pratiqués sont les mêmes. Les différents coûts évoqués plus haut (personnels, logistique...), en revanche, resteront proportionnels au temps passé dans l'unité. Dans cette analyse, il faut également rappeler qu'en dehors des actes d'urgence, le principal de l'activité n'est pas fait le week-end. Il est donc plus intéressant, lorsque la situation du patient s'y prête, de le prendre en charge en hôpital de semaine en assurant un rythme élevé des examens et des soins prodigués, que de l'accepter en unité classique. Cela doit se faire en veillant à conserver l'intérêt du patient et la qualité de sa prise en charge, car en aucun cas, il ne saurait être imaginable de réduire la durée d'hospitalisation pour des raisons purement économiques. La démarche doit s'inscrire dans une dynamique de rationalisation de la prise en charge et non d'économie à tout prix. Cette remarque devait être faite car de semblables dérives ne sont pas inimaginables.

### **Les conséquences sur le fonctionnement des hôpitaux de semaine**

---

<sup>38</sup> MATTEI J.-F. in L'hôpital en 2007. *Questions de Sécurité Sociale*, Février 2003, n°587, pp.21-27.

Concrètement, cette réforme va demander aux responsables hospitaliers, en général, et aux responsables d'hôpitaux de semaine, en particulier, d'opérer des choix stratégiques sur les activités prises en charge. Cependant, les premiers sont contraints ont pour mission d'organiser de l'ensemble des activités médicales, même les moins rentables au plan financier dans la logique de leur mission de service public. Les seconds, quant à eux, auront la possibilité de choisir leurs activités en fonction de ce qu'il est vraiment rentable de faire en hôpital de semaine. Cette fois, la motivation s'inscrit dans une autre obligation qui est celle de la bonne gestion des deniers publics. Il s'agit de privilégier des activités pouvant être une source de revenu pour l'hôpital et qui permettront d'assurer le financement d'autres activités moins rentables. En définitive, lorsque l'on tient compte de tous ces facteurs, l'intérêt économique va, à terme, dépendre des pathologies qu'il aura été décidé de prendre en charge en fonction de la définition des Groupes Homogènes de Soins et de leur tarification.

Des garde-fous doivent ici aussi être posés. Il ne s'agit pas de négliger les pathologies les moins rémunératrices pour l'hôpital, qui devront être prises en charge de manière satisfaisantes dans d'autres unités.

- b) L'inscription de l'hôpital de semaine dans la problématique de la maîtrise du financement public des dépenses de santé.*

L'hôpital de semaine présente un autre intérêt économique au niveau de son action en tant qu'outil de promotion de la santé et de son intégration aux réseaux de soin. Quoi qu'il en soit, le développement de telles structures restera la conséquence de grandes lignes tracées par les pouvoirs publics en terme de politique de santé et de priorité dans le financement de la santé.

### **Les hôpitaux de semaine sont facteurs d'économies de dépenses de santé**

Si nous nous sommes posés la question de l'économie directe qu'un hôpital de semaine serait susceptible de générer au niveau d'un établissement, il est également intéressant de se demander quel impact une telle structure peut avoir sur le plan de la maîtrise des dépenses de santé au niveau national.

Le premier élément de réponse découle de l'analyse qui a été faite précédemment sur l'économie générée sur l'hôpital.

Le second élément de réponse, à la fois le plus hypothétique, mais également le plus prometteur, tient au rôle de ce genre de structure dans la promotion et l'éducation à la

santé. Nous l'avons déjà dit, les hôpitaux de semaine peuvent être utilisés comme des outils privilégiés pour ce type d'actions en leur servant de cadre. Le Dr Pierre Butet fait la promotion de leur intérêt économique en rappelant que : « (...) la réduction du coût de prise en charge fait partie des motifs économiques qui ont vu naître l'éducation pour la santé, parallèlement aux raisons épidémiologiques et sociologiques. Au cours du traitement de l'asthme, l'éducation pour la santé permet par exemple de diminuer les visites en urgence, les hospitalisations (-80%), les arrêts de travail, les coûts des traitements (-50%). Au cours du traitement du diabète, elle permet de diminuer les épisodes d'hypoglycémies sévères (-80%) et les amputations (-75%). » L'asthme et le diabète sont des maladies qui sont en plein développement, et le vieillissement de la population risque d'entraîner une explosion de la seconde. On comprend dès lors l'intérêt de cette éducation.

Enfin, les hôpitaux de semaine ont d'autant plus d'intérêt qu'ils s'intègrent aisément aux réseaux ville-hôpital qui assurent un suivi complet du patient. Dans le même ordre d'idée que pour l'éducation à la santé, dans une population suivie médicalement, les maladies graves sont dépistées plus précocement, donc soignées plus rapidement et reviennent moins cher à la société.

**La place à venir des hôpitaux de semaine sera la conséquence de choix politiques.**

Nous avons donc vu que la place économique d'un hôpital de semaine restait à débattre. Il semble que si le coût direct n'est pas forcément évident, ce genre de structure génère des économies indirectes qui ne sont pas négligeables pour le financement de la santé en France. Quoi qu'il en soit, la question de l'intérêt économique d'un hôpital de semaine restera un choix politique dans la mesure où ce sont les pouvoirs publics qui décident, d'une part, de favoriser ou non la diversification de l'offre, et qui, d'autre part, décideront dans le cadre de la T2A de la rémunération qu'entraînera la prise en charge des différentes pathologies par la structure concernée.

Dans cette réflexion, l'hôpital de semaine est dans une position qui est assez ambiguë du fait de sa situation statutaire. Sa non reconnaissance juridique en tant qu'alternative à l'hospitalisation l'exclut de toute politique tendant à les favoriser. Cependant, il peut être gagnant dans la mesure où, financé comme les unités classiques d'hospitalisation, il propose des services identiques mais sur des durées d'hospitalisation plus courtes.

Il revient donc aux décideurs d'opérer leurs choix stratégiques sur le développement de ce genre de structure. Il devront évaluer l'intérêt de la diversification de l'offre de soin en

France. Ces choix s'intègrent à une politique incluant les notions de tarification des soins, de stratégie curative ou préventive, de choix dans la gestion des ressources médicales et soignantes. Une même structure intégrée à deux modèles de soins différents n'apportera pas les mêmes avantages et les mêmes inconvénients.

De même qu'au plan national, le choix est aussi important au niveau de l'Etablissement qui souhaite s'aventurer dans une telle expérience. L'hôpital de semaine doit s'inscrire dans un contexte et une dynamique favorable. Il doit répondre à une attente locale, tant de la part du public que de celle des personnels de l'hôpital. L'exemple de la réflexion qui a été menée au Centre hospitalier de Coulommiers en Seine-et-Marne en est une illustration, tant pour l'approche contextuelle que conceptuelle.

## **2 LA REFLEXION SUR L'OUVERTURE D'UN HOPITAL DE SEMAINE DE MEDECINE DU CENTRE HOSPITALIER DE COULOMMIERS**

L'hôpital de Coulommiers a décidé d'entamer une réflexion sur l'opportunité d'envisager l'ouverture d'un hôpital de semaine de médecine du fait des besoins du contexte local. La démarche nous a amené à établir un état des lieux de la situation actuelle et à envisager les différentes possibilités qui se présentaient en fonction des moyens disponibles dans l'établissement.

### **2.1 Le cadre de la construction**

L'analyse de l'intérêt d'une nouvelle structure doit se faire en ayant à l'esprit le contexte dans lequel elle s'inscrit et qui permet d'en maîtriser tous les aspects.

#### **2.1.1 L'hôpital de Coulommiers**

Afin de comprendre la démarche de création d'une nouvelle unité d'hospitalisation de semaine de médecine au CHC, il nous faut présenter cet établissement dans son contexte local et analyser l'organisation du pôle de médecine.

##### **A) Présentation de l'hôpital**

Le rôle de l'hôpital de Coulommiers doit s'appréhender en tenant compte de son environnement. Il évolue dans un contexte local tant géographique que démographique bien spécifique dans lequel il se positionne comme une structure dynamique.

##### *a) Un contexte géographique et démographique spécifique*

L'hôpital de Coulommiers se trouve dans une zone appelée à connaître un développement démographique important dans les années à venir, alors même que la

couverture médicale de cette partie de l'Ile-de-France n'apporte pas une pleine satisfaction.

### **Une population en rapide augmentation**

Le CHC se situe dans le nord de la Seine-et-Marne et est rattaché au secteur sanitaire 13 de la région Ile-de-France. Dans celui-ci, les principaux établissements publics sont l'hôpital de Meaux et celui de Lagny-Marne-la-Vallée, qui ont tout deux des aires d'attractivité spécifique. L'hôpital de Coulommiers se trouve relativement excentré à l'est au regard de l'implantation de la population. L'urbanisation est en effet centrée sur l'agglomération parisienne à l'ouest et le développement de la ville nouvelle de Marne-la-Vallée au centre. Le CHC attire donc un public spécifique, rural et relativement captif dans la mesure où aucune structure privée ne lui fait concurrence, la clinique ayant fermé ses portes il y a quelques années, ne pouvant faire face à la concurrence de l'hôpital public..

En comparaison avec les autres départements d'Ile-de-France, la Seine-et-Marne est peu densément peuplée. Cette situation est en train d'évoluer avec l'implantation de deux villes nouvelles dynamiques sur son territoire. Le phénomène se ressent sur le secteur sanitaire qui a vu sa densité passer de 255 à 288 habitants au km<sup>2</sup> entre les deux recensements de 1990 et de 1999, pour atteindre à cette date une population de 601 537 habitants, soit une progression de 12,15% ; contre une moyenne régionale de 2,7%.

Bien qu'excentrés par rapport à la zone la plus dynamique du secteur, Coulommiers et ses environs sont également touchés par ces évolutions. La zone attire des populations en quête de ruralité, et de loyers plus abordables que ceux pratiqués dans l'agglomération parisienne proprement dite. Le CHC recrute des patients sur les cantons de Coulommiers, la Ferté Gaucher, Rebais la Ferté sous Jouarre, Rozay en Brie et Crécy la Chapelle, pour 87,5% de son activité<sup>39</sup>. Entre les deux recensements de 1990 et 1999, l'évolution de la population est comparable à celle du reste du secteur, avec une augmentation de 12,10%, correspondant à un accroissement de la population de 122 830 habitants à 137 693 habitants sur les six cantons concernés.

### **Une couverture médicale défavorable**

---

<sup>39</sup> Chiffres donnés par le CHC pour l'année 2003.

Les chiffres donnés par la DRASSIF font apparaître la relative modestie du département de la Seine-et-Marne en terme de couverture médicale, en comparaison avec les moyennes régionales et nationales, comme le prouvent différents indices.

Le tableau suivant<sup>40</sup> montre tout d'abord que la densité médicale est plus faible que celle qui se retrouve aux niveaux national et régional :

<b>Densité des médecins au 31/12/2000</b>			
(pour 100 000 habitants)			
<b>Territoire de référence</b>	<b>Omnipraticiens</b>	<b>Spécialistes</b>	<b>Total</b>
Paris	321	525	846
<b>Seine-et Marne</b>	<b>128</b>	<b>120</b>	<b>247</b>
Ile de France	187	237	424
France métropolitaine	164	171	335

La Seine et Marne est donc un département relativement peu pourvu en médecins. Les perspectives d'évolution de cette population professionnelle sont assez inquiétantes à en croire une étude de l'URCAMIF menée en 2003 sur l'évolution des densités médicales<sup>41</sup>. Cette enquête prévoit un recul de 33,5% de cette densité à l'horizon 2013, en prenant comme référence les données de l'année 1998. Ce chiffre est le plus préoccupant de la région Ile de France et est même alarmant au regard des prévisions nationales, qui prévoient un recul de l'ordre de 11,1%.

Ensuite, le département est également relativement sous-équipé en lits et places d'hospitalisation. Le tableau suivant indique le taux d'équipement en lits en place publics et privés pour 1000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2001. Les chiffres laissent apparaître un important déficit.

<b>Territoire de référence</b>	<b>Médecine</b>	<b>Chirurgie</b>	<b>Gynécologie- Obstétrique</b>
<b>Seine-et-Marne</b>	1,37	1,37	0,32
Ile de France	2,28	1,93	0,44

<sup>40</sup> Données issue de la DRASSIF, utilisées par l'ARHIF dans un document intitulé La Seine-et-Marne et le SROS 3, disponible sur son site Internet [www.parhtage.sante.fr](http://www.parhtage.sante.fr).

<sup>41</sup> Données reprises dans le Projet d'Etablissement 2004/2008 du Centre Hospitalier de Lagny Marne la Vallée.

France Métropolitaine	2,18	1,81	0,42
-----------------------	------	------	------

Ces différentes données montrent le déséquilibre en terme d'équipement et de prise en charge médicale entre la Seine-et-Marne et le reste de l'Île de France. Ceci incite à une recherche de rationalisation et d'innovation dans la prise en charge des patients.

Le Centre Hospitalier de Coulommiers est une structure dynamique qui inscrit son activité dans ce contexte départemental.

*b) Une structure dynamique*

Le Centre Hospitalier de Coulommiers est un hôpital qui répond à des besoins de proximité. C'est un établissement qui présente des résultats très satisfaisants tant sur le plan de la qualité que des finances, ce qui lui permet d'être dans une dynamique positive de développement tenant compte de la réalité de la demande locale.

**Un établissement de proximité**

Avec un total de 464 lits et 54 places autorisée, l'Hôpital de Coulommiers est un établissement de capacité inférieure à ses deux voisins du secteur sanitaire 13 que sont les hôpitaux de Lagny et de Meaux. Par comparaison, en se limitant aux seules activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), Coulommiers dispose de 259 lits et place, Meaux de 534 et Lagny de 373.<sup>42</sup>

Par son recrutement, le CHC s'inscrit dans le schéma de l'offre de soin du secteur de santé 13 comme un établissement de proximité<sup>43</sup>. En effet, 82,11% des résumés de Sortie Anonymisés produits par le CHC proviennent de dix communes couvrant une population de 87 111 habitants et situées à proximité de la ville de Coulommiers. De plus, 52% de son recrutement est centré sur trois communes : Coulommiers (pour 30,16%), Rebais et La Ferté Gaucher (pour 21,88%). Ces deux dernières sont les chefs-lieux des cantons mitoyens de celui de Coulommiers et situés à l'est de cette ville. Au total, 95% des patients reçus sont domiciliés en Seine-et-Marne

Le CHC est donc un hôpital exerçant une forte attractivité sur son bassin de population, dont la population est estimée à 107 000 habitants. Il propose une offre de soin et une

---

<sup>42</sup> BOUCLIER L. *Analyse des parts de marché du Centre Hospitalier de Coulommiers*, CRAMIF-DAH-DIRES Hôpitaux, mars 2004, 11 p.

<sup>43</sup> Voir Annexe III : Cartographie de l'attractivité du Centre Hospitalier de Coulommiers.

prise en charge de pathologies que le compte-rendu d'accréditation précise comme « ne présentant pas de caractéristique spécifique »<sup>44</sup>. Outre ses lits de MCO, le CHC dispose d'un service de psychiatrie de 56 lits et 44 places, d'un service de soins de suite et de réadaptation de 45 lits, d'un service de long séjour de 80 lits et d'une maison de retraite de 30 lits. La maternité est de niveau 2A et procède à environ 750 accouchements par an. Enfin, le CHC dispose d'un service d'urgence de proximité UPATOU et d'un SMUR, qui travaillent en coordination avec les SAU de Meaux et Lagny-sur-Marne.

### **Des résultats performants**

Le CHC est sans doute l'un des hôpitaux d'Ile-de-France qui est dans l'une des meilleures situations, comme le montrent une multitude d'indicateurs.

En premier lieu, c'est un établissement qui a satisfait à la procédure d'accréditation. La visite des experts a été effectuée du 25 au 29 novembre 2002 et le compte-rendu a été remis en avril 2003 au Collège de l'accréditation. Les résultats de cette démarche ont été très concluants puisque dans leur compte-rendu oral, les expert-visiteurs ont mis en avant seize points forts, alors qu'ils n'ont formulé que quatre recommandations et qu'aucune réserve ni réserve majeure n'a été indiquée.

De plus, le CHC présente une activité relativement stable, avec pour 2003 près de 15 000 entrées (15 189 en 2002 et 14 561 en 2003) et 30 250 consultations (30 925 en 2002 et 30 258 en 2003).

L'hôpital se trouve dans une situation économique que la CRAMIF<sup>45</sup> considère comme positive, ce qui est très peu fréquent dans le monde hospitalier. La structure financière est qualifiée de « saine ». Pour 2003, le CHC a même connu une trésorerie légèrement positive, représentant 11 jours d'exploitation (1,644 millions d'€), ce qui est une situation rare pour un hôpital. Enfin, il réalise un effort d'investissement non négligeable, atteignant 8% de la base budgétaire en 2002, financé pour une large part sur les ressources propres. Le rapport de la CRAMIF rappelle que « Le recours à l'emprunt est très faible (à peine 0,1% des investissements en moyenne). L'établissement mène une politique de désendettement ». Effectivement, le poids de la dette ne cesse de se réduire, représentant 2,26 jours d'exploitation en 2001, 2,17 en 2002 et 2,04 en 2003, ce qui reste

---

<sup>44</sup> AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Compte-rendu d'accréditation du Centre Hospitalier de Coulommiers*, avril 2003, 15 p.

<sup>45</sup> GELOEN B. *Analyse financière et budgétaire du Centre Hospitalier de Coulommiers*, CRAMIF-Direction des Affaires Hospitalières, Février 2004, 15 p.

très faible. Le CHC présente donc une situation économique très satisfaisante qui pourra lui laisser des marges de manœuvre dans les années à venir.

Par ailleurs, l'établissement semble pouvoir aborder la réforme de la tarification à l'activité avec une certaine sérénité. Les projections de l'ARHIF sur l'impact du nouveau mode de financement des hôpitaux sur les Etablissements publics de santé font apparaître qu'au vu des données actuelles le CHC est l'un des rares établissements d'Ile-de-France qui serait bénéficiaire de la réforme.

C'est dans ce contexte favorable que l'hôpital est en train de rédiger un nouveau Projet d'Etablissement. L'actuel arrivait à échéance en 2004. Il faut souligner que les objectifs qu'il avait fixé avaient été atteints avec deux ans d'avance. Enfin, le CHC est en train de négocier avec l'ARH un Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens qui devrait lui permettre de mettre en œuvre des projets ambitieux de restructuration, en particulier avec la perspective de la construction d'un nouveau bâtiment de médecine.

## B) L'organisation de la médecine à Coulommiers

Le projet que nous nous proposons d'étudier trouve sa place au cœur du pôle médecine du CHC. Il nous faut donc présenter la prise en charge de ces disciplines médicales dans cet établissement.

### a) *Les structures existantes*

L'offre de soins qui existe en médecine est basée sur une prise en charge classique, complétée depuis quelques années par un début de diversification.

### **Les unités classiques**

Le pôle de médecine au CHC est réparti entre plusieurs services. Nous n'insisterons pas sur les deux unités de soins de longue durée dites « de long séjour », du Dr Bisig, ni sur les deux unités de soins de suite et de réadaptation dites « de moyen séjour » du Dr Joly, pour centrer notre présentation sur la prise en charge de court séjour. Celle-ci est organisée en deux services représentant cinq unités.

Le premier service, appelé médecine A, est dirigé par le Dr Gattfossé. Il est divisé en deux unités, A1 et A2 de 28 lits chacune, situées au 2<sup>ème</sup> étage du bâtiment des médecines. Ce sont des unités de médecine ayant une orientation en médecine interne, oncologie,

rhumatologie, gastro-entérologie pneumologie et diabétologie. Elles prennent en charge un nombre croissant de cancers bien qu'elles ne soient pas à proprement parler des unités d'oncologie. Les chimiothérapies pratiqués en court séjour dans l'établissement le sont dans ces unités. Pour l'année 2003, elles ont réalisé un total de 2329 séjours, pour une durée moyenne de séjour de 7,46 jours.

Le second service, appelé médecine B, est dirigé par le Dr Barjonet. Comme la médecine A, il est divisé en deux unités, B1 et B2, de respectivement 24 et 30 lits et est situé au 3<sup>ème</sup> étage du même bâtiment. Ce sont aussi des unités de médecine interne qui sont quant à elle marquées par une orientation en hépato-gastro-entérologie, neurologie et pneumologie. Le Dr Barjonet lui-même est plus précisément orienté vers la gastro-entérologie. En 2003, elles ont réalisé un total de 1935 séjours, soit un peu moins que la médecine A pour le même nombre de lits, mais avec une DMS légèrement plus longue, puisqu'elle est de 18,52 jours. Cette différence peut s'expliquer par les pathologies prises en charges préférentiellement dans l'un ou l'autre des services. Les chimiothérapies ne sont pas pratiquées en médecine B. A ces 54 lits, il faut rajouter une troisième unité, appelée B3 ou C, qui est une unité de médecine générale à orientation cardiologique, de 20 lits et situées au 4<sup>ème</sup> étage du bâtiment. En 2003, cette unité a réalisé 400 entrées, en étant fermée 5 mois sur 12, pour une DMS de 8,44 jours.

La médecine est importante pour le CHC, car, hors hébergement, en nombre d'entrée total, elle représentait 52% en 2002 et 54% en 2003 de son activité. Pour cette même année la facturation qui en découle s'élevait à 14 588 986€ pour une facturation totale de 40 423 170,42€ sur le Budget H, soit 36% du total. Avec la réforme de la tarification à l'activité, ces ratios sont toutefois susceptibles d'évoluer.

### **La diversification de l'offre de soins**

La diversification de l'offre de soins passe par le développement de structures originales de prise en charge du patient. Cette évolution correspond aux besoins et attentes étudiés dans la première partie et se concrétise pour une large part par l'ouverture de structures alternative à l'hospitalisation complète. Le centre Hospitalier de Coulommiers a entamé cette politique en ouvrant deux types d'unités.

Tout d'abord, une unité de chirurgie ambulatoire de 4 places, ouverte en 2000 (autorisation du 19 novembre 1999). Cette structure ne sera pas étudiée ici car elle ne concerne que de façon marginale l'activité de médecine du Centre Hospitalier de Coulommiers sur laquelle est centré notre travail.

Vient ensuite une structure proche de l'hôpital de semaine : l'hôpital de jour de médecine.

Cette unité a été ouverte suite à un arrêté du 15 juin 1992, qui autorisait l'ouverture de 6 places ramenées à 2 par l'arrêté du 23 juin 1993. Ce mode de prise en charge a finalement connu un réel succès puisque 4 places supplémentaires ont été demandées et autorisées par décision de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de l'Île-de-France du 13 novembre 2001. L'autorisation d'exploitation de ces 6 places a été renouvelée pour dix ans par décision de cette même commission du 17 décembre 2002.

L'hôpital de jour est une unité qui accueille des patients du lundi au vendredi de 8h00 à 17h30. Elle dispose de locaux propres, situés au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment des médecines. Elle est animée par une équipe composée de 2 IDE, 2 AS, 1,5 secrétaire médicale ainsi qu'un Praticien Adjoint Contractuel à temps plein et une Assistante Généraliste à temps plein, ayant réussi le concours de Praticien Hospitalier et attendant la transformation de son poste. L'hôpital de jour prend en charge des patients qui lui sont principalement adressés par les médecins des deux services de médecine desquels il est, dans une certaine mesure, un service prestataire. Les pathologies traitées sont variées<sup>46</sup>, mais l'activité de chimiothérapie prend une place non négligeable appelée à se développer. En 2001 par exemple, elle représentait 13% des patients pris en charge. Cette activité a étayé très largement la demande de renouvellement d'autorisation faite en juin 2002. L'hôpital de jour est l'un des outils du réseau Oncoval auquel participe le CHC en partenariat avec le CH de Lagny et l'Hôpital de Bry-sur-Marne.

#### *b) Un secteur dynamique*

Le pôle médecine de l'hôpital de Coulommiers est donc un secteur qui couvre de larges besoins et qui répond à une demande importante de la part de la population. Cependant l'état des lieux qui a été fait dans le cadre du travail préparatoire au Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens a fait apparaître un certain nombre de points faibles que la dynamique suscitée par ce projet devrait permettre de réduire.

### **La médecine à Coulommiers : un secteur qui ne permet pas de répondre parfaitement aux besoins de la population.**

En ce qui concerne le court séjour, plusieurs problèmes ont été recensés qui limitent l'efficacité de la prise en charge proposée au CHC.

---

<sup>46</sup> Voir Case Mix des GHM en annexe.

Il existe tout d'abord un problème architectural, avec la persistance de chambres à trois lits qui induisent un accueil plus difficile et déshumanisent le séjour des patients. Une partie des locaux du bâtiment des médecines sont anciens et nécessiteraient une rénovation, voire un réaménagement qui intégrerait notamment des douches et toilettes individuelles.

L'hôpital présente ensuite un déficit de moyens de prise en charge dans des spécialités parfois sensibles. Ainsi, il n'y a pas d'oncologue sur place à ce jour. De même, il n'y a pas d'endocrinologue, ce qui complique la prise en charge des patients diabétiques qui ne se fait qu'au stade des complications. Cette situation est inadaptée et coûteuse et d'autant plus problématique qu'il n'y a d'endocrinologue dans aucun des établissements de santé du secteur 13. Par ailleurs, en neurologie, le médecin attaché présent est débordé par les demandes de prise en charge, en particulier pour la maladie d'Alzheimer qui progresse, comme le diabète, avec le vieillissement de la population. L'hôpital n'a pas de convention avec un autre établissement pour les examens d'IRM, alors même que ceux-ci sont fondamentaux pour la pratique de la neurologie. Le CHC ne propose pas non plus de consultation ou de suivi par un dermatologue.

Enfin, les moyens du pôle demandent à être renforcés en équipement de matériel de gastro-entérologie et d'hépatologie d'une part et en effectifs tant médicaux que paramédicaux d'autre part

### **Les grandes orientations du COM médecine**

Pour répondre aux difficultés qui ont été recensées, l'établissement a élaboré un ambitieux Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Ce COM trace en une dizaine de grands objectifs le visage de ce que devrait être le pôle médecine d'ici à quatre ans. Le projet est axé sur la construction d'un nouveau bâtiment, qui permettrait d'harmoniser et de regrouper les moyens fonctionnels et humains, tout en rapprochant les unités du bloc opératoire pour permettre une pratique mieux adaptée de l'activité endoscopique.

En ce qui concerne le déficit de capacité de prise en charge dans certaines spécialités, le projet s'appuie sur des hypothèses de collaboration avec les hôpitaux de Meaux pour la neurologie, et de Lagny pour la cancérologie, pour la dermatologie et pour la cardiologie. Il envisage soit de faire appel à des consultations avancées de services existant déjà dans ces hôpitaux, soit de partager de nouveaux postes avec eux.

Le renforcement de l'hôpital de jour, qui passerait de 6 à 10 places et l'adjonction d'un hôpital de semaine sont évoqués. Leur objectif est pour partie de répondre aux demandes de prise en charge du diabète, avec le développement des bilans et d'un programme d'éducation du patient.

Ce Contrat va être l'occasion pour l'hôpital d'augmenter les moyens dont il dispose et donc de faire face à une demande croissante dans un certain nombre de domaines de la part de la population locale. Les objectifs fixés sont à la fois ambitieux et réalistes, ce qui devrait permettre leur réalisation.

### **2.1.2 La réflexion sur l'intérêt de la création d'un hôpital de semaine au CHC**

La réflexion sur la création d'un hôpital de semaine au CHC s'est imposée dans la mesure où il est apparu qu'elle répondait à des besoins en devenir. Il a dès lors fallu déterminer une méthodologie de travail afin d'encadrer la conduite du projet.

- A) L'hôpital de semaine : une structure qui répond aux besoins à venir de la population.

Face aux évolutions à venir des besoins de la population, il a semblé que la création d'un hôpital de semaine de médecine apparaissait comme une réponse cohérente.

- a) *Des évolutions à prendre en compte au niveau du pôle des médecines*

Les études de santé publique montrent que certaines pathologies vont aller en se développant dans les années à venir. Or, dans le même temps, une évolution des attentes sur les modalités de prise en charge se fait jour.

#### **Les pathologies en progression**

Le Centre Hospitalier de Coulommiers va connaître dans les années à venir une évolution des pathologies qu'il devra prendre en charge. Le Case mix des services subira les conséquences du vieillissement de la population. Certes, ce phénomène national touche moins l'Ile-de-France que le reste du pays<sup>47</sup>, mais il concerne particulièrement la zone

---

<sup>47</sup> L'indice de vieillissement 01.01.2000 était de 45,88 personnes de 65 ans et plus pour l'Ile-de-France, contre 62,9 pour la France Métropolitaine. Source : INSEE-DRASS, recueillie sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss>

d'attractivité du CHC dans la mesure où elle couvre une population relativement rurale pour la région. Lors du recensement de 1999, les personnes de 75 ans et plus étaient 6,67% dans le canton de Coulommiers, 8,18% dans celui de La Ferté Gaucher, 7,02% dans celui de Rebais et 8,04% dans celui de La Ferté-sous-Jouarre, qui constituent la majeure partie de l'aire d'attractivité du CHC, alors que la moyenne du bassin de vie n°19, correspondant approximativement au secteur sanitaire n°13 Seine-et-Marne Nord<sup>48</sup> était de 4,4%. Ces cantons sont les plus âgés du bassin de vie.

Parmi les évolutions à venir, il faut souligner la place de la cancérologie et celle du diabète. En Seine-et-Marne, la première était déjà responsable de plus du tiers des décès masculins (32,74%) et de près du quart (23,8%) des décès féminin en 1999<sup>49</sup>, données proches des valeurs nationales. Ces chiffres risquent encore d'augmenter avec l'âge de la population et les établissements de santé vont devoir être capable d'y répondre. C'est l'une des raisons du développement du réseau Oncoval, qui s'est accompagné au CHC par la mise en place d'un staff interdisciplinaire hebdomadaire de cancérologie et, parallèlement, d'un staff bimensuel spécialisé en hématologie.

Le diabète quant à lui connaît en France une progression inquiétante. De 1998 à 2000 par exemple, sa prévalence a augmenté de 3,2%<sup>50</sup> en moyenne annuelle. Un doublement du nombre des diabétiques dans le pays est attendu d'ici à 2020<sup>51</sup>. Cette maladie étant liée à l'âge, ce doublement se fera surtout sentir dans les zone de population âgée. Le CHC est donc susceptible de connaître une augmentation de son activité dans ce domaine.

Ces maladies nécessitent des hospitalisations récurrentes (chimiothérapies, bilan et éducation au diabète...), qui sont programmables et peuvent donc s'inscrivent soit dans le cadre d'un hôpital de jour, tel que c'est le cas actuellement pour les chimiothérapies, soit dans celui d'un hôpital de semaine, perspective que nous avons à étudier.

---

<sup>48</sup> Le bassin de vie n°19 correspond au secteur sanitaire 13 à l'exception des communes de Noisy-le-Grand, Le perreux s/ Marne, Bry s/ Marne, Villiers s/ Marne, Le Plessis Trévisé et La Queue en Brie

<sup>49</sup> Source : INSEE-DRASS, recueillie sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/statis>

<sup>50</sup> RICORDEAU P., WEIL A., VALLIER N. et al. Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* [en ligne]. Octobre-Décembre 2002, volume 33, n°4[visité le 06.08.2004]. Disponible sur Internet : <http://www.ameli.fr>

<sup>51</sup> PERLEMUTER L. Le diabète en France en 2003. [en ligne] [visité le 06.08.2004] Disponible sur Internet : <http://www.mag-pluspharmacie.com>

## L'évolution des modes de prise en charge

Outre ce constat sur la nature de l'évolution des pathologies à traiter, il est opportun de souligner que la tendance est également au renforcement de la prise en charge des patients dans les structures d'hospitalisation partielle.

Pour les raisons que nous avons évoquées précédemment, la population est demandeuse de ce mode de suivi qui lui apporte un confort de vie. Le SROS le favorise également dans l'optique de réduire les excédents de capacité en MCO dans la région. Au plan national, les études de la DREES<sup>52</sup> indiquent que «l'hospitalisation à temps partiel connaît depuis plusieurs années une croissance continue de son activité. Ainsi, en 2002 le nombre de venues augmente de 4,5%, après un accroissement de 7,4% en 2001. ». En Ile-de-France, les places ont augmenté de 1% en 2000 et en 2001. Bien que ce type de prise en charge soit dans la région particulièrement prisé par les structures privées avec 50% des places et de l'activité, la hausse est la plus forte dans le public, avec +9,4% de places en plus<sup>53</sup>. La diversification des modes d'hospitalisation est donc une tendance forte de la période. Bien que la Seine-et-Marne ne soit pas concernée par le suréquipement en lits et place de MCO, le département n'est pas en retrait de cette évolution, car au delà de la politique sanitaire, ces places répondent à un besoin du public et aux attentes des médecins traitants en terme d'outil de travail. L'hôpital de semaine est pensé comme s'inscrivant dans cette dynamique de diversification et d'assouplissement de l'offre de prise en charge.

### *b) La méthode choisie pour y répondre : l'hypothèse de l'hôpital de semaine*

Il a été choisi de privilégier l'hypothèse d'une nouvelle structure. La réflexion sur cette création a été encadrée par des bases claires.

## Le choix de la structure

---

<sup>52</sup> BUISSON G., CARRASCO V., COLDEFY M. et al. L'activité des établissements de santé en 2002 en hospitalisation complète et partielle. *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Mai 2004, n°310, pp1-11.

<sup>53</sup> DRASS Ile-de-France, *Les Capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé en Ile-de-France en 2001*, STAT'IF, n°10, Décembre 2003, 6 p.

Au vu de la situation du pôle médecine qui vient d'être décrite, l'idée a été émise au cours du printemps 2003 par le directeur de l'établissement, M. Gilles Naman, de développer une nouvelle unité sous la forme d'un hôpital de semaine. Au premier abord, ce type de structure semblait en effet être en mesure de répondre à une double préoccupation. Il s'agissait premièrement de proposer une solution à un certain nombre de demandes en terme de prise en charge, tant pour des spécialités données que concernant des modalités de séjour hospitalier. Il s'agissait ensuite de répondre pour partie aux problèmes d'effectifs paramédicaux que connaissait alors l'établissement. L'idée a tout d'abord créé un certain débat chez les médecins du pôle, ainsi qu'entre eux et les cadres de santé auxquels il avait été demandé d'entamer une réflexion en terme organisationnel sur le sujet.

### **Les données**

Le directeur a demandé à ce que soit entamée une étude sur les possibilités, les coûts, et l'opportunité de la création d'une telle structure.

Dans un premier temps, il a donné comme hypothèses de travail une unité d'hôpital de semaine qui serait créée par redéploiement de lits en provenance des unités actuelles de médecine, mais aussi par redéploiement de personnels, eux aussi originaires des unités déjà existantes, et proportionnellement au regard des lits pris dans les différentes unités.

Par ailleurs, il s'agissait de réfléchir au positionnement géographique de cette unité, à son rattachement fonctionnel et à son organisation pratique.

Il a été demandé aux personnes en charge du projet d'avancer rapidement avec comme optique une ouverture du service à courte échéance. Elles avaient une grande liberté pour déterminer leur propre méthodologie.

#### **B) Méthodologie**

La première étape a consisté en une analyse de l'existant qui a été entreprise par le groupe de travail chargé de la conduite du projet et qui s'est inspirée dans sa réflexion de l'expérience acquise sur d'autres sites hospitaliers.

##### *a) Le contexte de la conduite de projet .*

Afin de piloter le projet a été constitué un groupe de travail qui devait tenir compte des hypothèses données et du contexte propre à l'hôpital de Coulommiers.

### **La création d'un groupe de travail**

Pour mener la réflexion sur la création de l'hôpital de semaine, le Directeur a demandé la réunion d'un groupe de travail composé dans un premier temps de trois personnes. Ce groupe a réuni le Dr Barjonet, chef de service de Médecine B et C, Mme Billaut, Cadre de santé de médecine B2, mais également en charge des unités de médecine B1 et C, dans la mesure où ces unités ne disposaient pas de cadre, et enfin moi-même, F. Rollin, Elève-Directeur. Pour les trois acteurs, le projet présentait un intérêt professionnel. Pour le Dr Barjonet, il s'agissait de créer un nouvel outil de travail répondant à des besoins médicaux qu'il percevait dans sa pratique quotidienne. Il était également attaché à l'idée de pouvoir préserver son activité programmée, réduite en raison de la prise en charge des patients des urgences, principalement dirigés vers les unités de médecine B<sup>54</sup>. Pour Mme Billaut, l'intérêt résidait dans la dynamique et le défi de créer une nouvelle structure, d'en imaginer et en gérer l'organisation et éventuellement d'en définir les besoins de recrutement. Pour moi-même, le projet était motivant dans la mesure où il me permettait d'avoir une approche transversale de l'hôpital, mêlant à la fois la stratégie, les affaires médicales, la gestion des ressources humaines, les questions financières et celles relevant du Département de l'Information Médicale.

A ce groupe de travail se sont joint par intermittence un certain nombre d'acteurs qui ont pu apporter leur contribution. En premier lieu le Dr Sauvageon, médecin responsable du département de l'information médicale, Melle E. Robcis, Cadre supérieure de Santé adjointe de la DSSI, puis faisant fonction de DSSI, ou encore M. Girin, Ingénieur chef de service des Services Techniques.

Ce noyau de personnes<sup>55</sup> a mené la réflexion sur l'intérêt et la possibilité de la création d'un hôpital de semaine du printemps 2003 à l'été 2004.

### **Le contexte de travail**

Dans sa démarche, le groupe de travail devait prendre en compte un certain nombre de données. Tout d'abord, il lui fallait respecter le cadre fixé par le Directeur. Il s'agissait

---

<sup>54</sup> Voir les résultats de l'enquête de prévalence réalisée par Mme Billaut sur les cinq unités de médecine du 24 mai au 24 juin 2004.

<sup>55</sup> Voir Annexe IV : Diagramme de conduite de projet

ensuite de réfléchir à une solution tenant compte de la réalité médicale et paramédicale locale, c'est-à-dire des possibilités d'offre et de la pression de la demande.

Le projet devait également s'inscrire dans une logique de diversification de l'offre de soin offerte par le CHC. Ainsi de la prise en charge en ambulatoire pratiquée dans l'hôpital de jour de médecine, jusqu'aux unités de soin de longue durée, l'éventail de services et de modalités de prise en charge possible par l'hôpital de Coulommiers aurait été complète. Enfin, l'implication du Dr Barjonet, chef de service de médecine B, dans ce projet devait aussi permettre un rééquilibrage interne au pôle médecine, alors même que l'hôpital de jour dépend actuellement du service de médecine A. Il ne s'agissait cependant pas de rivalité, mais bien plutôt de complémentarité entre ces deux services.

La démarche et la méthodologie de travail étaient par contre libres, l'objectif étant de proposer un projet viable, ou un constat de non faisabilité, argumenté et détaillé. Le résultat a été la rédaction d'une fiche projet<sup>56</sup> qui s'est peu à peu transformée en document de travail à destination des instances de l'hôpital<sup>57</sup>.

#### *b) Les visites*

Comme dans tout projet de ce type, une démarche comparative est intéressante par les apports qu'elle peut proposer. Cette option a été choisie dans la démarche menée par le CHC et les leçons tirées sont riches d'expérience.

### **Présentations des hôpitaux de semaines visités**

Trois établissements ont été visités dans le but de trouver des éléments de comparaison et d'inspiration. En premier lieu le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, visité par le Dr Barjonet et Mme Billaut, puis le Centre Hospitalier de Versailles et celui de Saint-Germain-en Laye, par les deux personnes précédentes auxquelles je me suis joint.

L'unité visitée au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil est une unité de gastro-entérologie qui réserve 8 lits sur 20 à une activité d'hôpital de semaine. En théorie, ces lits sont donc fermés le week-end et le personnel est restreint sur ces deux jours. Ce choix d'organisation a été fait pour des raisons géographiques.

---

<sup>56</sup> Voir annexe VI.

<sup>57</sup> Voir Annexe VII. Le document présenté n'est pas un document finalisé car au vu des premières réflexions, il s'est avéré que les conditions n'étaient pas requises pour permettre un aboutissement du projet.

Inversement, à Versailles et à Saint-Germain-en-Laye, nous avons pu visiter des unités qui sont exclusivement des secteurs d'hospitalisation de semaine et de jour, et donc qui sont fermées le week-end.

L'hôpital de semaine de Versailles est actuellement dans une dynamique inverse à ce qui se présente au CHC, puisque d'une unité d'hôpital de semaine de médecine, il est en train de devenir un service classique de diabétologie. C'est une structure de 21 lits qui fonctionne avec une équipe médicale propre et une équipe paramédicale de 6 IDE, 2 AS et 4 ASH, ainsi que 2 secrétaires. Les lits sont réparti entre 15 pour la diabétologie et 6 pour l'hématologie. Cette visite a été importante au sens où elle nous a permis d'avoir un historique de l'évolution de la structure et de cerner les influences diverses qui poussent les médecins à souhaiter telle ou telle structuration de leurs unités.

L'hôpital de semaine de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye<sup>58</sup> présente quant à lui une structuration et une activité proche de ce qui est envisagé au CHC. C'est une unité de 20 lits qui associe elle aussi hôpital de semaine et hôpital de jour. La responsable en est le Dr Le Lostec, qui dispose comme à Versailles d'une équipe médicale ainsi que d'une équipe soignante conséquente, composée de 10,6 IDE budgétées, ainsi que 5 AS et 1 ASH. Cette unité dépend à la fois d'un service de médecine et d'un service d'oncologie, mais fonctionne avec une relative autonomie. C'est une structure qui présente l'avantage d'être récente, puisqu'elle a ouvert en avril 2001. En 2003, sur 10 mois, elle a accueilli près de 2500 malades, ce qui prouve l'adéquation entre les besoins de prise en charge médicale de la population et ce type de structures.

### **Les leçons tirées**

Plusieurs leçons ont été tirées de ces visites, en terme d'organisation, mais aussi de réflexion sur la nature de ces unités.

Tout d'abord, l'organisation qui prédomine dans les unités visitées est à chaque fois à vocation mixte, soit par intégration des lits à une unité classique, soit par rapprochement avec des places d'hôpital de jour. Nous n'avons pas trouvé de structures ayant pour seule vocation l'hospitalisation de semaine. Ceci s'explique par la difficulté qu'il peut y avoir à remplir les lits de manière efficiente en jonglant uniquement avec des hospitalisations programmées sur une durée allant de 24 heures à 5 jours. Une unité mixte permet d'attribuer les lits de manière plus souple et d'accéder à un taux d'occupation plus important. Cette organisation facilite donc une utilisation plus cohérente des moyens, bien

---

<sup>58</sup> Centre Hospitalier de Poissy-Saint-Germain, site de Saint-Germain-en-Laye

que juridiquement, la confusion qui règne dans la pratique entre lits d'hôpital de semaine et places d'hôpital de jour soit critiquable.

Le second enseignement est relatif aux personnels affectés. Tout d'abord, en comparaison, là où à Coulommiers sur une unité classique de 28 à 30 lits sont affectées 7 ou 8 IDE, à Saint-Germain, sur une unité de 21 lit en sont budgétées 10,6. L'économie de personnel sensée être générée par ce type d'unités est donc grandement remise en cause. Ensuite, ces visites plaident en faveur du fonctionnement avec un personnel propre, tant médical que paramédical. L'exemple de Créteil est plutôt insatisfaisant car, en pratique, les lits de semaine sont parfois occupés le week-end, alors que le personnel est réduit, occasionnant pour ceux qui sont présents ces jours-ci une surcharge de travail. Enfin, nous avons reçu témoignage de l'importance du poste de l'infirmière programmatrice et de la nécessité d'y mettre une personne expérimentée et disponible à temps plein.

Le rôle de cette dernière entre dans la réflexion sur les liens avec les services prestataires que sont le laboratoire, pour les bilans, la pharmacie, pour les chimiothérapies, ou encore l'imagerie médicale. Il est important que des accords soient passés avec ces partenaires afin que les services proposés aux patients soient rapides et permettent une réduction du temps passé à l'hôpital. Ceci n'est pas toujours évident car cela signifie passer avant les autres services dans la prestation support. Ce n'est ni très bien perçu, ni possible selon le cas. Ainsi, l'équipe de Saint-Germain s'est plainte de ne pouvoir proposer une prise en charge optimale des chimiothérapies car elles ne sont prises en compte qu'après celles d'autres services au niveau de la bulle de la pharmacie.

Enfin, l'expérience des services visités prouve qu'il faut à peu près un an et demi avant que ce genre de structure n'arrive à un taux de remplissage satisfaisant et ne fonctionne à un rythme correct. Nous avons également pu nous rendre compte que ces unités fonctionnent grâce à la volonté de quelques personnes qui s'investissent dans la démarche, comme cela a été le cas du Dr Lenormand à Versailles jusqu'à sa retraite, ou le cas du Dr Le Lostec aujourd'hui à Saint-Germain.

La méthodologie suivie, travail en groupe pilote, visites sur sites... a abouti à une réflexion dont il convient de présenter ici les grandes lignes.

## **2.2 Les résultats de la réflexion sur la création d'un hôpital de semaine au CHC**

La conduite du projet a abouti à dresser les grandes lignes de ce que devrait être l'hôpital de semaine du CHC. Il est par ailleurs nécessaire de tirer les enseignements pratiques et théoriques de la démarche qui a été entreprise.

### **2.2.1 Les contours de l'unité d'hospitalisation de semaine**

Le cœur du travail du groupe de réflexion qui a été institué a consisté à essayer de dresser les contours souhaités de la nouvelle unité, tant sur un plan médical, (quels patients pour quelle médecine ?), que sur un plan organisationnel (quels personnels, avec quels moyens et selon quel schéma d'organisation ?).

#### **A) Etude de l'activité médicale de la nouvelle structure**

Pour évaluer l'intérêt de la création d'un hôpital de semaine de médecine, il a d'abord fallu recenser le potentiel de remplissage d'une telle structure au niveau de l'hôpital de Coulommiers. Il a également fallu déterminer quelles activités pouvaient y être pratiquées.

##### *a) Etude du recrutement potentiel*

Le premier élément qui permette de cerner la viabilité de l'hôpital de semaine est une étude du recrutement potentiel de patients pour cette structure.

#### **Etude des données fournies par le Département d'Information Médicale**

La première démarche a consisté à se retourner vers le Département d'Information Médicale pour analyser un certain nombre de données, dont le nombre de séjours

programmés et celui de séjours d'hospitalisation en médecine compris entre un et 5 jours<sup>59</sup>.

La première requête s'est révélée assez décevante. En effet les données centralisées par le DIM n'ont pu nous fournir de chiffres exhaustifs et cohérents sur le nombre d'entrées programmées dans les unités de médecine. A en croire ces données, seuls 5% des séjours dans les cinq unités de médecine seraient programmés, ce qui semble peu probable. Ce résultat tient apparemment à un problème de remplissage de données informatiques. Pour le Dr Sauvageon, l'item « séjour programmé » n'est pas rempli correctement par les secrétariats médicaux dans le logiciel ATALANTE.

La seconde étude a permis d'aboutir à des résultats plus intéressants. Il s'agissait de déterminer la part des séjours compris entre un et cinq jours, c'est à dire les séjours correspondant aux durées susceptibles d'être compatibles avec le fonctionnement d'un hôpital de semaine. La limite basse de un jour étant comprise comme les séjours de patients ayant passé au moins une nuit à l'hôpital. Les résultats ont été concluants. Ils ont démontré qu'en 2003 sur l'ensemble des cinq unités, près de 37% des séjours intégraient la catégorie recherchée, soit 1712 RUM sur 4644 produits cette année-là. Ces séjours correspondent à 4366 journées d'hospitalisation, alors qu'une structure de dix lits fonctionnant 47 semaines dans l'année en proposerait 2350.

Ce résultat ne devait être considéré que comme un indice car nous n'avions aucune indication sur la part de ces séjours qui étaient programmables d'une part, et dont la pathologie aurait permis une prise en charge dans le cadre d'un hôpital de semaine d'autre part.

### **Les résultats de l'enquête de prévalence**

Afin de compléter les données recueillies auprès du médecin responsable du DIM, il a été décidé de mener une enquête de prévalence dans les services de médecine<sup>60</sup>. Cette étude a été organisée et mise en œuvre par la cadre de santé partie prenante au projet, Mme Billaut. Elle a cherché à recenser auprès des quatre principales unités de médecine, A1, A2, B1 et B2, le profil des patients. L'unité de médecine C, à orientation cardiologique n'a pas été prise en compte. Mme Billaut a distingué entre les patients accueillis dans le cadre de la programmation et ceux en provenance des urgences, et dans chaque cas, elle a noté les durées de séjour et les pathologies motivant l'hospitalisation.

---

<sup>59</sup> Voir Annexe IV : Recueil des données du Département d'Information Médicale.

<sup>60</sup> Voir résultats en annexe.

Les résultats font apparaître un taux de 26,8% de patients relevant d'une hospitalisation programmée, mais avec des écarts importants entre les services, allant d'une moyenne de 9,5% en médecine B à 42,7% en médecine A. Au total, près de 101 patients relèvent d'une hospitalisation programmée. Les résultats font apparaître que 83 au moins viennent pour un séjour égal ou inférieur à 5 jours. Cette donnée n'est malheureusement pas exhaustive car la précision n'a pas été apportée pour les patients de Médecine B1. Cependant, vu la part marginale de la programmation dans cette unité, le chiffre peut être considéré comme proche de la réalité. Sur le mois, ce sont donc environ 22% des patients pris en charge dans les services de médecine qui répondent au critère de la programmation et à celui de la durée de séjour, requis pour une admission en hôpital de semaine. Ce chiffre est proche de la totalité des hospitalisations programmées. Les données relatives aux pathologies étant assez large, il est difficile de les exploiter pour en tirer des conclusions plus précises sur le recrutement potentiel de patients dans un hôpital de semaine. Cependant, il est probable que les pathologies prises en charge dans cette structure soient similaires à ce qui se pratique dans les unités classique sur des séjours de 1 à 5 jours.

*b) Les pratiques médicales envisagées au sein de l'hôpital de semaine*

En lien avec l'étude du recrutement potentiel, il a été nécessaire d'entamer une réflexion sur les pathologies qui pourraient être prises en charge dans la nouvelle structure et sur les perspectives d'un projet médical pour l'unité.

### **La réflexion sur les pathologies à prendre en charge**

L'enquête de prévalence n'a pu nous informer suffisamment sur la répartition des pathologies concernant les personnes venant en séjours programmés sur une durée de moins de cinq jours. Cependant, cette étude nous apporte des informations générales sur les pathologies traitées dans les unités de médecine du CHC. Comme il était pressenti, les chimiothérapies représentent une part non négligeable de l'activité des unités de médecine A, avec au moins 27 cures sur le mois étudié. De même, les bilans infectieux et les transfusions font partie du groupe de pathologie cible de la future structure. Il est également intéressant de se tourner vers les pathologies des patients en provenance des urgences, et en particulier ceux des unités de médecine B. On se rend compte qu'un certain nombre de cas pourraient être traités dans le cadre de la programmation, comme les pathologies diabétiques ou d'alcoolisation par exemple.

La question a fait débat au sein du groupe de travail. Si la réflexion n'a pas donné lieu à une réponse formalisée sous la forme d'un projet médical, Le Docteur Barjonet a cependant fait des propositions qui rejoignent les résultats de l'enquête de prévalence. Il fixait son idée sur la pratique de la pneumologie, de la gastro-entérologie, de l'endocrinologie, de la diabétologie et éventuellement des pathologies cardio-vasculaires. Des soins spécifiques auraient pu être envisagés, comme les ponctions d'ascite, le traitement des scléroses des varices œsophagiennes, les endoscopies et les chimiothérapies. Une attention particulière a été apportée à la question de la diabétologie. Mme Billaut a en effet proposé le développement des cycle d'éducation au diabète, d'autant plus intéressants qu'un personnel formé existe déjà au sein des unités. Cependant, pour le Dr Barjonet, le développement du traitement de ces pathologies demanderait l'apport d'un personnel médical que l'hôpital de Coulommiers ne possède pas à l'heure actuelle.

### **Le projet médical**

Les grandes lignes du projet médical de l'hôpital de semaine ont été tracées.

Il s'agissait en premier lieu de définir quels personnels médicaux auraient pris en charge la structure. L'hôpital ne dispose pas pour le moment de médecins spécialisés en diabétologie ou encore n'a pas de capacités nécessaires en neurologie pour permettre le développement de ces activités. Pour animer un hôpital de semaine, il aurait fallu pouvoir demander à un médecin d'en être le coordonnateur<sup>61</sup>, à l'image de ce que nous avons pu voir lors de nos visites extérieures, ou de ce qui existe dans le cas de l'hôpital de jour avec le Dr Bardet. Cependant, pour cela, le Dr Barjonet souhaite un recrutement extérieur, ce qui semble difficile dans l'état actuel de la situation de l'hôpital et dans les demandes du directeur qui souhaite un projet par redéploiement de moyens.

Un second aspect du projet médical se trouve dans l'idée de contractualiser les rapports entre la future structure et les services supports du bloc, de la pharmacie, du laboratoire et de l'imagerie médicale. En effet, lors de nos visites à Versailles et à Saint-Germain-en-Laye, nous avons pu nous rendre compte de l'importance de cette formalisation des rapports pour le fonctionnement cohérent et efficace de l'unité. Le principe en a été arrêté avec le groupe de travail, mais sa mise en œuvre demandait d'attendre un stade relativement avancé du projet. Lors d'un entretien avec le Dr Bardet, je me suis cependant aperçu que l'hôpital de jour ne fonctionne que sur la base d'accords tacites

---

<sup>61</sup> Voir la définition de son rôle dans l'Annexe.

avec ces services. En effet, sur un plan pratique, l'irrégularité des besoins de la patientèle rend aléatoire les besoins en termes de services supports.

Enfin, il s'agissait de définir l'intégration de cette unité à l'offre de médecine de l'hôpital de Coulommiers. La question était de savoir si elle devait avoir une autonomie complète, avec un recrutement fait principalement sur la base de la consultation du médecin responsable de l'unité, ou si elle devait devenir un service support des unités classiques et surtout de leurs équipes médicales, qui pourraient y adresser leurs patients. A l'image de ce qui se pratique au niveau de l'hôpital de jour, c'est cette seconde option qui a été envisagée. Il a été estimé que l'hôpital de semaine devrait pouvoir faire l'objet d'un adressage très large, ouvert à tous les médecins de l'hôpital. A cette fin a été rédigée une fiche d'adressage spécifique<sup>62</sup>.

## B) Eléments de réponses organisationnelles

Le groupe de travail avait également pour mission d'émettre des propositions quant aux contours de l'organisation pratique et concrète de la future unité.

### a) *L'organisation soignante et médicale*

La création d'un hôpital de semaine par redéploiement passe en premier lieu par une précision sur les moyens en personnels et en lits qui vont lui être attribués.

## **Une réflexion sur les personnels**

Deux cas doivent être envisagés. Dans le premier, l'hôpital de semaine est une partie d'une unité classique, il n'y a pas de difficulté majeure dans la réflexion sur le personnel. Dans le second cas, il s'agit d'une création, ce qui impose une étude plus en profondeur. Un projet de création d'unité demande de réfléchir au recrutement du personnel soignant. Outre la question de déterminer combien, il s'agit surtout de définir quels sont les profils souhaités. C'est surtout sur ce point qu'une réflexion a été menée au sein du groupe de travail, le premier dépendant du nombre de lits consacrés à la structure. La démarche a concerné principalement deux types de postes.

---

<sup>62</sup> Voir la fiche d'adressage dans l'Annexe.

En premier lieu, Mme Billaut a défini le profil du personnel infirmier qu'elle souhaitait voir travailler dans la nouvelle unité. A son sens devaient être choisies des personnes ayant déjà une relative ancienneté et pouvant supporter le rythme soutenu du travail et la grande rotation de patients. Le second trait déterminant étant leur grande technicité. Ce besoin s'explique par les mêmes raisons. En effet, dans cette unité, il était envisagé des soins tels que les transfusions, les ponctions d'ascite ou encore les reconstitutions de chimiothérapies.

Le second poste concerné est celui de l'infirmière programmatrice. Il est spécifique à ce genre d'unités. Nous avons été convaincu de son utilité lors de nos visites. Cette personne a pour rôle de gérer les problématiques relatives aux pré-admissions dans le service, de confirmer aux patients leurs dates d'hospitalisation, d'organiser la planification des lits et surtout de gérer la prise des rendez-vous au niveau des services supports. De son efficacité dépendent les taux d'occupation et de rotation des lits, et donc l'optimisation de l'outil de travail qu'est l'hôpital de semaine. Cette fonction doit être confiée à une personne spécifique qui y consacre l'exclusivité de son activité. En effet, au vu du travail des infirmières et de celui de l'infirmière programmatrice, chacune des deux activités semble trop prenante et demande une attention totale.

Enfin, la dernière réflexion menée sur le sujet est celle de la durée de présence des personnels dans l'équipe. Afin d'éviter le débat sur le privilège que représenterait le fait de travailler dans cette unité, et dans le but d'insuffler un dynamisme permanent à cette équipe, Mme Billaut souhaite que les personnels n'y soient affectés que pour une durée limitée, vraisemblablement de 3 années.

### **La détermination des lits attribués à l'hôpital de semaine**

Toute unité hospitalière est définie par sa capacité, exprimée soit en lits soit en places. Plusieurs questions se posent : combien de lits affecter à cette unité, où les prendre et à qui en attribuer la chefferie. Ces problématiques sont envisagées dans le contexte où le Directeur nous a demandé de travailler sur l'hypothèse d'un redéploiement de moyens.

La détermination du nombre de lits à affecter découle de notre étude du recrutement potentiel de patients. En généralisant les données de l'enquête de prévalence, nous savons que près de 22% des patients actuels des unités de médecines respectent les critères de la programmation et de la durée de séjour comprise entre 1 et 5 jours, soit, appliqué aux données 2003, environ 1020 patients. Ne connaissant pas le nombre de journées d'hospitalisation que cela représente, il nous est impossible de définir le nombre de lits qui pourraient être remplis. En revanche, en discutant avec les deux chefs de service de médecine, on se rend compte que ceux-ci n'envisagent qu'une structure d'une

dizaine de lits, représentant sur 47 semaines 2350 journées d'hospitalisations. Si la totalité des patients respectant les deux critères étaient accueillie dans l'unité, cela donnerait une durée moyenne de séjour de 2,3 jour, ce qui est relativement faible au regard de la situation actuelle et nous permet de penser que tous ne pourraient pas y être reçus. Il est donc pensable que les dix lits seraient une solution cohérente et que leur taux d'occupation pourrait se révéler rapidement satisfaisant.

Vient ensuite la question de la provenance des lits. Au regard de la situation actuelle, la programmation étant surtout l'apanage de la médecine A, il semblerait logique que la grande majorité des lits viennent de ce service. Cependant, il n'est pas anodin que le médecin s'impliquant dans la démarche soit le chef de service de médecine B. Il a un intérêt à protéger, voire à développer, son activité de programmation et donc un intérêt légitime à souhaiter y transférer une partie de ses lits. Cela justifierait d'une certaine manière l'utilisation qu'il en ferait en y plaçant les patients de ses consultations. La démarche n'ayant pas été menée jusqu'au bout à l'heure actuelle, la répartition d'origine des lits n'a pas été décidée, mais elle aurait sans doute résulté d'un compromis entre ces deux dimensions.

Enfin, en lien avec la précédente, se pose la question de la chefferie de service. En effet, l'unité doit se rattacher à un service, or si les lits proviennent de deux services de médecine, cela revient à transférer des lits de l'un vers l'autre, ce qui est difficilement acceptable pour les médecins chefs de service. L'exemple de Saint-Germain montre que des solutions souples peuvent être adoptées, avec une chefferie partagée ou tournante. Cette option a retenu l'accord des deux parties lors des discussions sur le sujet.

Enfin, si l'option retenue est celle de la transformation d'une partie des lits d'une unité en hôpital de semaine, l'ensemble de ces questions est résolue d'office puisque les lits viennent du même endroit, peuvent éventuellement être à dimension variable selon les besoins et sont rattachés au chef de service d'origine de l'unité.

#### *b) L'organisation pratique*

Il est également revenu au groupe de travail d'émettre des propositions quant à la localisation géographique de la future unité. Trois pistes ont été étudiées.

### **L'hypothèse de la cardiologie**

La première hypothèse imagine l'installation des chambres de l'hôpital de semaine au niveau du quatrième étage du bâtiment des médecines. En effet, celui-ci n'est occupé à l'heure actuelle que par l'unité de médecine C, composée de 20 lits, alors que sur une

surface identique, l'unité de médecine B2 dispose de 30 lits. Certaines des chambres du quatrième étage servent de bureaux pour des médecins et des psychologues. Cette solution présente des avantages, mais également des risques.

Les avantages résident dans le fait de disposer de locaux facilement libérables et déjà équipés pour accueillir des patients, notamment en arrivées de gaz médicaux, installations relativement onéreuses. Si ces locaux nécessitent une remise en état, le coût de l'opération semble toutefois limité.

En revanche, le principal inconvénient relève du risque de confusion entre l'unité de médecine à orientation cardiologique et l'hôpital de semaine. Les locaux sont prévus pour accueillir une unité de soin, donc ne comprennent qu'une salle de soin, ce qui n'est pas satisfaisant pour l'organisation du travail s'il est décidé d'opter pour une équipe propre. Par ailleurs, le risque est de voir fusionner les deux équipes soignantes, idée qui séduit la direction en terme de rationalité de gestion, mais pour laquelle Mme Billaut est réticente. Enfin, la confusion risque de se faire au niveau du public, alors que le démarrage d'une telle unité nécessite une communication claire et sans équivoque, tant auprès des médecins de ville, que des patients ou du personnel de l'hôpital.

### **L'hypothèse d'un rapprochement entre l'Hôpital de jour et l'Hôpital de semaine.**

La seconde hypothèse de travail, moins réaliste à court terme mais plus séduisante et plus logique en terme organisationnel, consiste en un rapprochement entre les locaux de l'actuel hôpital de jour et ceux du futur hôpital de semaine.

L'hôpital de jour est situé au rez-de-chaussée du bâtiment des médecines, dans une aile qu'il partage avec des locaux accueillant les endoscopies. L'idée est de déplacer cette activité et d'y installer les chambres de la nouvelle unité.

Pour une raison de coût, ce projet ne semble pas viable. En effet, contrairement à l'hypothèse précédente, les pièces sont à repenser et reconstruire complètement, en réinstallant complètement l'arrivée des gaz médicaux, en créant des cloisons et éventuellement une salle de soin.

Cependant, malgré ces avantages, cette solution reste la plus intéressante sur le plan organisationnel car elle permet d'imaginer un rapprochement entre les deux structures. Ce rapprochement est cohérent, car comme nous l'avons vu à l'extérieur, les unités intègrent en général les deux types d'accueils. Cela permet une grande souplesse dans la prise en charge du public et aurait l'avantage de résoudre une partie de la problématique relative au recrutement et à la gestion du personnel. En effet, il suffit d'imaginer une équipe commune aux deux unités, qui n'en ferait plus qu'une. Dès lors, il suffirait de

renforcer l'actuelle équipe soignante et médicale de l'hôpital de semaine pour aboutir à une unité cohérente, efficace et à une organisation pertinente au regard des besoins exprimés par ailleurs.

### **L'hypothèse de la transformation d'une partie d'une unité**

Cette dernière piste de travail semble dans l'état actuel des choses la plus facilement réalisable, mais c'est sans doute celle qui fait le plus débat. Il s'agit de transformer un certain nombre de lits d'une unité de médecine en lits de semaine. Cette transformation permet dans un premier temps d'éviter les difficultés de localisation, en dehors du choix de l'unité concernée, et celles relatives à la formation d'une nouvelle équipe nécessitant de nouveaux moyens. Le week-end, les patients restant dans l'unité sont regroupés avec ceux d'une autre unité, libérant dès lors une partie du personnel le week-end. Cette piste pourrait s'avérer un compromis provisoire d'ici à ce que des conditions plus favorables soient réunies pour permettre soit la création d'une unité autonome, soit un rapprochement de ces lits de semaine avec les places d'hôpital de jour. Par ailleurs, cette solution peut se combiner avec l'hypothèse de la cardiologie.

### **2.2.2 Résultats et préconisations**

Cette dernière sous-partie est l'occasion de mener une réflexion sur l'aboutissement du travail qui a été entrepris et de proposer des pistes de réflexion sur l'intérêt de ce genre de projet, la manière dont la démarche a été menée, les points qui ont donné satisfaction ou encore les difficultés rencontrées.

A) Résultat de la démarche et réflexion sur les bases de travail.

La décision a été prise d'envisager une structure adéquate à Moyen terme, avec l'hypothèse de trouver une solution de compromis pour démarrer l'activité de cette unité. Cette solution nous pousse à nous interroger sur les hypothèses qui avaient été fixées comme bases de travail.

a) *La situation du projet en octobre 2004.*

La réflexion engagée amène au constat que les conditions d'une mise en œuvre efficiente du projet ne sont pas réunies en 2004. Il semble donc logique de l'intégrer à la démarche du futur Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, même si l'idée de mettre en place un noyau de structure dès à présent n'est pas abandonnée.

### **Les perspectives qui se dégagent**

A l'heure de la rédaction de ce mémoire, il apparaît que le projet de créer un hôpital de semaine dans les mois à venir par redéploiement de moyens pourrait se faire, mais qu'il serait réalisé dans de meilleures conditions à moyen terme. L'analyse des pistes de travail indique que la situation actuelle ne présente pas les conditions optimales permettant de créer une structure autonome et de l'inscrire dans une cohérence opérationnelle et économique.

Le projet n'est cependant pas abandonné. En effet, la création de l'hôpital de semaine a été inscrite par le Directeur dans le projet de Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens. C'est le troisième objectif général, sur les dix énoncés, du volet médecine de ce document. Le COM propose d'envisager une structure organisationnelle commune avec l'hôpital de jour, pour la création d'un hôpital de semaine de 6 à 10 lits issus des lits de médecine existants. Ce projet prévoit le redéploiement de 2 IDE, et la création d'un poste de PH temps plein, commun à la démarche menée dans le cadre de la prise en charge du diabète, une IDE, deux AS, une ASH et une secrétaire. Le document chiffre le coût de ces créations de poste à un montant de 262 644 €. Ainsi, le COM prend en compte les conclusions du travail qui a été mené et qui préconisent un rapprochement des deux structures, celle d'hôpital de jour et celle d'hôpital de semaine, pour des raisons pratiques et pour une cohérence d'action. Grâce aux moyens qu'il devrait pouvoir apporter en moyens architecturaux que de moyens humains, ce contrat sera l'occasion de réaliser le projet dans des conditions favorables et adéquates. Il permet également de l'envisager dans une opération plus globale où il se mettra en place en coordination avec d'autres projets.

De plus l'idée de créer un premier noyau d'hôpital de semaine est conservée. Ceci pourrait se faire dans l'hypothèse de l'identification de certains lits d'une unité existante.

### **Analyse des motivations des perspectives envisagées**

L'analyse des raisons qui poussent à inscrire le projet dans le COM tient principalement à l'intérêt de permettre une meilleure adéquation entre l'objectif de créer une unité

autonome et les moyens nécessaires pour la faire fonctionner. En effet, l'hôpital de semaine a été imaginé comme un instrument d'économie et de rationalisation de la prise en charge. S'il est possible de l'envisager ainsi, ce n'est que sur le long terme et à certaines conditions. En effet, dans un premier temps, comme toute nouvelle unité autonome, elle demande des moyens, donc des dépenses.

Ensuite, il nous faut discuter de l'hypothèse de la création par redéploiement. Ce type d'opération vise à limiter les frais de création d'une nouvelle structure. Elle s'inscrit dans une logique qui lie à un lit un temps agent donné. Lorsque le lit est redéployé, le temps agent qui lui est affecté l'est aussi. Dans l'hypothèse d'unité autonome, les lits venaient de différents services, voir de différentes unités de ces services. La difficulté réside dans le fait que pour des raisons pratiques, qu'elle ait 26 ou 28 lits, une unité fonctionnera avec un nombre similaire de personnels, en particulier quand elle fonctionne déjà avec les effectifs minimums légaux. En pratique, il aurait fallu redéployer des parties de temps agent, du type 0,5 ou 0,6 par unité d'origine des lits. Si c'est imaginable en termes d'heures de travail, c'est insatisfaisant pour créer une équipe et pour lui permettre de fonctionner en continu du lundi matin au vendredi soir.

Dans ce schéma, on comprend l'intérêt de l'inscription du projet dans le Contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens, qui lui permet de bénéficier de moyens adéquats.

En attendant cette étape, afin de lancer une dynamique et d'ancrer le recours à l'hôpital de semaine dans les mentalités, l'idée de créer un noyau de structure au sein d'une unité existante conserve son intérêt.

#### *b) Préconisations relatives aux hypothèses de travail*

Ce projet est l'occasion de m'interroger sur les bases sur lesquelles je me suis fondé pour travailler. En premier lieu, il m'a fallu réfléchir à l'intérêt d'un hôpital de semaine, avant de me pencher dans un second temps sur les moyens qui m'avaient été proposés pour mener le projet à terme.

### **Etre persuadé de la nécessité de ce genre de structures**

La première des hypothèses de travail était l'intérêt de ce genre de structure qu'il a d'abord fallu justifier. Il est important de travailler sur ce qui pourrait être assimilé à une étude de marché, couvrant plusieurs dimensions. Il s'agit de déterminer si ce nouveau service, au sens marchand et non structurel du terme, correspond bien aux besoins de la patientèle locale fréquentant l'hôpital, mais également s'il répond à ceux des médecins, tant de ville qu'hospitalier, et enfin s'il représente un intérêt pour les personnels, au vu des

conditions locales de travail. Ce premier travail permet de se faire une idée de l'accueil qui sera réservé à la nouvelle unité et donc, de se persuader ou non de sa nécessité. Dans le cas du travail qui a été réalisé ici, la conclusion que j'ai pu tirer de cette étude est que ce genre de structure correspond à une demande de notre époque, tant au plan des moyens, par les économies de personnels ou de logistique qu'elle permet, que sur celui des mentalités. Il est particulièrement intéressant de se pencher sur ce dernier aspect. Nous avons évoqué l'évolution du regard que portent les patients sur la prise en charge hospitalière. A ce propos, C. Queyroux parle de « syndrome de supermarché »<sup>63</sup>. Ce terme est péjoratif, mais le propos n'est pas ici de porter un jugement de valeur sur cette évolution. Il s'agit plutôt de souligner que cette tendance existe, qu'elle peut être légitimement expliquée et qu'en tout état de cause, l'hôpital public doit la prendre en compte dans sa propre évolution. Les hôpitaux de semaine sont un moyen de permettre aux établissements de santé de s'inscrire dans le monde contemporain. Ainsi, il ne faut pas craindre ces évolutions et au contraire les accompagner pour répondre pleinement aux besoins des patients. Cependant, l'intérêt de se lancer dans ce genre de démarche reste conditionné par les conséquences de la rémunération à l'activité.

### **Travailler dans un premier temps sur la viabilité des bases de travail**

La seconde préconisation est relative à la nécessité de définir les moyens qu'il est décidé d'accorder au projet et leur compatibilité avec la démarche. Dans la présente étude, il s'est avéré que les hypothèses posées, redéploiement de lits et de personnels d'une part et localisation sur un site partagé avec la cardiologie d'autre part, ne permettait pas d'envisager la création d'une unité autonome. Elles n'étaient en revanche pas incompatibles avec l'idée d'une première étape passant par l'identification de lits spécifiques dans une unité. Certes, au niveau de l'unité considérée dans sa globalité, l'intérêt économique d'une telle démarche est moindre, mais est équilibré par la réduction des coûts de création.

La conclusion que je tire de cette expérience est qu'il existe au moins deux voies efficaces si l'on veut créer une nouvelle structure qui soit autonome.

La première est la transformation d'une unité dans sa globalité. C'est une hypothèse que nous avons vu à Versailles et à Saint-Germain-en-Laye. Elle permet une véritable économie de moyens en réduisant le nombre d'heures travaillées pour une activité qui doit être au moins équivalente à ce qui existait avant la transformation. Cette voie permet

---

<sup>63</sup> QUEYROUX C. Cité in LAURENT P., Le service public hospitalier en question. *Entreprise santé*, Juillet-Août 2004, n°52, pp. 7-13

aussi un redéploiement de personnel en direction des unités traditionnelles qui doivent faire face à des pathologies en moyenne plus lourdes. Si ce choix est séduisant, il était difficilement imaginable à Coulommiers. En effet, les unités de médecine comprennent entre 24 et 30 lits, ce qui est trop important pour le seul hôpital de semaine et ne permettrait plus par ailleurs de répondre aux besoins de l'urgence.

La seconde voie est la création *ex nihilo*, s'accompagnant de la mise à disposition de moyens nouveaux pour l'hôpital. Cette option est celle envisagée par le Centre Hospitalier de Coulommiers dans le cadre du COM avec une rapprochement avec l'hôpital de jour. Dans cet exemple précis, si le redéploiement de lits reste envisagé, l'effort demandé à la tutelle porte sur les moyens en personnels nécessaires au fonctionnement de l'unité.

Cependant, force est de constater que chaque projet est unique et s'inscrit dans un contexte spécifique, les règles qui en fixent la construction sont donc spécifique à chaque démarche, et la théorie se doit d'être adaptée.

L'ensemble de ces éléments doivent s'analyser à l'aune de leur inscription dans la démarche de conduite de projet.

## B) Eléments de bilan sur la conduite du projet

Un bilan doit être tiré de la démarche que j'ai été amené à conduire au sein du Centre Hospitalier de Coulommiers. Si ce genre d'étude présente un intérêt réel dans la formation d'un élève directeur d'hôpital, la méthode qui a été suivie doit être regardée avec recul afin d'en dégager les éléments satisfaisants et ceux à améliorer.

### a) *Intérêt de ce genre de projet pour un Elève Directeur d'Hôpital*

La conduite de ce genre de projet est très formatrice pour un Elève Directeur car elle impose d'avoir une vue globale du fonctionnement de l'hôpital. Elle est en particulier l'occasion d'apprendre à connaître et à travailler avec les différents corps professionnels. Elle permet aussi de mesurer l'importance du facteur humain dans l'aboutissement d'une démarche.

## **L'apprentissage du travail avec les autres corps professionnels**

Le travail en équipe projet intégrant des membres de différents corps de l'hôpital est un aspect enrichissant de la démarche. J'ai été amené à me pencher sur les préoccupations de professionnels qui font vivre l'hôpital et que je vais côtoyer tout au long de mon parcours professionnel. Cela m'a permis de découvrir les aspects sensibles, les difficultés et les attentes des médecins et des personnels soignants, tout en tenant comptes des contraintes économiques et techniques générées par la structure hospitalière. L'hôpital présente une variété très large de métiers et ce projet a été l'occasion de cerner les interactions des uns sur les autres et de comprendre leurs différents points de vue.

Mon positionnement, entre acteur et observateur m'a permis de me placer en partie dans la situation de futur directeur d'hôpital. Celui-ci doit à la fois comprendre le point de vue de chacun tout en essayant de le dépasser et d'avoir une vue d'ensemble de la situation. Je reprendrai le propos de M.-P. Cheval qui définit le rôle de coordonnateur en disant qu'« il s'agit, grâce à l'écoute et l'observation de repérer les ressources et les potentiels des différents acteurs et de les mettre en valeur, de détecter chez les personnes les « leviers » sur lesquels ils peuvent agir afin de leur permettre d'atteindre des objectifs plus satisfaisants [...] »<sup>64</sup>. Dans une démarche comme celle-ci, le directeur d'hôpital est à sa place comme coordonnateur au sens de cette définition.

## **L'apprentissage des jeux et enjeux d'un tel projet**

L'approche que j'ai eu des différents corps de métier a été d'autant plus intéressante qu'elle m'a permis d'observer les relations entre eux et à l'intérieur d'un même corps.

Je me suis aperçu que si les personnels soignants et les médecins avaient des intérêts communs, leur regard sur les transformations éventuelles des services n'étaient pas pour autant identique. Si les médecins voient une nouvelle structure comme un outil de travail permettant de prendre en charge médicalement les patients de façon différente, les cadres infirmiers sont attentifs à sur la répartition globale de la charge de travail et aux conséquences en termes de répercussion sur les personnels et d'organisation générale des soins. Je n'ai pas perçu ces approches comme contradictoires, mais bien comme complémentaires et nécessaires à la concrétisation efficace d'une nouvelle organisation.

---

<sup>64</sup> CHEVAL M.P. *La réussite du changement lié aux restructurations internes : un enjeu pour le directeur des soins*, ENSP, Filière Directeur des Soins, Novembre 2002, 72 p.

Le second aspect de mon observation tient aux relations entre les professionnels d'un même corps. Je pense que les jeux de personnes et de personnalités sont un élément essentiel à cerner pour quiconque veut se lancer dans un projet de ce type. En effet, modifier une structuration existante induit une réflexion sur l'équilibre des positions au sein d'un établissement. S'il on veut que la démarche aboutisse, il faut éviter que de trop grandes forces s'y opposent. Il s'agit donc de proposer un projet équilibré qui permette à chacun de se sentir impliqué et de trouver sa place, sans perdre ses marges d'action. Le risque est particulièrement sensible lorsqu'une redistribution de lits peut entraîner le passage de lits de la responsabilité d'un chef de service vers celle d'un autre. Il m'a semblé que ce phénomène était relativement vrai chez les médecins, mais plus atténué chez les personnels soignants, avec une solidarité entre cadres que l'on ne retrouve pas toujours entre médecins.

En définitive, ces observations m'ont donné des éléments de réflexion sur l'importance du facteur humain dans la conduite du changement et la conduite de projet.

*b) Préconisations quant à la méthodologie de conduite de projet.*

La synthèse de mon travail sur l'hypothèse de création d'une unité d'hôpital de semaine à Coulommiers me conduit à évaluer la méthodologie choisie pour la conduite du projet, en soulignant les points sur lesquels il me faudra travailler dans mes actions futures et ceux qui ont donné satisfaction.

**Des axes d'amélioration sur la conduite à tenir dans ce genre de projet.**

Certains aspects ne me semblent pas avoir donné une totale satisfaction et il me faudra à l'avenir être plus vigilant sur ces points.

Dans un premier temps, je souhaite insister sur la nécessité d'établir un échéancier, ce qui a été réalisé, et sur l'importance de son caractère réaliste et la nécessité de le respecter. Evidemment, plus les personnes se tiennent à l'échéancier, plus celui-ci se trouve être réaliste. Dans notre démarche, le planning fixé s'est rapidement avéré ne pas pouvoir être tenu. Ainsi par exemple, l'enquête de prévalence avait initialement été prévue pour le courant du mois de janvier 2004, c'est à dire en travail préparatoire antérieur à la mise en route du projet, n'a pu être menée qu'entre le 24 mai et le 24 juin 2004. Le calendrier qui avait été établi n'était pas réaliste au sens où j'ai sans doute eu du mal à cerner les difficultés de la réalité quotidienne du travail hospitalier, qui a empêché les différents acteurs de pouvoir avancer au rythme qui avait été initialement proposé.

Le second point qu'il me paraît nécessaire d'évoquer concerne mon positionnement en tant qu'élève directeur. Ma situation de stagiaire ne m'a jamais nui, car je pense que mon intégration au sein de l'hôpital de Coulommiers s'est faite sans réelle difficulté. Cependant, la position de stagiaire n'est pas forcément évidente lorsqu'il s'agit de mener à bien un tel projet. Tout d'abord, et pour des raisons évidentes et logiques, un élève directeur n'a aucune prise sur les moyens disponibles et ne détient aucun pouvoir de décision propre. Ensuite, le regard qui est porté sur lui est ambivalent car il est assimilé en partie à l'« Administration », sans réellement en faire partie. Ainsi il est perçu d'une façon ambiguë dans le monde relativement cloisonné que reste l'hôpital.

Il a également pu arriver que les différents acteurs aient eu la tentation, consciente ou non, de me faire passer des messages à destination. Je pense que cela faisait partie du jeu de la formation, mais je n'ai jamais voulu jouer ce rôle. Je dois aussi dire que ces comportements n'ont été que marginaux et n'ont pas constitué la base de la relation de travail qui s'est instaurée.

Enfin, il me faut souligner la difficulté pour moi, élève directeur, d'avoir une vision stratégique d'ensemble de la situation de l'hôpital et d'arriver à sortir du domaine spécifique sur lequel il m'a été demandé de travailler. L'inscription du projet au Contrat pluriannuel d'Objectif et de Moyen en est l'illustration et c'est sans doute l'une des grandes leçons que j'aurai retiré de ce travail : un projet, aussi précis soit-il, doit être envisagé en s'inscrivant dans la dynamique globale de l'établissement de santé qui l'engage.

### **Des éléments de méthodologie qui ont apporté satisfaction**

Plusieurs points m'ont semblé donner satisfaction dans la façon dont j'ai animé la conduite de la réflexion sur l'hypothèse de l'hôpital de semaine au CHC. Ces points ont été porteurs de résultats intéressants et je sais que je pourrai réutiliser ces méthodes dans des travaux ultérieurs.

Tout d'abord il s'agit ici de constater combien le recours à une grande variété d'acteurs est enrichissante. Outre le fait qu'il est nécessaire dans un dossier aussi transversal, j'ai pu sentir que cela permettait de diversifier les points de vue sur des questions identiques et donc que cela permettait d'en percevoir les diverses facettes. Cette méthode permet recouper les informations et de relativiser ou de redonner de leur importance à certains points. En outre, le recours à une grande variété d'acteurs et à leurs compétences propres permet de proposer des solutions pratiques à des sujets qui n'en trouvent pas au premier abord. A titre d'exemple, je peux évoquer la réflexion sur la problématique de la prise en charge du secrétariat médical de la nouvelle structure.

Le second point de méthodologie qui m'a semblé apporter une grande satisfaction est le recours aux visites extérieures. Elles sont sources d'enrichissement par le retour d'expérience qu'elles permettent, mais également d'inspiration ou au contraire de contre-exemple, comme ça a été le cas au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil.

Enfin, après cette expérience, je reste convaincu de l'intérêt de la méthodologie d'avancée de projet par l'élaboration d'un support papier, support évolutif qui permet de faire le point des avancées et de fixer les acquis. Ce document doit être compris non comme une fin en soit mais comme un outil qui doit être utilisé par l'ensemble du groupe de travail. Il doit comprendre un état des lieux, un descriptif de l'objectif à atteindre et le déroulement de la démarche à suivre. Il doit également comprendre les éléments faisant l'unanimité et étant considérés comme acquis dans l'évolution du projet.

## CONCLUSION

Une démarche telle que celle qui a été entreprise ne peut aboutir que si elle fait l'objet d'un consensus. Celui-ci doit porter d'une part sur l'objectif fixé initialement : la création d'un hôpital de semaine, et d'autre part sur les modalités de concrétisation de ce but.

Dans le cas de l'hôpital de semaine de médecine du CHC, le travail que j'ai mené avait pour but de permettre de définir les données nécessaires au choix d'une organisation qui ferait l'objet d'un accord des différents acteurs. Le consensus relatif à l'objectif initial a été atteint grâce au contexte dynamique de l'établissement et à la volonté du Directeur, M. Gilles Naman, moteur du projet. Il s'est construit par l'assimilation d'une nouvelle culture et par la compréhension des bénéfices que l'ensemble des intervenants du monde hospitaliers pouvaient en tirer, du patient à la direction, en passant par les soignants et les médecins.

Afin de permettre au projet d'aboutir dans des conditions optimales, le Directeur l'a inscrit dans le Contrat d'Objectifs et de Moyens, actuellement en cours de finalisation. Celui-ci arrive au moment de la réforme de la tarification. La combinaison de ces différents facteurs influera sur la viabilité du projet, qui sera largement liée aux choix des actes qui seront pratiqués dans l'unité.

La création de ce genre de structure ne peut donc être entreprise que si la cohérence entre l'évolution culturelle, centrée ici sur une volonté de réduire la durée d'hospitalisation et d'en maîtriser la programmation, et la rationalité financière est démontrée.

Dans un contexte de limitation des moyens, comme nous le connaissons aujourd'hui, cette question se pose pour tous les secteurs de l'activité hospitalière. Elle s'impose dans la réflexion sur les nouveaux projets, mais elle devra sans doute également avoir lieu dans celle portant sur les services existants. La logique de maîtrise des dépenses s'impose dans un contexte de rareté des ressources. Elle doit être conciliée avec les besoins des patients. Ainsi, une évaluation de toute structure doit être envisagée, tant en termes de fonctionnement que du point de vue du service rendu au public. L'adéquation du respect des besoins de ce dernier et de la limitation des ressources économiques et humaines disponibles sera sans doute l'un des traits du service public du XXI<sup>ème</sup> siècle, en particulier dans le secteur de la santé.

---

## Bibliographie

---

### Textes juridiques :

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.

Circulaire DHOS/O n°2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

Arrêté du 23 juillet 1999 relatif au Schéma régional d'organisation sanitaire de l'Île-de-France 1999-2004

MATHIS D. *Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation*. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2002. 239 p. Recueils de textes législatifs et réglementaires.

### Articles :

BUISSON G., CARRASCO V., COLDEFY M. et al. L'activité des établissements de santé en 2001 en hospitalisation complète et partielle. *Etudes et Résultats*, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques, Mai 2003, n°238, pp1-9.

BURGENER M., ROUSSEL P. Les alternatives à l'hospitalisation dans le champ du médico-social. *Prévenir*, juin 1987, n°14.

BUTET P. Promotion de la santé : les patients d'abord ?, *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2003, n°492, pp. 23-25.

CLEMENT J.M. L'avenir de l'hôpital. *Les cahiers hospitaliers. Personnels et formation*, Octobre 1995, n°106, pp. 8-12.

DAUBECH L. L'évolution de la place de l'utilisateur dans les établissements publics de santé, *Entreprise Santé* ; Mai-Juin 2004, n°51, pp. 15-17.

DAVID J.P., LEMOUCHE S., NAGA H. et al. L'hôpital de semaine gériatrique, *La Revue de Gériatrie*, Janvier 1994, t.19, n°1, pp. 35-40.

DELAMARE N., VIDAL-TRECAN G., CHRISTOFOROV B. Itinéraire des patients hospitalisés dans une unité d'hôpital de semaine en médecine interne. *Journal d'économie Médicale*, Mai-Juin 1997, t.15, n°3-47, pp. 257-260.

LAURENT P., Le service public hospitalier en question. *Entreprise santé*, Juillet-Août 2004, n°52, pp. 7-13

PELLERIN J., BOIFFIN A. L'attente des familles face aux structures alternatives à l'hospitalisation. *La Revue de Gériatrie*, Novembre 1999, t.24, n°9, pp. 712-716.

PERLEMUTER L. Le diabète en France en 2003. [en ligne] [visité le 06.08.2004]  
Disponible sur Internet : <http://www.mag-pluspharmacie.com>

PICARD A., COURTOIS X., DARSY P. Alternatives à l'hospitalisation complète : identification des séjours et organisation hospitalière. *Journal d'Economie Médicale*, Novembre-Décembre 2001, vol. 19, n° 7-8, pp. 481-486.

RICORDEAU P., WEIL A., VALLIER N. et al. Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1998 et 2000 ? *Revue Médicale de l'Assurance Maladie* [en ligne]. Octobre-Décembre 2002, volume 33, n°4 [visité le 06.08.2004].  
Disponible sur Internet : <http://www.ameli.fr>

ROMATETJ.J. Une pensée globale qui doit inspirer le changement. *Revue hospitalière de France*, Mai-Juin 2003, n°492, pp. 10-11

VERGNON P., COLIN C., REMOND J. et al. Impact de la mise en place d'une unité intégrée d'hospitalisation de semaine en neurochirurgie. *Gestions hospitalières*, Janvier 1996, pp. 62-67.

L'hôpital en 2007. *Questions de Sécurité Sociale*, Février 2003, n°587, pp.21-27.

## **Sites Internet :**

<http://www.ameli.fr>

<http://www.ch-charcot56.fr>

<http://www.ch-versailles.fr>

<http://www.droit.org>

<http://www.infirmier-general.com>

<http://www.mag-pluspharmacie.com>

<http://www.sante.gouv.fr>

## **Mémoires :**

CHEVAL M.P. *La réussite du changement lié aux restructurations internes : un enjeu pour le directeur des soins*, ENSP, Filière Directeur des Soins, Novembre 2002, 72 p.

CHOQUET J.L. *L'Hôpital de semaine, Une alternative à l'hospitalisation traditionnelle ?*, ENSP, Département d'administration hospitalière, mémoire de fin d'assistantat, 1982, 125 p.

GUERRAZ S. *Concilier gestion des Ressources Humaines et réforme des structures, l'exemple du CH de Chambéry*, Formation des EDH de 3<sup>ème</sup> classe : Promotion 1995/1997, Décembre 1996.

## **Travaux divers :**

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Compte-rendu d'accréditation du Centre Hospitalier de Coulommiers*, avril 2003, 15 p.

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION D'ILE DE FRANCE. *Bilan quantitatif et qualitatif, Bassin de vie n°19 Nord Seine et Marne*, SROS 1999-2004.

BROSSARD M.H., CONTE G., CUESTA F. et al. Séminaire Interprofessionnel 1994, *Evolution des modes d'hospitalisation vers l'hôpital de jour et l'hôpital de semaine*, animateur : TIREL B.

BOUCLIER L. *Analyse des parts de marché du Centre Hospitalier de Coulommiers*, CRAMIF-DAH-DIRES Hôpitaux, mars 2004, 11 p.

GELOEN B. *Analyse financière et budgétaire du Centre Hospitalier de Coulommiers*, CRAMIF-Direction des Affaires Hospitalières, Février 2004, 15p.

DRASS Ile-de-France, *Les Capacités d'accueil et l'activité des établissements de santé en Ile-de-France en 2001*, STAT'IF, n°10, Décembre 2003, 6 p.

### **Ouvrages :**

CAZENAVE J.C. *La maîtrise du temps à l'hôpital. Un préalable aux 35 heures*. Les Etudes Hospitalières, 1999, 89 pages.

DURRLEMAN A., NOEL D., LAUGIER A., et al. *L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle*. Actes du colloque national. Cent-cinquantième de l'AP-HP. 7-8 décembre 1999. Paris. Paris : 2000, 358 p.

HOET T. *L'hôpital confronté à son avenir. Actualiser l'hôpital et le préparer au XXI<sup>e</sup> siècle*. Paris : Editions Lamarre, Paris, 1993, 229p.

SOURTY-LE GUELLEC M.J. *L'avenir de l'hôpital : quelles alternatives ?* Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Juin 1997, 9 p.

### **Colloques / Congrès :**

*L'hôpital au XXI<sup>e</sup> siècle*. Colloque national Cent-cinquantième de l'AP-HP. 1999 . Paris. Paris : Assistance Publique Hôpitaux de Paris, 2000.

---

## Liste des annexes

---

p. II : Annexe I : Extraits du Code de la Santé publique

p. III : Annexe II : Effectifs des services de médecine au Centre Hospitalier de Coulommiers

p. IV : Annexe III : Cartographie de l'attractivité du Centre Hospitalier de Coulommiers

p. XIII : Annexe IV : Diagramme de conduite de projet

p. XIV : Annexe V : Recueil des données du Département d'Information Médicale

p. XVI : Annexe VI : Fiche projet

p. XXIII : Annexe VII : Projet de création d'une unité d'hôpital de semaine au CHC

## Annexe I : Extraits du Code de la Santé publique

### CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

#### (Nouvelle partie Législative)

(...)

### Chapitre 1 : Schéma d'organisation sanitaire

#### Article L6121-2

*(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 5 I, III Journal Officiel du 6 septembre 2003)*

Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire. Cette annexe précise :

1° Les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activités de soins, **y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation**, et par équipements matériels lourds définis à l'article L. 6122-14 ;

2° Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et équipements relevant du schéma régional d'organisation sanitaire et par le ministre chargé de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma interrégional ou national. Les autorisations existantes incompatibles avec la mise en oeuvre de cette annexe sont révisées au plus tard deux ans après la publication du schéma d'organisation sanitaire. Les modalités de quantification des objectifs mentionnés au présent article sont fixées par décret.

(...)

### Chapitre 4 : Organes représentatifs et expression des personnels

#### Article L6144-1

*(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 1 IV Journal Officiel du 18 janvier 2002)*

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 84 II Journal Officiel du 5 mars 2002)*

Dans chaque établissement public de santé, une commission médicale d'établissement :

1° Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;

2° **Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques** de l'établissement, conformément au chapitre VI du présent titre ;

3° Prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité mentionnée aux articles L. 6113-2 et L. 6113-3 ;

(...)

5° Emet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 6114-1 et L. 6114-2, sur le rapport prévu à l'article L. 6143-3, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;

6° Emet un avis sur la constitution d'un réseau de santé mentionné à l'article L. 6321-1, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 6121-6, ainsi que sur les actions de coopération mentionnées aux chapitres II à V du titre III du présent livre, en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, ou la constitution d'une fédération médicale interhospitalière et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;

(...);

11° **Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 6145-16 et sur la désignation des responsables de ces centres ;**

(...)

En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, du chef de service, du chef de département, du coordonnateur concerné, du responsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 6146-8, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte

tenu des décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 6143-1 et L. 6143-7.

(...)

(...)

## **Chapitre 6 : Organisation des soins et fonctionnement médical**

### **Article L6146-1**

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en services ou en départements créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2.

Les services et les départements sont placés sous la responsabilité d'un médecin, biologiste, odontologiste ou pharmacien hospitalier.

**Les unités fonctionnelles sont les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées.**

Les services sont constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

Les départements sont constitués d'au moins trois unités fonctionnelles. A titre exceptionnel, lorsqu'une unité fonctionnelle ne présente pas de complémentarité directe avec d'autres unités de même discipline ou qu'il n'existe pas d'unité ayant la même activité, elle peut constituer un service.

(...)

### **Article L6146-6**

**L'unité fonctionnelle est placée sous la responsabilité d'un praticien titulaire ou d'un praticien hospitalo-universitaire temporaire du service ou du département dans le cadre de l'organisation générale définie par le chef de service ou de département et dans le respect du projet de service.**

A titre exceptionnel, un praticien hospitalier peut être chargé de plusieurs unités fonctionnelles.

**Le conseil d'administration désigne pour une période déterminée par voie réglementaire le praticien hospitalier chargé de l'unité fonctionnelle avec l'accord du chef de service ou de département après avis des praticiens titulaires du service ou du département et de la commission médicale d'établissement.**

(...)

**CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**(Partie Réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat)**

(...)

**Article R712-2-1**

*(inséré par Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

**Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 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.

**Elles comprennent :**

- a) Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit ;**
- b) Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires ;**
- c) Les structures dites d'hospitalisation à domicile.**

Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, permettent la mise en oeuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8.

(...)

**Article R712-2-3**

*(Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

*(Décret n° 95-993 du 28 août 1995 art. 2 Journal Officiel du 5 septembre 1995)*

**La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation est exprimée en places.** La place est l'unité de capacité qui permet une activité annuelle maximale correspondant à :

365 séances pour l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit ;

365 patients pour l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires ;

365 journées pour l'hospitalisation à domicile.

**Article R712-2-4**

*(inséré par Décret n° 92-1101 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont prises en compte par la carte sanitaire dans les conditions suivantes :

a) Les places relevant des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie ;

b) Les places relevant des structures d'hospitalisation à temps partiel sont comprises dans les cartes respectives des installations de médecine, d'obstétrique, de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation ;

c) Les places relevant des structures dites d'hospitalisation à domicile sont comprises dans la carte sanitaire des installations de médecine.

Lorsque les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 712-9 sont réunies, la création ou l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont autorisées sur la base de l'équivalence entre une place et un lit d'hospitalisation à temps complet.

(...)

**CODE DE LA SANTE PUBLIQUE**  
**(Partie Réglementaire - Décrets simples)**

**Sous-section 1 : Des structures de soins alternatives à l'hospitalisation**

**Paragraphe 1 : Des structures d'hospitalisation à temps partiel et des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire**

#### Article D712-30

*(Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

*(Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 art. 1 I Journal Officiel du 15 décembre 2000)*

**Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit et les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire mentionnées à l'article R. 712-2-1 dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations 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.

**Ces structures 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 en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

Dans le respect des dispositions mentionnées au dernier alinéa de l'article D. 712-31, ces structures peuvent recourir aux éléments du plateau technique d'un autre établissement de santé public ou privé.

Les unités précitées doivent garantir l'accessibilité et la circulation d'un patient couché, appareillé et accompagné.

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.

#### Article D712-31

*(Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

*(Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 art. 1 I Journal Officiel du 15 décembre 2000)*

Les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 712-30 sont agencées et équipées de manière à assurer sur un même site, en fonction du type, du volume et de la programmation des prestations fournies :

- 1° L'accueil et le séjour des patients et ceux des personnes qui, le cas échéant, les accompagnent ;
- 2° L'organisation, la préparation et la mise en oeuvre optimale des protocoles de soins ;
- 3° La surveillance et le repos nécessaires à chaque patient ;
- 4° La décontamination, le stockage et l'entretien du matériel nécessaire aux soins et au transport des patients.

Au cours de la durée d'ouverture mentionnée à l'article D. 712-30, les locaux affectés à chaque unité de soins qui compose la structure ne peuvent être utilisés pour aucune autre activité.

(...)

#### **Article D712-32**

*(Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

*(Décret n° 98-286 du 16 avril 1998 art. 1 III Journal Officiel du 18 avril 1998)*

*(Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 art. 1 I Journal Officiel du 15 décembre 2000)*

Le nombre et la qualification des personnels médicaux, auxiliaires médicaux, personnels de rééducation ainsi que le nombre d'aides-soignants exerçant dans les structures et unités de soins mentionnées à l'article D. 712-30 sont appréciés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, au vu du dossier mentionné au I B de l'article R. 712-40, en fonction de la nature et du volume d'activité effectués, de la fréquence des prestations délivrées, de leurs caractéristiques techniques et de l'importance des risques encourus par les patients.

Pendant les heures d'ouverture mentionnées à l'article D. 712-30, est requise, dans la structure, la présence minimale permanente :

1° D'un médecin qualifié ;

2° D'un infirmier ou, pour la réadaptation fonctionnelle, d'un masseur-kinésithérapeute, quelle que soit la capacité autorisée de la structure, et à tout le moins d'un infirmier ou, le cas échéant, d'un masseur-kinésithérapeute pour cinq patients présents ;

3° En sus des personnels mentionnés aux 1° et 2°, d'un médecin anesthésiste réanimateur si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire et de deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

#### **Article D712-33**

*(Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

*(Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 art. 1 I Journal Officiel du 15 décembre 2000)*

**Les structures de soins mentionnées à l'article D. 712-30 sont tenues d'organiser la permanence et la continuité des soins en dehors de leurs heures d'ouverture, y compris les dimanches et jours fériés.** Elles se dotent à cet effet d'un dispositif médicalisé d'orientation immédiate des patients.

Dans le cas où la structure ne serait pas en mesure d'assurer elle-même la continuité des soins, elle est tenue de conclure une convention avec un autre établissement de santé

public ou privé disposant de moyens de réanimation et accueillant en permanence des patients relevant de la ou des disciplines pratiquées par la structure. Cette convention définit notamment les conditions dans lesquelles les patients relevant de la structure, en cas de besoin, sont soit transférés dans l'autre établissement, soit orientés vers celui-ci, après sortie.

Sans préjudice des dispositions qui précèdent, lorsque la structure de soins pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, chaque patient reçoit un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

#### **Article D712-34**

*(Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 art. 1 Journal Officiel du 8 octobre 1992)*

*(Décret n° 2000-1220 du 13 décembre 2000 art. 1 I Journal Officiel du 15 décembre 2000)*

Un règlement intérieur propre à chaque structure de soins mentionnée à l'article D. 712-30 précise notamment :

- 1° Les principes généraux de son fonctionnement médical ;
- 2° La qualification du médecin coordonnateur ;
- 3° L'organisation générale des présences et permanences des personnels mentionnés à l'article D. 712-32 ;
- 4° Les modalités de mise en oeuvre des dispositions mentionnées à l'article D. 712-33 ;
- 5° Les modalités de constitution et de communication des dossiers médicaux en application des dispositions prévues aux articles R. 710-2-1 à R. 710-2-10.

**Annexe II :**  
**EFFECTIF DES SERVICES DE MEDECINE**

- Effectifs budgétés des services de médecine

SERVICES	GRADES		
	I.D.E	A.S	A.S.H
Médecine A1	9	9	4
Médecine A2	10	7,5	4
Hôpital de jour de Médecine A	2	2	0
Médecine B1	7	8,5	5
Médecine B2	8,5	8,5	5
Cardiologie	7	7	3

- Effectifs présents dans les services de médecine le week-end, par unité

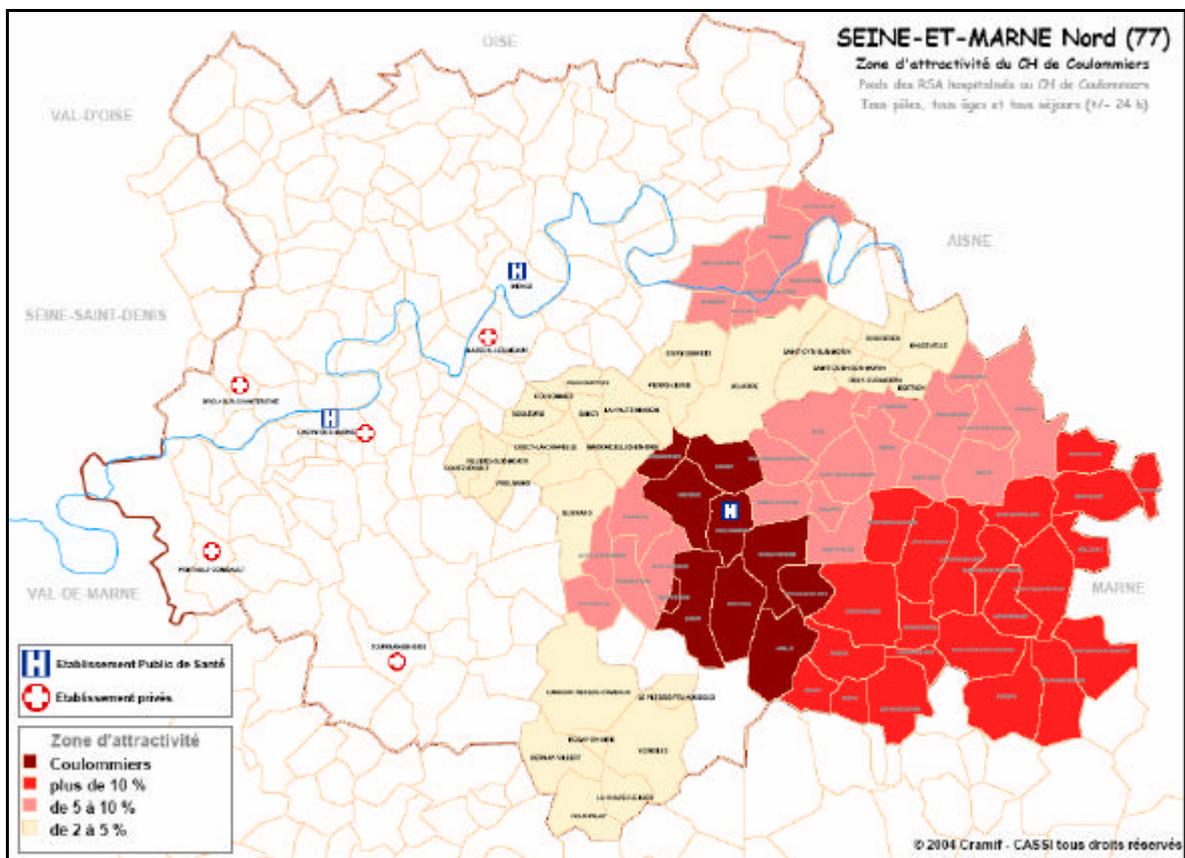
SERVICES	I.D.E			A.S			A.S.H	
	matin	après-midi	nuit	matin	après-midi	nuit	matin	après-midi
Médecines A	2	2	2	2	2	2	1	1
Médecines B	2	1	0,5	2	1	1	1	1

Source : CENTRE HOSPITALIER DE COULOMMIERS

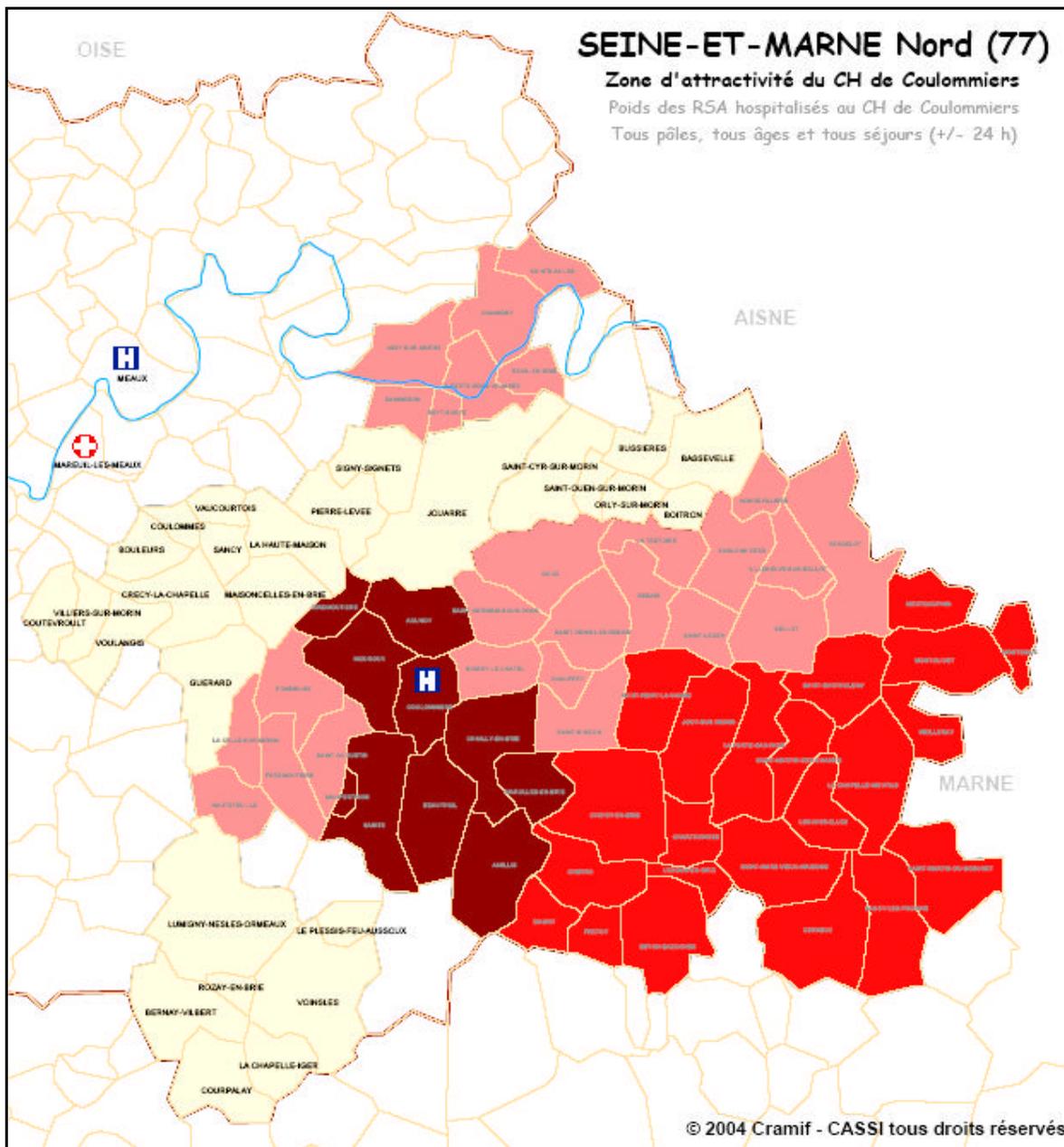
Direction des Soins Infirmiers

29/07/2004

**Annexe III :**  
**cartographie de l'attractivité du Centre Hospitalier de Coulommiers**



Carte n°1 : le secteur sanitaire n°13 :

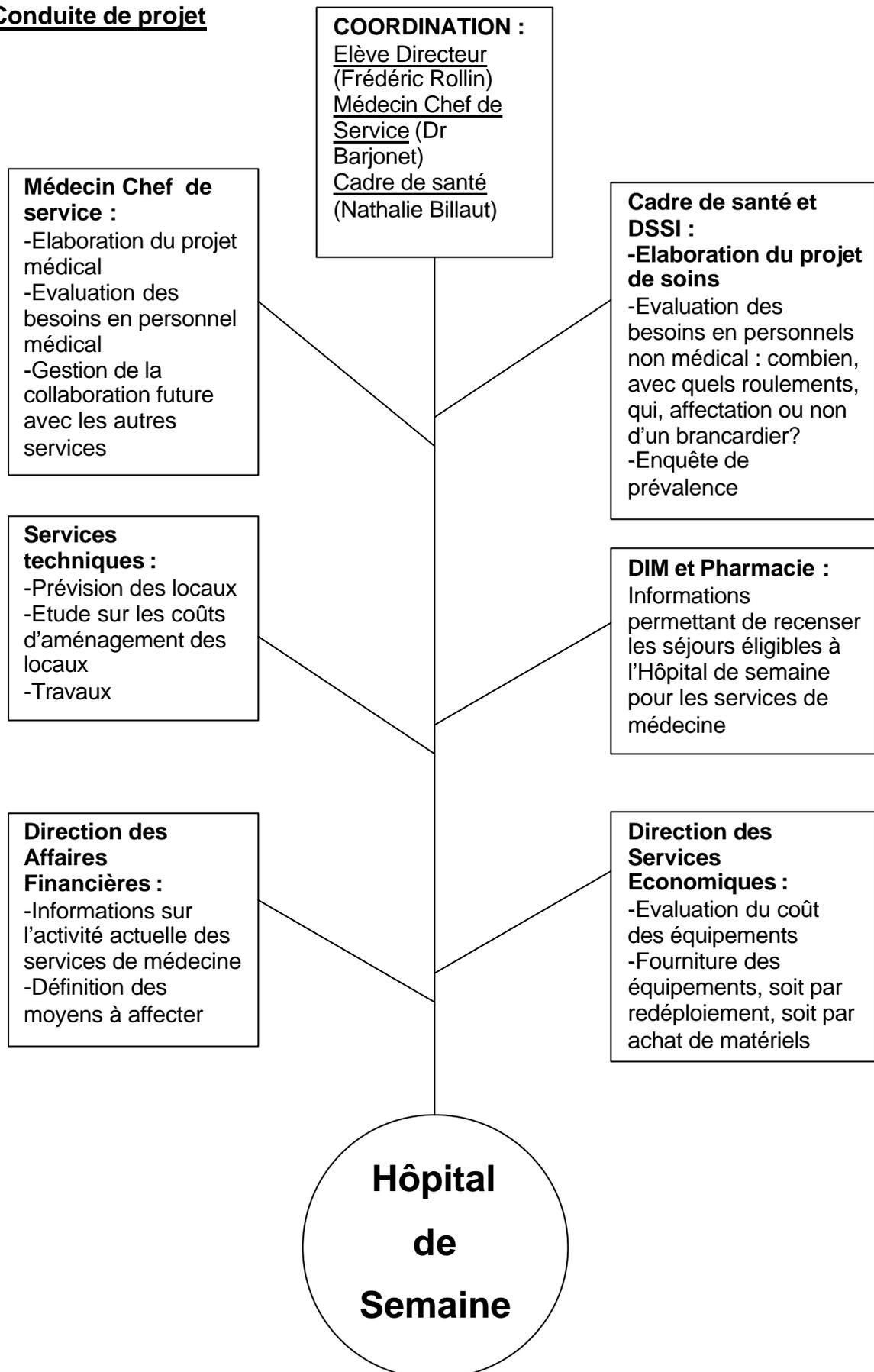


Carte n°2 : la zone est du secteur sanitaire n°13

## Annexe IV :

### Diagramme de

### Conduite de projet



## Annexe V :

### RECUEIL DES DONNEES DU DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE

#### 1/ Répartition des modes d'entrée directe des patients de médecine de séjour < 6 jours

Nb	ServCrt			
MELIBLONG	MA	MB	MC	Total
Entree Directe	1301	734	144	2179
Entree Directe Programmee	12	111		123
<b>Total</b>	<b>1313</b>	<b>845</b>	<b>144</b>	<b>2302</b>
% item Entrée programmée	1%	13%	0%	5%

Commentaire du DIM : « Manifestement, l'item « entrée programmée » est très mal renseigné ».

#### 2/ Somme de comptes de RUM-Services de court séjour de médecine

Somme de Compte de RUM	Services de Court Séjour			
JH	Med. A	Med. B	Med. C	Total
0	449	126	15	590
1	215	232	34	481
2	277	181	28	486
3	142	119	34	295
4	108	95	19	222
5	122	92	14	228
<b>Total</b>	<b>1313</b>	<b>845</b>	<b>144</b>	<b>2302</b>

#### 3/ Répartition des séjours de moins de 6 jours rapportés au nombre total de séjours

Séjours de moins de 6 jours					
JH	MA	MB	MC	Total	total JH
1	215	232	34	481	481
2	277	181	28	486	972
3	142	119	34	295	885
4	108	95	19	222	888
5	122	92	14	228	1140
T1: Total des séjours < 6j	1313	845	144	2302	
<b>T2: Total des séjours entre 1 et 6 jours</b>	<b>864</b>	<b>719</b>	<b>129</b>	<b>1712</b>	
<b>T3: Total des RUM 2003</b>	<b>2318</b>	<b>1910</b>	<b>416</b>	<b>4644</b>	
<b>%T2/T3</b>	<b>37%</b>	<b>38%</b>	<b>31%</b>	<b>37%</b>	

Source : Base de données ATALANTE 2003

4/ Total des journées d'hospitalisation de séjours compris entre 1 et 5 jours.

<b>JH</b>	<b>MA</b>	<b>MB</b>	<b>MC</b>	<b>Total</b>	<b>total JH</b>
1	215	232	34	481	481
2	277	181	28	486	972
3	142	119	34	295	885
4	108	95	19	222	888
5	122	92	14	228	1140
<b>Total</b>	<b>864</b>	<b>719</b>	<b>129</b>	<b>1712</b>	<b>4366</b>

**Centre hospitalier de Coulommiers**

**Projet de création  
d'un Hôpital de Semaine**

ETAPE 1  
**FICHE PROJET**

**Thématique** : Organisation des soins

**1. Titre** : Création d'un hôpital de semaine

**2. Problématique**

**Constat de départ**

- Il existe une nécessité de pouvoir proposer à des patients de médecine une prise en charge, parfois lourde, leur permettant de ne pas rompre totalement avec leur environnement familial ou professionnel.
- Comme l'ensemble des hôpitaux d'Ile-de-France, le Centre Hospitalier de Coulommiers subit la pénurie de personnel soignant. La création d'une structure d'hôpital de semaine peut être un outil dynamisant dans la gestion du personnel, à la fois pour proposer des postes spécifiques et attractifs et pour apporter une réponse partielle à ces difficultés de recrutement.
- Certaines spécialités, pourtant en plein essor, ne sont pas prises en charge à Coulommiers, telle l'endocrinologie-diabétologie. La création d'un hôpital de semaine pourrait être un moyen de les développer, en proposant par exemple des séjours d'éducation au diabète.

**3. Références**

L'organisation en Hôpital de Semaine ne rentre pas dans le cadre des textes relatifs aux structures de soin alternatives à l'hospitalisation qui sont :

- d'une part les services d'Hospitalisation à Domicile
- d'autre part les structures d'hospitalisation à temps partiel, que sont les services de chirurgie ambulatoire et les services d'hospitalisation de jour ou de nuit (article 712.30 du Code Général de la Santé Publique), dans lesquels la prise en charge est d'une durée inférieure ou égale à douze heures et ne comprend pas d'hébergement.

L'organisation de ce service est donc régie par la réglementation générale (loi n°91-748 du 31 juillet 1991).

**4. Objectifs**

Créer un service qui

- réponde aux besoins des patients
- développe et s'intègre à la gamme des services proposés par l'hôpital
- permette aux personnels de travailler dans des conditions optimales
- permette de répondre au moins partiellement aux problèmes d'effectifs
- se différencie des services d'hospitalisation traditionnelle par :
  - | sa fermeture du vendredi soir au lundi matin
  - | le fait que l'on n'y trouve que des patients dont la prise en charge a été programmée

**5. Coûts prévisibles**

- réunions
- enquête sur les besoins
- travaux
- redéploiement ou recrutement de personnel
- communication

**6. Equipe projet**

**-Directeur de projet :** M. Gilles Naman, Directeur d'Etablissement  
**-Chef de projet :** M. Frédéric Rollin, Elève Directeur  
**-Groupe de travail :**  
 Un médecin référent : Dr G. Barjonet  
 Un cadre de santé : Mme N. Billaut  
 Au besoin :  
 Un représentant des services techniques  
 Un représentant de la Direction du Service des Soins Infirmiers  
 Un représentant de la Direction des Services Economiques  
 Toute personne ressource nécessaire

## 7. Calendrier prévisionnel

Quoi	Quand							
	2004							
	04	05	06	07	08	09	10	11
Validation de la fiche projet	X							
Elaboration du projet médical	X	X						
Elaboration du projet de soin	X	X						
Visite sur sites en activité		X						
Décision sur les locaux		X	X					
Evaluation du coût des travaux			X					
Validation par les instances			X					
Travaux			X	X	X	X		
Mise en place de protocoles avec les services supports			X	X	X	X		
Recrutement du personnel			X	X	X	X		
Ouverture du service							X	

## 8. Moyens permettant la pérennisation de l'action

### -Temps 1

Communication efficace sur le projet  
 Rédaction de protocoles relatifs au fonctionnement du service  
 -fonctionnement interne  
 -liens avec les services supports : services médico-techniques, services économiques et logistiques, biomédical...

### -Temps 2

Suivi de l'activité et du développement par le futur médecin coordonateur ou référent  
 Implication des médecins de ville

## ETAPE 2

# ANALYSE DE L'EXISTANT

### 1. Un service qui n'existe pas dans les faits mais qui a déjà été pensée.

#### 1.1 Une unité inexistante.

L'hôpital de semaine en médecine n'existe pas à l'heure actuelle.

Aujourd'hui, au Centre Hospitalier de Coulommiers, il existe :

- | des structures de soins alternatives à l'hospitalisation
  - un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) en Psychiatrie (10 places)
  - un service de Chirurgie ambulatoire (4 places)
  - un service d'hôpital de jour en médecine (6 places)
- | 5 unités de médecine de court séjour (130 lits)

Un service d'Hôpital de Semaine viendrait compléter logiquement cette offre en élargissant la gamme des modes de prises en charges proposés. Il représenterait un échelon intermédiaire entre une prise en charge classique et les alternatives à l'hospitalisation existantes à Coulommiers.

Cette structure correspond aux besoins de la population et aux attentes à la fois des familles, des patients et des personnels.

#### 1.2 Une unité qui a déjà été pensée

Si le projet n'a pas été conduit jusqu'à présent, il a cependant déjà été pensé et pris en compte.

On en trouve en effet trace dans le Rapport d'Orientation Budgétaire 2004.

Ce document évoque la mise en place « d'une unité d'hôpital de semaine par redéploiement de lits de médecine (10 à 15 lits) et de personnels. »

A cette occasion est formulée une demande en personnel de :

-2 IDE	77 000 euros
-1 AS	27 900 euros
-0,25 psychologue	10 575 euros

L'investissement est estimé à 180 000 euros pour « rénovation et réaménagement du 4<sup>ème</sup> étage du bâtiment médecine en « hôpital de semaine » ».

**Attention** : ces estimations n'étaient que des hypothèses de travail. Elles devront être réévaluées en fonction de l'état d'avancement du projet et des décisions stratégiques qui seront prises.

### 2. Un service qui correspond à des besoins exprimés par les médecins.

La création d'un hôpital de semaine permettrait d'assurer aux patients une hospitalisation de courte durée (inférieure ou égale à 5 jours), programmée, qui délésterait les services d'hospitalisation traditionnelle.

L'avantage principal pour les médecins, comme pour les patients, est de protéger cette programmation des aléas de l'urgence, en particulier l'urgence du week-end.

### **3. L'analyse du recrutement potentiel.**

Le groupe projet à laquelle a été confronté à la difficulté de recenser de manière fiable les patients susceptibles d'être recrutés dans ce service.

En effet, force est de constater le manque de fiabilité des données proposées par le médecin DIM. Cette situation s'explique par le mauvais renseignement de l'ITEM « programmé » par les secrétaires médicales lorsqu'elles rentrent les données de l'hospitalisation dans le logiciel ATALANTE.

Plusieurs causes expliquent sans doute la situation, mais l'une des principales tient sans doute au fait que cet ITEM n'existe pas dans le logiciel CPage, utilisé au service des Admissions. Or, ATALANTE est rempli à partir des données rentrées dans CPage.

Il faudra donc rechercher d'autres sources d'informations pour évaluer le recrutement potentiel de l'Hôpital de semaine de médecine.

Afin de surmonter cette difficulté, deux pistes de travail sont utilisées :

- l'étude des durées moyennes de séjour (programmés ou non programmés) dans les services de médecine
- la conduite d'une enquête de prévalence dans les services.

### **4. Le projet d'Hôpital de semaine s'inscrit dans la perspective du Contrat d'Objectif et de Moyens (COM).**

L'Hôpital de semaine peut être un élément de réponse aux points faibles signalés dans l'état des lieux dressé à l'intention des tutelles dans le cadre de l'élaboration du COM, en ce qui concerne le pôle des médecines.

Il est en effet susceptible de permettre :

- D'apporter une réponse partielle à la vétusté des locaux : les chambres qui seront refaites dans le cadre de l'Hôpital de semaine seront des chambres à 1 ou 2 lits, entraînant la disparition dans le secteur choisi des chambres à 3 lits qui posent aujourd'hui problème. Ces chambres devraient être conçues en intégrant douches et toilettes individuels. Les lits redéployés dans ce service ne seront donc plus en activité dans les chambres à 3 lits ;
- D'apporter une réponse partielle aux problèmes d'effectifs médicaux en étant un outil attrayant pour les médecins libéraux (vacations dans le cadre du nouveaux statut) ;
- De proposer éventuellement une prise en charge plus adaptée et moins coûteuse en endocrinologie, avec comme condition l'arrivée d'un endocrinologue, au moins par des vacations dont le financement pourrait être négocié avec les tutelles dans le cadre du COM (à discuter avec M. Le Directeur) ;
- De renforcer l'activité en gastro-entérologie et en hépatologie, en permettant de développer l'activité programmée à l'abri des aléas de l'urgence (demande des médecins), ceci dans le cadre du rééquipement des services ;
- D'apporter une réponse partielle aux problèmes d'effectifs paramédicaux (à définir dans le cadre du projet de soin) ;
- De proposer une prise en charge somatique plus efficiente des patients du Long Séjour et de la Psychiatrie du Centre Hospitalier de Coulommiers, ainsi que des pensionnaires des maisons de retraite avoisinantes, en particulier pour des bilans.

## ETAPE 3 PREMIERES PISTES DE TRAVAIL

### 1. Quelles Médecines ?

L'Hôpital de semaine est prévu pour être un service de médecine.  
Le détail des activités envisagées, ainsi que les modes de prise en charge médicale seront détaillés dans le projet médical.

Cependant, il est envisagé de pratiquer dans cette unité les spécialités suivantes :

| l'endocrinologie, et plus particulièrement la diabétologie et l'éducation au diabète

| la gastro-entérologie

| les pathologies cardio-vasculaires

| la cancérologie

| la pneumologie (apnée du sommeil notamment)

Des soins spécifiques pourraient être programmés :

| sclérose des varices œsophagiennes

| endoscopies lourdes à acte thérapeutique sur terrain fragilisés

| chimiothérapies

### 2. Quelle prise en charge pour les patients ?

La prise en charge envisagée sera détaillée dans le projet de soins.

Dors et déjà, il est possible de signaler quelques spécificités inhérentes à la structure d'hôpital de semaine :

-Les patients pris en charge seront exclusivement des patients dont le séjour aura été programmé.

-Le service sera ouvert du lundi matin (8h ?) au vendredi soir (17h ?).

Ceci implique que soient prévues des solutions pour les patients qui ne pourront pas regagner leurs domiciles le vendredi soir. Ces solutions sont sans doute à trouver en prévoyant l'hypothèse avec les services de médecine traditionnels.

### 3. Quelle structure créer ?

Différentes piste de travail sont à l'étude. Elles devront être discutées et approfondies en associant les médecins et les personnels infirmiers intéressés, la direction, les services techniques, l'économat et la DSSI.

Voici les premières pistes :

<b>Piste</b>	<b>Avantages</b>	<b>Inconvénients</b>
1/ La création intégrale d'une unité, indépendante fonctionnellement et géographiquement des unités existantes	*Permet d'assurer une fermeture effective le week-end *Grande lisibilité aux yeux du public et des médecins de ville	*Il faut trouver des locaux *Travaux relativement lourds *Equipe infirmière à recruter, à souder et à former *Cadre spécifique à trouver *Secrétariat spécifique à trouver
2/ La création d'un nouveau service ayant des liens forts	*Permet d'assurer une fermeture effective le week-	*Difficultés en termes géographiques. L'idéal serait

avec l'hôpital de jour	end *Cohérence dans la gestion et dans la communication *Permettrait d'envisager un secrétariat commun *Permet éventuellement de soulager l'hôpital de jour si un patient ne peut regagner son domicile un soir, sans encombrer les services d'hospitalisation traditionnels	de créer l'Hôpital de semaine à la place des endoscopies. Surgissent alors deux problèmes : Où placer les endoscopies ? Quelle lourdeur pour les travaux ? *Equipe infirmière à recruter, à souder et à former
3/ La transformation d'une partie des lits d'une unité de médecine en lits d'hôpital de semaine	*Simplicité technique (pas ou peu de travaux) *Equipes infirmière déjà en activité *Permettrait d'alléger le personnel présent du vendredi soir au lundi matin *Permet de résoudre simplement la question des patients ne pouvant rentrer chez eux le vendredi soir	*Manque de lisibilité aux yeux des patients et des médecins de ville (problème de communication) *Difficultés à garantir la fermeture effective des lits le week-end, en particulier à cause des urgences *Risque d'alourdir gravement la tâche du personnel de week-end : personnel réduit mais lits occupés (exemple du CHI de Créteil)
4/ La transformation d'une unité de médecine (par exemple la plus petite, B3, qui a 20 lits) en hôpital de semaine	*Simplicité technique : peu de travaux, si ce n'est de rénovation *Equipe infirmière déjà en activité	*Difficultés à replacer les actuels patients de B3 dans les autres unités de médecine *Gestion de la fin de la différenciation de l' « orientation cardiologique » de B3
...		

#### 4. Quels rapports avec les autres services ?

Afin d'insérer l'Hôpital de semaine dans le CHC et son fonctionnement, différents rapports sont à envisager :

| avec les services médico-techniques :

Une « contractualisation » serait une solution permettant d'assurer l'efficacité de la programmation des interventions. Une partie des patients viendraient en effet pour subir une batterie d'examen sur 2 ou 3 jours.

Des accords doivent donc être envisagés avec le laboratoire, l'imagerie médicale et la pharmacie.

Pour ce faire, l'Hôpital de semaine pourra éventuellement s'inspirer de ce qui existe déjà au niveau de l'hôpital de jour et de la chirurgie ambulatoire.

| avec les services logistiques (cuisine, blanchisserie...), afin de gérer au mieux l'accueil des patients

| avec les autres services de médecine, en particulier pour prévoir les cas, devant être exceptionnels, des patients ne pouvant rentrer chez eux le vendredi soir.

**Annexe VII : Projet de création d'une unité d'hôpital de semaine au CHC**

## **CENTRE HOSPITALIER DE COULOMMIERS**

**POLE MEDECINE**

# **PROJET DE CREATION D'UNE UNITE D'HOPITAL DE SEMAINE**

**DOCUMENT DE TRAVAIL**

**Juillet 2004**

**M. Le Dr Georges BARJONET (Chef de service Médecine B)**

**Mme Nathalie BILLAUT (Cadre de Santé médecine B)**

**M. Frédéric ROLLIN (Elève Directeur)**

## SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	XXIV
FICHE PROJET.....	XXV
DOSSIER ADMINISTRATIF .....	XXVII
ANALYSE DE L'EXISTANT.....	XXVIII
PERSPECTIVES .....	XXX
PERSONNEL .....	XXXI
REGLEMENT INTERIEUR .....	XXXII
THERAPEUTIQUES ENVISAGEES .....	XXXIV
CALENDRIER.....	XXXIV
TRAVAUX A PREVOIR .....	XXXIV
ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR .....	XXXV
PROFILS DE POSTE .....	XXXVI
(MATERIEL A PREVOIR) .....	XXXVI

## FICHE PROJET

**Thématique :** Organisation des soins

**1. Titre :** Création d'un hôpital de semaine

### 2. Problématique

#### Constat de départ

- Il existe une nécessité de pouvoir proposer à des patients de médecine une prise en charge, parfois lourde, leur permettant de ne pas rompre totalement avec leur environnement familial ou professionnel.
- Comme l'ensemble des hôpitaux d'Ile-de-France, le Centre Hospitalier de Coulommiers subit la pénurie de personnel soignant. La création d'une structure d'hôpital de semaine peut être un outil dynamisant dans la gestion du personnel, à la fois pour proposer des postes spécifiques et attractifs et pour apporter une réponse partielle à ces difficultés de recrutement.
- Certaines spécialités, pourtant en plein essor, ne sont pas prises en charge à Coulommiers, telle l'endocrinologie-diabétologie. La création d'un hôpital de semaine pourrait être un moyen de les développer, en proposant par exemple des séjours d'éducation au diabète.

### 3. Références

L'organisation en Hôpital de Semaine ne rentre pas dans le cadre des textes relatifs aux structures de soin alternatives à l'hospitalisation qui sont :

- d'une part les services d'Hospitalisation à Domicile
  - d'autre part les structures d'hospitalisation à temps partiel, que sont les services de chirurgie ambulatoire et les services d'hospitalisation de jour ou de nuit (article 712.30 du Code Général de la Santé Publique), dans lesquels la prise en charge est d'une durée inférieure ou égale à douze heures et ne comprend pas d'hébergement.
- L'organisation de ce service est donc régie par la réglementation générale (loi n°91-748 du 31 juillet 1991).

### 4. Objectifs

Créer un service qui

- répondre aux besoins des patients
- développe et s'intègre à la gamme des services proposés par l'hôpital
- permette aux personnels de travailler dans des conditions optimales
- permette de répondre au moins partiellement aux problèmes d'effectifs
- se différencie des services d'hospitalisation traditionnelle par :
  - | sa fermeture du vendredi soir au lundi matin
  - | le fait que l'on n'y trouve que des patients dont la prise en charge a été programmée

### 5. Coûts prévisibles

- réunions
- enquête sur les besoins
- travaux
- redéploiement ou recrutement de personnel
- communication

### 6. Equipe projet

**-Directeur de projet :** M. Gilles Naman, Directeur d'Etablissement  
**-Chef de projet :** M. Frédéric Rollin, Elève Directeur  
**-Groupe de travail :**  
 Un médecin référent : Dr G. Barjonet  
 Un cadre de santé : Mme N. Billaut  
 Au besoin :  
 Un représentant des services techniques  
 Un représentant de la Direction du Service des Soins Infirmiers  
 Un représentant de la Direction des Services Economiques  
 Toute personne ressource nécessaire

## 7. Calendrier prévisionnel

Quoi	Quand							
	2004							
	04	05	06	07	08	09	10	11
Validation de la fiche projet	X							
Elaboration du projet médical	X	X	X					
Elaboration du projet de soin	X	X	X					
Visite sur sites en activité		X						
Décision sur les locaux		X	X	X				
Evaluation du coût des travaux			X	X				
Validation par les instances						X		
Travaux						X	X	
Mise en place de protocoles avec les services supports				X	X	X	X	
Affectation du personnel				X	X	X	X	
Ouverture du service								X

## 8. Moyens permettant la pérennisation de l'action

### -Temps 1

Communication efficace sur le projet  
 Rédaction de protocoles relatifs au fonctionnement du service  
 -fonctionnement interne  
 -liens avec les services supports : services médico-techniques, services économiques et logistiques, biomédical...

### -Temps 2

Suivi de l'activité et du développement par le futur médecin coordonateur ou référent  
 Implication des médecins de ville

## DOSSIER ADMINISTRATIF

L'ouverture d'une unité d'hôpital de semaine ne nécessite pas de rédaction d'un dossier particulier, d'autant plus qu'elle est fondée sur un redéploiement de lits. Un hôpital de semaine est une unité classique dont la principale spécificité est d'être fermée les samedi et dimanche.

Il n'est demandé dans le cas précis aucune ouverture de lit aux tutelles.

Le projet sera simplement validé par les instances concernées.

## ANALYSE DE L'EXISTANT

### **Une service qui n'existe pas dans les faits mais qui a déjà été pensée.**

#### Une unité inexistante.

L'hôpital de semaine en médecine n'existe pas à l'heure actuelle.

Aujourd'hui, au Centre Hospitalier de Coulommiers, il existe :

| des structures de soins alternatives à l'hospitalisation

-un service d'Hospitalisation à Domicile (HAD) en Psychiatrie (10 places)

-un service de Chirurgie ambulatoire (4 places)

-un service d'hôpital de jour en médecine (6 places)

| 5 unités de médecine de court séjour (130 lits)

Un service d'Hôpital de Semaine viendrait compléter logiquement cette offre en élargissant la gamme des modes de prises en charges proposés. Il représenterait un échelon intermédiaire entre une prise en charge classique et les alternatives à l'hospitalisation existantes à Coulommiers.

Cette structure correspond aux besoins de la population et aux attentes à la fois des familles, des patients et des personnels.

#### Une unité qui a déjà été pensée

Si le projet n'a pas été conduit jusqu'à présent, il a cependant déjà été pensé et pris en compte.

On en trouve en effet trace dans le Rapport d'Orientation Budgétaire 2004.

Ce document évoque la mise en place « d'une unité d'hôpital de semaine par redéploiement de lits de médecine (10 à 15 lits) et de personnels. »

### **Un service qui correspond à des besoins exprimés par les médecins.**

La création d'un hôpital de semaine permettrait d'assurer aux patients une hospitalisation de courte durée (inférieure ou égale à 5 jours), programmée, qui délesterait les services d'hospitalisation traditionnelle.

L'avantage principal pour les médecins, comme pour les patients, est de protéger cette programmation des aléas de l'urgence, en particulier l'urgence du week-end.

#### **L'analyse du recrutement potentiel.**

Le groupe projet a été confronté à la difficulté de recenser de manière fiable les patients susceptibles d'être recrutés dans ce service en se basant sur les données du DIM.

Il a fallu rechercher d'autres sources d'informations pour évaluer le recrutement potentiel de l'Hôpital de semaine de médecine.

Afin de surmonter cette difficulté, deux pistes de travail ont été utilisées :

-l'étude des durées moyennes de séjour (programmés ou non programmés) dans les services de médecine

Les chiffres donnés par le DIM de l'établissement indiquent ainsi que sur les 5 unités de médecine, en 2003, les séjours compris entre au moins 1 jour (c'est à dire ayant passé au moins une nuit à l'hôpital) et au plus 5 jours correspondaient à 36,90% des séjours, sans distinction entre les séjours programmés et les séjours non programmés. Ce sont en tout

1712 RUM sur les 4644 produits en 2003 qui sont donc concerné, sachant que 590 RUM correspondent à des hospitalisation de 0 jours.

Ces séjours se décomposent comme suit :

Journées d'hospitalisation	Méd. A	Méd. B	Méd. C	Total
1	215	232	34	481
2	277	181	28	486
3	142	119	34	295
4	108	95	19	222
5	122	92	14	228
T1: Total des séjours < 6jours	864	719	129	1712
T2: Total des RUM 2003	2318	1910	416	4644
% T1/T2	37,2735116	37,6439791	31,0096154	36,8647717

-la conduite d'une enquête de prévalence dans les services.

L'étude a été menée sur les 5 unités de médecine, sur la période allant du 24 mai au 24 juin 2004.

### **Le projet d'Hôpital de semaine s'inscrit dans la perspective du Contrat d'Objectif et de Moyens (COM).**

L'Hôpital de semaine peut être un élément de réponse aux points faibles signalés dans l'état des lieux dressé à l'intention des tutelles dans le cadre de l'élaboration du COM, en ce qui concerne le pôle des médecines.

Il est en effet susceptible de permettre :

- D'apporter une réponse partielle à la vétusté des locaux : les chambres qui seront refaites dans le cadre de l'Hôpital de semaine seront des chambres à 1 ou 2 lits, entraînant la disparition dans le secteur choisi des chambres à 3 lits qui posent aujourd'hui problème. Ces chambres devraient être conçues en intégrant douches et toilettes individuels. Les lits redéployés dans ce service ne seront donc plus en activité dans les chambres à 3 lits ;
- D'apporter une réponse partielle aux problèmes d'effectifs médicaux en étant un outil attrayant pour les médecins libéraux (vacations dans le cadre du nouveaux statut) ;
- De proposer éventuellement une prise en charge plus adaptée et moins coûteuse en endocrinologie, avec comme condition l'arrivée d'un endocrinologue, au moins par des vacations dont le financement pourrait être négocié avec les tutelles dans le cadre du COM (à discuter avec M. Le Directeur) ;
- De renforcer l'activité en gastro-entérologie et en hépatologie, en permettant de développer l'activité programmée à l'abri des aléas de l'urgence (demande des médecins), ceci dans le cadre du rééquipement des services ;
- D'apporter une réponse partielle aux problèmes d'effectifs paramédicaux (à définir dans le cadre du projet de soin) ;
- De proposer une prise en charge somatique plus efficiente des patients du Long Séjour et de la Psychiatrie du Centre Hospitalier de Coulommiers, ainsi que des pensionnaires des maisons de retraite avoisinantes, en particulier pour des bilans.

## PERSPECTIVES

Il est envisagé l'ouverture d'une unité de semaine de médecine d'une capacité de 10 lits.

Cette unité est conçue comme autonome par rapport aux autres unités de médecine de l'hôpital.

L'hôpital de semaine est destiné à accueillir des patients dont la démarche diagnostique et thérapeutique est prévisible. Tous les séjours sont donc programmés et se déroulent dans une durée allant de 24 heures (au moins une nuit passée dans le service) à 5 jours (maximum 4 nuits passées dans le service).

L'unité aura une vocation multidisciplinaire en médecine, et sera donc ouverte à tous les consultants hospitaliers et tous les médecins de ville qui souhaiteront y adresser leurs patients.

Un médecin coordonnateur est nommé. Son rôle est décrit dans la fiche de poste qui suit.

A terme, un rapprochement géographique, voire fonctionnel, pourra être envisagé avec l'hôpital de jour déjà existant, dans des locaux adaptés qui devraient être prévus dans le futur bâtiment de médecine prévu dans le cadre du Contrat d'Objectifs et de Moyens. La réflexion sera menée en temps utile par les médecins du pôle médecine et la Direction. Elle devra émaner d'une volonté partagée des médecins concernés et être intégrée au projet médical de l'établissement.

## PERSONNEL

### **Personnel médical**

1 médecin coordonnateur

[Profil : médecin interniste à orientation endocrinologie]

### **Personnel Paramédical**

1 cadre infirmier , partagé avec un/ plusieurs autre(s) service(s)

1 infirmière programmatrice (mi-temps ?)

x IDE

x aides-soignantes

x agents de services hospitaliers (partagé avec tel autre service)

Personnel de nuit : 1 IDE partagée avec l'unité B3 et assistée d'1 Aide-Soignante.

### **Secrétariat**

Le secrétariat est assuré par les secrétaires des services de médecine. En effet, les lits concernés l'étant par redéploiement, il n'y a pas de charge de secrétariat généré de manière supplémentaire par les patients des services d'hôpital de semaine.

## REGLEMENT INTERIEUR

### **Profil des patients**

**Population concernée** : les adultes de plus de 18 ans ou des mineurs de plus de 15 ans et 3 mois sur avis médical.

**Origine de l'adressage** : l'hospitalisation se fait sur la demande du médecin traitant de ville ou du médecin hospitalier qui suit le dossier du patient. Si ce dernier n'est pas adressé par un médecin hospitalier, il est reçu en consultation par le médecin -réfèrent qui lui confirme sa prise en charge au sein de l'unité de semaine.

**Aucun patient ne doit venir directement du service des urgences.  
Aucun patient dont la durée d'hospitalisation prévisionnelle serait supérieure à 5 jours ne saurait être admis**

### **Conditions de l'hospitalisation**

Toute hospitalisation doit être programmée au moins 48 heures avant l'arrivée du patient dans le service, et si possible, au moins une semaine auparavant.

La préadmission est faite à l'avance, en théorie dès qu'est programmé l'hospitalisation

Une lettre du médecin demandeur de l'hospitalisation doit être impérativement jointe pour que la demande soit traitée.

Si le médecin demandeur de l'hospitalisation est un médecin de l'hôpital, il doit détailler la demande d'examens biologiques, remplir les bons d'examens spécialisés et préciser les protocoles thérapeutiques spécifiques.

En cas de manque de place, le médecin coordonnateur doit informer l'ensemble des praticiens et propose une hiérarchisation des priorités de prise en charge.

Tout protocole d'exploration ou de soin doit être daté et signé par le médecin qui l'a proposé.

Le médecin coordonnateur peut apporter des modifications au protocole d'exploration ou au protocole thérapeutique après accord du médecin demandeur.

Les médecins hospitaliers sont informés à l'avance de l'arrivée de leurs patients dans l'unité.

Dans les cas de thérapeutique anticancéreuse, le médecin prescripteur est responsable de la rédaction d'un protocole détaillé et de l'ordonnance de demande de produits faite à la pharmacie.

### **Les suites de l'hospitalisation**

La sortie du patient se fait au jour et à l'heure fixés avant l'hospitalisation. Elle est faite soit sous la responsabilité du médecin coordonnateur, soit sous celle du médecin hospitalier adresseur.

Le médecin coordonnateur peut proposer et demander le transfert du patient dans un autre service si la sortie n'est pas réalisable.

**En cas d'impossibilité de sortie, le médecin qui a initié l'hospitalisation s'engage à reprendre le patient dans son service.**

Le compte-rendu d'hospitalisation est envoyé au médecin qui a adressé le patient le plus rapidement possible, en tenant compte des délais dus à l'attente du retour des résultats d'examen.

### **Fonctionnement du service**

Horaires d'ouverture :

L'hôpital de semaine est ouvert du lundi matin 7h30 au vendredi soir 18h , y compris les jours fériés.

Le service ferme les jours fériés si le nombre de patient prévu est inférieur ou égal à 2. Il ferme aussi ces jours-ci s'ils tombent un lundi ou en vendredi.

Fermeture du service :

Le service est fermé à dates fixées qui sont définies annuellement par le médecin coordonnateur et le cadre responsable, en accord avec le chef de service.

THERAPEUTIQUES ENVISAGEES

CALENDRIER

TRAVAUX A PREVOIR

## ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le médecin coordonnateur est le médecin qui a la responsabilité du fonctionnement de l'unité. Il assure :

| **L'accueil** dans le service , par téléphone ou par E-mail **des médecins généralistes souhaitant utiliser l'hôpital de semaine.**

| **La visite des patients hospitalisés** et si besoin est , la visite :

H par d'autres praticiens hospitaliers du même service,

H par d'autres praticiens hospitaliers de l'établissement (en fonction de la pathologie du patient)

| **La relecture et/ou la rédaction des comptes-rendus hospitaliers** et le **codage y afférant** pour les patients de l'unité

| **L'encadrement et l'évaluation du secrétariat.**

| **Un travail administratif**

H certificat SP 32 (prise en charge 100%)

H contrôle de qualité

| **Sa consultation propre**

| La conduite de **réunions informelles avec l'infirmière coordonnatrice et la secrétaire**

| Une ou plusieurs fois par an :

H Examen, évaluation de l'activité

H Estimation des besoins de travaux avec la surveillante en charge de l'unité

H Estimation des besoins en équipement divers. Rapport à la commission équipement.

H Notation des membres de l'équipe paramédicale : avec la surveillante, IDE, AS, ASH.

PROFILS DE POSTE

(MATERIEL A PREVOIR)

CENTRE HOSPITALIER DE COULOMMIERS  
Rue Gabriel Péri—77 527 Coulommiers Cedex

UNITE D'HOSPITALISATION DE SEMAINE

Tél. :

NOM : .....

Prénom : .....

NOM de jeune fille : .....

Date de naissance : ..../..../.....

Adresse : .....

.....

.....

Code postal : .....

Commune : .....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....

Tél travail : .....

Médecin demandeur de  
l'hospitalisation : .....

Médecin référent  
hospitalier : .....

ENTREE : Le ..../..../... à .....heures

SORTIE : le ..../..../... à .....heures

**CONTEXTE MEDICAL ET MOTIF D'HOSPITALISATION :**

Motif d'hospitalisation et niveau d'information du patient sur sa maladie :

Régime et/ou consultation diététique :

**LA SORTIE :**

A quel(s) médecin(s) souhaitez-vous que le courrier soit adressé ?

Souhaitez-vous revoir le patient en consultation ? :                      oui     non

## EXAMENS DEMANDES

MED	Bilan sang	IDE	MED	Sérologies Charge virale	IDE	MED	Examens morphologiques	IDE	FAIT	Date	Heure
	NFS Plaq			AC VIH			FO				
	Réticulocytes			AGP24			ACG				
	VS			Charge virale VIH			EMG				
	CRP			Génotype viral			RX Thorax F+P				
	CD4CD8			Dosage ARV			Echo abdo				
	GR RH			Toxoplasmose			Scanner cérébral				
	RAI			Syphilis			Scanner abdo				
	TPTCA			IG M HVA			Scanner cérébral				
	Haptoglobine			AG HBS			Scanner thoracique				
	Iano Urée Créat Glyc			AC HBS			IRM				
	Transa			AC HBC			Scinti os				
	Gamma Gt			AG HBE			Echo cœur				
	PH. Alca			AC HVC			Fibro gastrique				
	Bili			Génotype HVC			Colo				
	Amylase			Virémie CMV			Rectosigmoïdo				
	Lipase			AC HTLV1			Fibro bronchique				
	Trigly			Dosage vit E			LBA				
	Cholestérol			Folates			Myélogramme				
	HDL LDL APO A APOB			Pré albumine			BOM				
	EPP			Ferritine							
	LDH			Lactates							
	CPK			Insulémie à jeun							
	Calcémie										
	<b>SIGNATURES IDE</b>			<b>SIGNATURES IDE</b>			<b>SIGNATURES IDE</b>				
	Protéine S			Anti nucléaires			ACE				
	Protéine C			Anti DNA natifs			Alpha FP				
	anti thrombine III			Anti SSASSB/SM			CA 19.9				
	Homocystinémie			Anti phospholipides			CA 15.3				
	Etude génétique			Anti muscles lisses			CA 125				
	Temps de saignement			Anti mitochondries							
	Temps d'occlusion			Anti LKM 1							
	<b>SIGNATURES IDE</b>			<b>SIGNATURES IDE</b>			<b>SIGNATURES IDE</b>				
	<b>Biologie urines</b>			<b>Bactériologie</b>			<b>Autres</b>				
	Iano Urée Créat			BK crachats			CONSULTATIONS				
	Protéinurie 24h			Mycobactérie Isol							
	BU			bk post fibro							
	ECBU			Hémoc							
	Amylasurie			Hémoc KT							
	Immuno fixation										
	<b>Biologie selles</b>										
	Capro										
	Parasito										
	Clostridium										
	<b>SIGNATURES IDE</b>			<b>SIGNATURES IDE</b>			<b>SIGNATURES IDE</b>				

**DATE :**

**NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR/**

**SIGNATURE :**