



**EHESP**

---

**Directeur d'Hôpital**

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Octobre 2021**

---

**Territoires touristiques et organisation  
hospitalière : quels sont les enjeux de  
la saisonnalité de l'activité à l'hôpital  
en 2021 ?**

---

**Antoine BOLMONT**



---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier particulièrement Madame Cristofalo Paula, Maître de conférences à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), pour son appui méthodologique et l'ensemble des personnes qui m'ont conseillé et guidé dans l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie aussi les équipes de direction des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes du Sud (GHT AS) et les différents professionnels du monde de la santé que j'ai rencontrés dans ce cadre, qui m'ont beaucoup apporté dans la réalisation de ce mémoire. Je remercie particulièrement la dizaine de personnes avec qui j'ai pu échanger lors d'entretiens. L'ensemble de ces expériences et de ces échanges a constitué le fondement de mon travail, de mes réflexions et de mes propositions.



---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
Méthodologie de travail .....	4
1 La saisonnalité de l'activité hospitalière doit être évaluée et anticipée afin d'ajuster l'offre de soins aux besoins de santé de la population d'un territoire .....	5
1.1 Les besoins de santé de la population d'un territoire sont identifiables et doivent être précisément évalués pour permettre aux hôpitaux de s'adapter aux fluctuations de leur activité.....	5
1.1.1 Les différents profils de touristes nécessitent d'avoir une offre de soins complète.....	5
1.1.2 La variabilité du nombre de personnes présentes sur un territoire touristique exige une adaptabilité de l'offre de soins .....	7
1.1.3 La temporalité de la venue des touristes est à prendre en compte afin d'affiner l'évaluation de la demande de soins.....	8
1.2 L'offre de soins est territorialement organisée afin d'assurer la prise en charge des « patients-touristes » .....	9
1.2.1 La stratégie de réponse sanitaire au phénomène de saisonnalité est établie au niveau régional sous le pilotage des Agences Régionales de Santé	10
1.2.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire est un niveau de réponse nécessaire face aux phénomènes de saisonnalité mais n'est pas toujours utilisé à la hauteur des attentes .....	13
1.2.3 Le niveau local et les relations villes-hôpital permettent d'ajuster l'offre de soins au plus près des besoins des « patients-touristes ».....	14
2 Le parcours patient et le capacitaire d'un Etablissement Public de Santé doivent être modulables afin de faire face aux épisodes saisonniers d'activité en respectant les principes du Service Public Hospitalier .....	17
2.1 La saisonnalité de l'activité contraint les Etablissements Publics de Santé à s'organiser afin d'assurer l'égalité, la continuité et l'adaptabilité des prises en charge.....	17

2.1.1	L'afflux de « patients-touristes » fait courir le risque d'une rupture d'égalité dans les prises en charge .....	17
2.1.2	Le principe de continuité du service public hospitalier est mis à l'épreuve par les variations saisonnières de l'activité hospitalière.....	19
2.1.3	Le principe d'adaptabilité doit être la clé de voûte de la réponse organisationnelle de l'hôpital face à l'afflux des « patients-touristes » .....	21
2.2	Des solutions innovantes sont déployées par les hôpitaux pour organiser le parcours de soins des « patients-touristes ».....	23
2.2.1	La mise en place de solutions innovantes est nécessaire afin de fluidifier la production des soins non programmés .....	23
2.2.2	La mise en œuvre d'une organisation saisonnalisée du bloc opératoire permet d'assurer des prises en charge de qualité.....	25
2.2.3	Le déploiement de divers modes de prise en charge induit une diminution des tensions en lits .....	27
3	La saisonnalité doit pouvoir devenir un mode de gestion des ressources hospitalières .....	30
3.1	La saisonnalité met sous tension les ressources de l'hôpital de manière systémique.....	30
3.1.1	La saisonnalité pèse sur les ressources humaines tout au long de l'année et non seulement lors des périodes d'afflux massif de patients .....	30
3.1.2	Les pics d'activités mettent au défi les ressources matérielles dans leur ensemble.....	33
3.2	La saisonnalité comme modalité de gestion des ressources peut être garante d'une organisation agile.....	37
3.2.1	La saisonnalité comme modalité de gestion des ressources : un gage d'agilité ?.....	37
3.2.2	L'adaptation des organisations à la saisonnalité nécessite un management bienveillant guidé par les principes de qualité de vie au travail et d'équité de traitement.....	40
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes .....	I

Trame d'entretien pour les établissements extérieurs au GHT des Alpes du Sud :  
Les impacts de la saisonnalité de l'activité sur l'organisation hospitalière. .... I

Trame d'entretien pour les professionnels du GHT des Alpes du Sud : Les impacts  
de la saisonnalité de l'activité sur l'organisation hospitalière. .... III



---

## Liste des sigles utilisés

---

- AAH : Attaché d'Administration Hospitalière.
- AAP : Appel A Projet.
- ARM : Assistant de Régulation Médicale.
- ARS : Agence Régionale de Santé.
- AS : Aide-Soignant.
- CH : Centre Hospitalier.
- CHICAS : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud.
- CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
- CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.
- CSP : Code de la Santé Publique.
- DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination.
- DGAFP : Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique.
- DIM : Département de l'Information Médicale.
- DMS : Durée Moyenne de Séjour.
- DRH : Directeur des Ressources Humaines.
- DS : Directeur des Soins.
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.
- EPI : Equipements de Protection Individuelle.
- EPS : Etablissement Public de Santé.
- EVASAN : EVAcuation SANitaire de patients.
- GHT AS : Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes du Sud.
- HAS : Haute Autorité de Santé.
- HCSP : Haut Conseil en Santé Publique.
- IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat.
- IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation.
- IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
- IGU : Infirmier Gériatrie Urgences.
- INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
- IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.
- ISP : Infirmier Sapeur-Pompier.
- Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire.

- LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- OS : Organisation Syndicale.
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur.
- PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement.
- PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires.
- PMA : Poste Médical Avancé.
- PMP : Projet Médical Partagé.
- PRS : Projet Régional de Santé.
- QVT : Qualité de Vie au Travail.
- RAAC : Récupération Améliorée Après Chirurgie.
- RH : Ressources Humaines.
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.
- SAU : Service d'Accueil des Urgences.
- SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours.
- SI : Système d'Information.
- SIH : Système d'Information Hospitalier.
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
- SNS : Stratégie Nationale de Santé.
- SPH : Service Public Hospitalier.
- SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle.
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation.
- UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- UPU : Unité Post-Urgence.

## Introduction

La pandémie mondiale actuelle du virus de la Covid-19 a mis en lumière un phénomène qui était parfois réservé à certaines zones : la saisonnalité de l'activité hospitalière. En effet, si « la transmission de nombreux virus respiratoires évolue de manière périodique, cyclique et saisonnière » (Santé Publique France), c'est aussi le cas pour des raisons non sanitaires, telles que le sont les périodes de vacances scolaires.

Le code de la sécurité sociale (article R.171-3-1) précise qu'une activité saisonnière est une « activité limitée dans le temps correspondant à des tâches normalement appelées à se répéter chaque année aux mêmes périodes en fonction du rythme des saisons ou des modes de vie collectifs ». La saisonnalité de l'activité hospitalière se caractérise ainsi par une répétition annuelle des fluctuations d'activité (pics et creux) exigeant une adaptation des ressources (humaines, matérielles, financières, etc.) aux besoins de santé de la population d'un territoire. Un afflux de patients pendant les périodes de pics peut en effet requérir davantage de professionnels et de matériels. Cet afflux de patients constitue également un enjeu fort en termes de ressources financières : problématique de recouvrement d'une patientèle étrangère mais aussi, à contre-pied, l'avantage de pouvoir compter sur une période qui génère une activité importante et donc des recettes. Les ressources humaines et matérielles seront les ressources les plus abordées dans ce mémoire car il est apparu au cours des entretiens que celles-ci étaient les plus impactées par le phénomène de saisonnalité.

Cette notion de saisonnalité renvoie directement au domaine de la statistique puisque celle-ci établit de nombreux modèles afin de définir et caractériser les différents types de saisonnalité. Evaluer la force, la durée et l'ampleur d'un phénomène saisonnier d'activité hospitalière est effectivement un prérequis crucial dans l'objectif d'organiser les Etablissements Publics de Santé (EPS). Ce, afin de répondre à la demande de soins, quoi qu'il arrive. La saisonnalité met ainsi à l'épreuve la capacité des EPS à être adaptables et innovants puisqu'ils doivent s'efforcer de trouver des solutions permettant de fluidifier les prises en charge des patients et de garantir ainsi la mise en œuvre des principes du Service Public Hospitalier (SPH). Les principes du SPH que sont l'égalité, la continuité et la mutabilité sont en effet mis en tension. Pour rappel, la notion de SPH a été introduite

dans le droit français par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 a enlevé la notion de « service public hospitalier » tout en mentionnant encore des missions de service public, listées à l'article L.6112-1 du Code de la Santé Publique (CSP). L'objectif de la réforme était d'élargir les catégories d'établissements pouvant assumer des missions service public hospitalier. La notion est réapparue avec la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS). L'égalité est d'abord mise en tension par le phénomène de saisonnalité puisqu'il convient d'assurer à chaque patient les mêmes possibilités de prise en charge. « L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité » fait en effet partie des obligations des établissements assurant le SPH. Or, le surcroît d'activité non programmée qui caractérise le phénomène de saisonnalité peut entraîner d'une part, une désorganisation et donc une inégalité des prises en charge non programmées et d'autre part, un impact sur les patients qui ont une prise en charge programmée et donc un risque de rupture d'égalité entre les patients relevant de l'activité programmée et les autres relevant de l'activité non programmée. La continuité du SPH est également un principe fragilisé par le phénomène de saisonnalité car les besoins de soins de la population d'un territoire peuvent dépasser les moyens à disposition d'un établissement pour y répondre. Si « la permanence de l'accueil et de la prise en charge » est une obligation des établissements assurant le SPH, il leur faut être en capacité d'absorber les pics d'activité hospitalière. Pour ce faire, une organisation spécifique doit être mise en place. L'adaptabilité du SPH est également mise à l'épreuve par le phénomène de saisonnalité puisque c'est notamment par l'animation de ce principe que l'égalité et la continuité du SPH vont pouvoir être garanties. La saisonnalité exige donc que les EPS sachent s'organiser avec souplesse et réactivité. Enfin, la qualité des soins, qui tend à devenir un nouveau principe du SPH<sup>1</sup> est au même titre que les trois principes précédents, challengée par les effets de variation d'activité. Or, chaque patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité et sécurisée. L'afflux des patients en périodes touristiques qui entrainerait, sans la mise en place d'organisations particulières, une surcharge de travail et donc un risque pour la qualité des soins, doit alors être scrupuleusement anticipé. Les délais raisonnables

---

<sup>1</sup> Article L.1112-2 du code de la santé publique : «La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé».

de prise en charge des « patients-touristes » constituent ainsi un défi que doivent relever les hôpitaux.

La planification en santé, notamment à travers son régime d'autorisations, prend en compte les impacts de la saisonnalité pour les absorber autant que possible. Ce phénomène doit être anticipé en local et les réponses qui doivent y être apportées doivent résulter de choix médico-administratifs associant les différents acteurs de la gouvernance hospitalière.

Les clés de voûte devant guider l'organisation des établissements publics de santé face aux phénomènes saisonniers semblent être l'adaptation et la coopération. Mais dans quelles mesures la saisonnalité de la demande de soins rend-elle la prise en charge des patients spécifique ? Comment l'hôpital s'organise-t-il alors en conséquence ?

Nous verrons dans un premier temps que la saisonnalité de l'activité hospitalière doit être anticipée afin d'ajuster l'offre aux besoins de santé d'un territoire (1). Cela nous permettra de voir que le parcours patient et le capacitaire d'un Etablissement Public de Santé requièrent une certaine modularité afin de faire face aux épisodes saisonniers en respectant les principes du Service Public Hospitalier (2). Nous proposerons alors que la saisonnalité devienne un mode de gestion agile des ressources hospitalières (3).

## Méthodologie de travail

Pour réaliser ce mémoire, un travail de recherche documentaire (ouvrages et articles scientifiques, presse professionnelle et données officielles, littérature grise) a été effectué. Il m'a permis d'enrichir mes connaissances sur le sujet, d'orienter ma rédaction en fonction de l'apport sur le sujet que j'ai souhaité offrir avec mon mémoire, de mieux construire la problématique retenue et d'orienter mes préconisations.

L'approche inductive a été mise en œuvre puisque j'ai choisi de traiter un problème complexe issu du terrain de stage en essayant de le comprendre et de l'analyser. La méthodologie mixte (qualitative et quantitative) a été retenue puisqu'ont été exploitées des données chiffrées ainsi que des données qualitatives issues d'entretiens. L'usage de l'entretien a répondu à une nécessité méthodologique puisque l'analyse du sujet a permis d'avancer diverses propositions sur lesquelles je me suis positionné. Les guides d'entretien se sont méthodologiquement basés sur les recommandations de Madame Paula Cristofalo, Maître de conférences à l'EHESP, qui nous a accompagnés pour la réalisation de ce travail.

Pour la réalisation de ce mémoire, je me suis aussi abondamment inspiré d'observations faites sur mon lieu de stage long de direction, le Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS), établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes du Sud.

Quatre entretiens ont été réalisés au sein du CHICAS. Trois entretiens ont également été réalisés avec des professionnels travaillant dans d'autres structures afin de pouvoir procéder à des comparaisons. Un entretien a aussi été réalisé avec la tutelle. Les préconisations et mon positionnement sont apportés tout au long du développement du mémoire. Pour répondre aux besoins de l'enquête, les noms des établissements ont été anonymisés.

A noter que la notion de « patient(s)-touriste(s) » a été utilisée dans ce mémoire. Celle-ci renvoie aux personnes ne résidant habituellement pas sur le territoire évoqué et qui y bénéficient de soins. La saisonnalité est abordée dans ce travail sous l'angle touristique, comme l'indique le titre du mémoire.

# **1 La saisonnalité de l'activité hospitalière doit être évaluée et anticipée afin d'ajuster l'offre de soins aux besoins de santé de la population d'un territoire**

La saisonnalité de l'activité hospitalière est un phénomène qui touche plusieurs territoires et qui comporte des caractéristiques majoritairement récurrentes. Ainsi, les besoins en santé d'un territoire impacté par la saisonnalité peuvent être identifiés et doivent être évalués de façon précise (1.1). L'offre de soins est alors territorialement organisée pour faire face aux fluctuations d'activité et ainsi assurer la prise en charge de tous les patients d'un territoire (1.2).

## **1.1 Les besoins de santé de la population d'un territoire sont identifiables et doivent être précisément évalués pour permettre aux hôpitaux de s'adapter aux fluctuations de leur activité**

Les besoins de santé d'un territoire doivent être évalués afin que les hôpitaux s'organisent pour y répondre. Les « patients-touristes » ont plusieurs profils types (1.1.1) et leur nombre est variable selon les périodes de l'année (1.1.2). Des temporalités de recours au SPH sont également identifiables sur les périodes marquées par des phénomènes de saisonnalité (1.1.3).

### **1.1.1 Les différents profils de touristes nécessitent d'avoir une offre de soins complète**

Il convient tout d'abord de noter que les populations vacancières présentent la particularité d'être à haut risque d'hospitalisation. Afin de comprendre pourquoi, il est nécessaire de procéder à une analyse des différents types de vacanciers qui se présentent dans les Centres Hospitaliers (CH) situés dans les zones marquées par un fort effet de saisonnalité. Cette analyse nous permettra de comprendre par la suite comment les différents circuits de prise en charge doivent être organisés dans un hôpital marqué par les épisodes de saisonnalité.

Comme le relève un entretien réalisé auprès du Directeur des Soins (DS), de la cadre de santé et de la médecin cheffe de service du Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CH W, différents profils de touristes sont identifiables et sont présents dans toutes les zones marquées par le phénomène de saisonnalité de l'activité hospitalière. Premièrement, le profil du vacancier sportif est très présent

dans les hôpitaux et nécessite bien souvent une hospitalisation avec un passage par le bloc opératoire. En effet, ce profil présente la particularité d'avoir un taux d'accidentologie important. Les sports pratiqués par les touristes sont de nature différente en fonction des territoires, mais plusieurs d'entre eux sont à repérer compte tenu des risques qu'ils présentent. Ainsi, les activités aquatiques, de ski et de VTT sont les trois sports qui reviennent le plus lors des échanges que j'ai eus avec les professionnels hospitaliers. Deuxièmement, les personnes âgées (notamment celles ayant des maisons secondaires), viennent de fait dans les territoires touristiques avec leurs pathologies. Cela explique en grande partie l'activité saisonnière dont font l'objet les services de dialyse ou encore de cancérologie. Ces personnes présentent aussi par définition un risque accru de problèmes de santé et elles doivent alors pouvoir être accueillies au sein des EPS. Troisièmement, les différentes fêtes organisées durant les périodes vacancières entraînent une suractivité hospitalière puisqu'elles sont souvent synonymes d'états d'alcoolisation non-maîtrisés et d'accidents qui y sont associés. Les patients-fêtards sont donc une population importante accueillie dans les hôpitaux situés dans les zones touristiques. En plus de devoir bénéficier de prises en charge hospitalières, cette population présente aussi le risque de perturber le fonctionnement des services via les divers types de troubles<sup>2</sup> qu'elle est susceptible d'occasionner. Un effet ciseaux sur l'organisation des soins est alors à craindre lorsque les troubles des patients-fêtards s'additionnent à un afflux important de patients au SAU. Il est enfin nécessaire de noter que les périodes marquées par des pics de saisonnalité se caractérisent par un trafic routier très dense, qui a pour conséquence mécanique une hausse des accidents de la route et donc une hausse de l'activité de traumatologie qui y est associée.

Nous voyons donc que les quatre profils de « patients-touristes » identifiés ont des besoins de prises en charge spécifiques qui doivent être anticipés. La difficulté organisationnelle des EPS est alors d'autant plus forte que ces différents besoins de santé se cumulent et se concentrent souvent sur certaines activités, telles que les urgences et la chirurgie.

---

<sup>2</sup> Troubles notamment liés à la consommation d'alcool et de différentes drogues.

### 1.1.2 La variabilité du nombre de personnes présentes sur un territoire touristique exige une adaptabilité de l'offre de soins

Les profils des touristes présents dans les différents territoires étant identifiés, il s'avère alors nécessaire de procéder à une approche quantitative du phénomène pour anticiper l'impact que cet enjeu représente pour les EPS. L'analyse de plusieurs données dont disposent les équipes du Département de l'Information Médicale (DIM) et du contrôle de gestion permet de tirer plusieurs enseignements. Plusieurs pics d'activité peuvent être remarqués et leur ampleur peut être mesurée. Ainsi, l'activité du SAU du CH X est de 25% supérieure lors des pics saisonniers par rapport au reste de l'année (cf. graphiques ci-dessous).

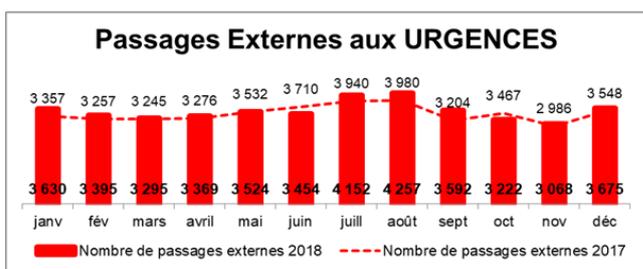
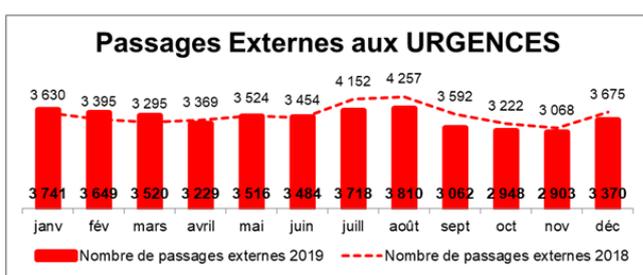


Figure 1 Evolution des passages au SAU du CH X

Au CH S, l'activité du SAU double entre les périodes de creux et les périodes de pics d'activité, passant de 80 à 160 passages journaliers. L'analyse des deux types de passages aux urgences (externes et suivis d'hospitalisations) permet aussi de constater que la hausse de l'activité externe est bien souvent supérieure à celle des entrées aux urgences suivies d'hospitalisations. En effet, et comme le relève le DS du CH W, « la médecine de ville n'arrive pas à absorber les flux de touristes, d'autant que beaucoup de médecins libéraux prennent, comme toute la population, des vacances sur ces périodes ».

Ces chiffres indiquent en définitive qu'outre l'aspect qualitatif relatif aux profils des patients accueillis, l'ampleur quantitative est cruciale à prendre en compte afin de parvenir à ajuster les moyens déployés au plus près du niveau des besoins de santé de la population. Nous constatons alors, à ce niveau de la réflexion, que les

parcours de soins définis par les hôpitaux marqués par les phénomènes de saisonnalité prennent tout leur sens dans la quête de fluidifier et d'optimiser les prises en charge hospitalières. Le risque majeur qui se pose alors pour un EPS confronté aux afflux réguliers de touristes est d'ores et déjà clairement identifiable et consiste en la rupture de la continuité des soins.

### **1.1.3 La temporalité de la venue des touristes est à prendre en compte afin d'affiner l'évaluation de la demande de soins**

Disposant des informations concernant les profils et le nombre de touristes présents sur un territoire de santé, il convient également de savoir à quel moment ces touristes viennent le plus dans le territoire et à l'hôpital. Tout d'abord, l'analyse de l'activité d'une année sur l'autre permet d'identifier de manière assez fine à quel moment les besoins sont les plus conséquents. C'est notamment pourquoi je pense que les équipes du DIM et du contrôle de gestion doivent être invitées aux réunions traitant du sujet des admissions non programmées lors des épisodes de saisonnalité. Ainsi, les besoins de santé de la population présente sur le territoire apparaissent maximaux au CH X durant les mois de juillet, d'août, de décembre et de janvier. Les pics d'activité hospitalière se concentrent d'une manière générale sur les périodes des vacances scolaires. Cette analyse basique des besoins de santé permet à nouveau de tirer des conclusions pour organiser les services hospitaliers. En effet, ce constat signifie que les périodes où les personnels souhaiteront avoir leurs congés seront concomitantes avec les périodes de suractivité. Une nouvelle équation difficile à résoudre pour la gouvernance hospitalière est ainsi identifiable à ce niveau.

Une analyse croisée des profils de patients et des périodes de suractivité permet ensuite de constater, comme la DS du CH Y me l'a indiqué lors d'un entretien, que les « patients-touristes » rentrent plus à l'hôpital l'après-midi sur les mois de décembre et janvier, puisqu'ils pratiquent bien souvent l'activité de ski. De même, il y a régulièrement des régressions de cette suractivité en journée le samedi, car c'est principalement le jour où débutent les locations. Au CH S, la surcharge d'activité journalière se déroule principalement de 10h00 à 22h00. A noter que les périodes marquées par la présence de jours fériés sont sujettes à des pics d'activité très ponctuels qui mettent les ressources hospitalières sous tensions. En tout état de cause, les périodes de suractivité sont donc elles-mêmes marquées par des

périodes plus calmes qu'il convient d'identifier afin de permettre d'organiser le temps de travail des agents.

## **1.2 L'offre de soins est territorialement organisée afin d'assurer la prise en charge des « patients-touristes »**

Une fois que la variabilité des besoins de santé de la population d'un territoire est qualitativement et quantitativement évaluée, il convient d'organiser l'offre de soins au niveau régional (1.2.1), au niveau du Groupement Hospitalier de Territoire (1.2.2) et au niveau local (1.2.3).

La planification sanitaire prend en compte le phénomène de saisonnalité de l'activité hospitalière afin de l'absorber du mieux possible. Tout d'abord, la Stratégie Nationale de Santé<sup>3</sup> (SNS) 2018-2022 fixe comme principe d'action l'adaptation des stratégies de prise en charge aux spécificités de chaque territoire. Elle vise particulièrement les « territoires à forte saisonnalité<sup>4</sup> ». Cela signifie que les hôpitaux doivent tenir compte de l'environnement dans lequel ils se situent afin d'adapter leur réponse aux besoins de santé de la population de leur territoire. Pour rappel, la SNS fixe le cadre de la politique de santé de notre pays. Elle est élaborée par le Gouvernement et se base sur une analyse effectuée par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) de l'état de santé de la population, de l'exposome, ainsi que des stratégies d'action à mettre en place. La SNS est ensuite déclinée à travers les Projets Régionaux de Santé<sup>5</sup> (PRS) élaborés par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ceux-ci se déclinent, notamment via le Schéma Régional de Santé<sup>6</sup> (SRS), dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens<sup>7</sup> (CPOM) de chaque établissement. Le schéma ci-dessous permet de percevoir la façon dont la planification sanitaire permet et impose aux établissements d'élaborer des solutions pour intégrer le phénomène de saisonnalité de leur activité.

---

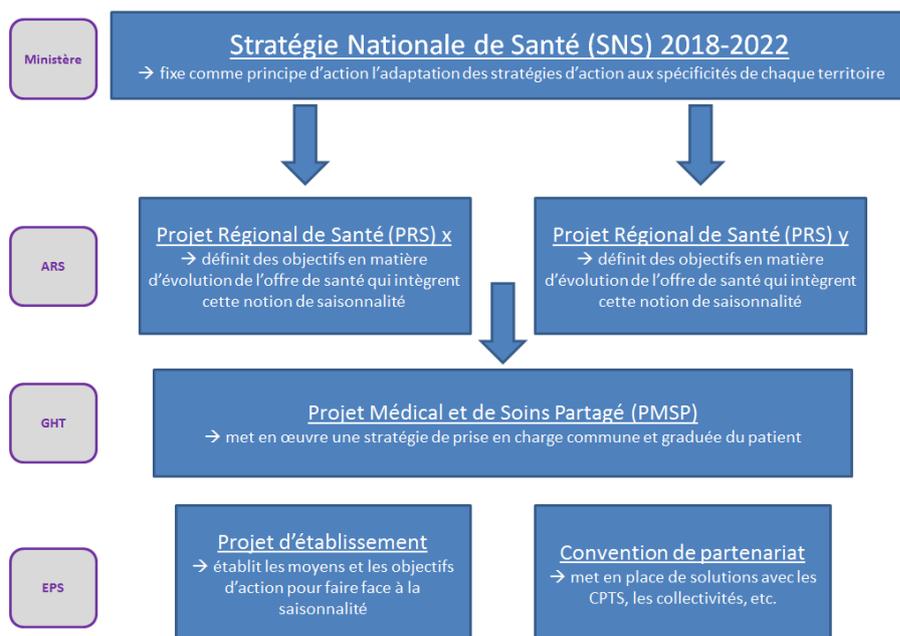
<sup>3</sup> <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

<sup>4</sup> Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022.

<sup>5</sup> <https://www.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022-4>

<sup>6</sup> <https://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante>

<sup>7</sup> <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-pluriannuels-dobjectifs-et-de-moyens-1>



**Figure 2 Planification stratégique de l'offre de soins face au phénomène de saisonnalité**

### **1.2.1 La stratégie de réponse sanitaire au phénomène de saisonnalité est établie au niveau régional sous le pilotage des Agences Régionales de Santé**

La stratégie de réponse sanitaire régionale aux phénomènes de saisonnalité s'établit à différents niveaux. Elle vise respectivement à renforcer les dispositifs de soins urgents, à développer la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) et à prévoir les réponses aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).

Les PRS déclinent le principe d'action de la SNS relatif à l'adaptation des stratégies d'action aux territoires à forte saisonnalité, en fonction des particularités territoriales des régions. Ainsi, l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA) a défini des objectifs en matière d'évolution de l'offre de santé qui intègrent cette notion de saisonnalité. En effet, concernant les activités de soins et les équipements et matériels lourds, le SRS prévoit la création d'une antenne de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) saisonnier au CH Z. Pour contextualiser cette planification, il est nécessaire de rappeler que le CH Z se situe tout près d'un lieu très touristique dans le département des Hautes-Alpes, le lac de Serre-Ponçon. En effet, ce lac représente l'été près de 40% de l'activité touristique du département. Cette attractivité touristique génère dès lors un important afflux de population dans le bassin embrunais dans lequel se situe le CH Z. L'augmentation de la taille de la

population est effectivement estimée à un facteur dix. C'est pourquoi l'ARS PACA a accepté une expérimentation visant à mettre en place une unité de SMUR, qui s'appuie sur le CH Z et sur le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) 05. Cette coopération permet de noter que les solutions pour faire face à la saisonnalité se trouvent bien souvent dans des coopérations entre différents acteurs. Dans le cas précité, une convention a été réalisée afin de définir la mise à disposition d'un Infirmier Sapeur-Pompier (ISP), d'un conducteur sapeur-pompier ainsi que d'un véhicule léger de secours médical, pour une présence souhaitée à raison de huit heures par jour de 12h30 à 20h30 du 14 juillet au 22 août 2021. En supplément et afin de couvrir une amplitude journalière plus importante, une réponse paramédicale comprenant un ISP et un conducteur est mise en place au centre d'incendie et de secours de la ville de Z du 10 juillet au 13 juillet 2021 inclus de 09h00 à 19h00 et du 14 juillet au 22 août 2021 de 9h00 à 12h30. L'augmentation des moyens d'intervention d'urgence est une réalité qui concerne la plupart des zones touristiques de la France. Par exemple, le CH W bénéficie également d'une ligne de SMUR supplémentaire pérennisée lors des pics d'activité saisonniers. Le CH S s'est également vu octroyer des financements afin de redimensionner l'espace des urgences pour absorber les flux croissants de patients sur la période estivale. En tout état de cause, les deux modes de déploiement des services d'urgences (sur place et mobile) doivent être renforcés en période de forte saisonnalité afin d'éviter de courir le risque que l'un des deux modes soit un temps saturé au dépend de l'autre.

Toujours dans le but de répondre aux besoins de soins non programmés, le SRS de la Région Nouvelle Aquitaine dispose que « l'organisation de la PDSA a pour objet d'assurer l'égalité d'accès aux soins non programmés dans l'ensemble du territoire. La PDSA vise, en effet, à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé, notamment de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les samedis à partir de midi, les dimanches et jours fériés. Le cadre du cahier des charges régional de la PDSA a pour objet de garantir : une régulation libérale renforcée, au niveau des SAMU-Centre-15, ce qui implique : l'adaptation des moyens aux volumes d'appel (variations horaires, hebdomadaires et saisonnières, gestion de crise, épidémie) ». Autre exemple, le SRS de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes conçoit des spécificités concernant l'accès aux soins dans les zones montagneuses. Il prévoit notamment

que compte tenu de « la forte variation saisonnière des besoins », une permanence des soins renforcée est nécessaire. Nous constatons dès lors que les flux des patients doivent être absorbés via la participation de différents acteurs (libéraux, hospitaliers) et dans différents lieux (ville, hôpital). Une des clés de réussite dans la quête de la prise en charge de tous les « patients-touristes » d'un territoire se trouve alors dans la capacité qu'ont les acteurs de santé d'un territoire à s'organiser et à coopérer. Cela doit permettre d'assurer une gradation des prises en charge et donc un respect strict des parcours de soins, car il faut plus que jamais en période de suractivité, que les patients bénéficient de soins au bon endroit, au bon moment et par le bon professionnel de santé.

Outre l'organisation de l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés, la planification de l'offre de soins définit des réponses adaptées aux SSE qui peuvent être suscitées par les périodes de surfréquentation touristiques d'un territoire. Le SRS de l'ARS Bretagne prévoit ainsi que « la programmation des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières devra faire l'objet d'une réflexion anticipée et coordonnée au niveau régional ». Les périodes touristiques comportent effectivement un risque accru d'évènements dramatiques (exemple : accident de bus, etc.) pouvant entraîner le déclenchement des SSE. Les EPS doivent alors disposer de plans blancs opérationnels et adaptés à ce risque.

Le principe de sécurité sanitaire s'exerce en effet quotidiennement mais il s'applique aussi aux situations qui ont un impact sanitaire comportant une ampleur significative. En conséquence, les établissements doivent détenir des dispositifs de montée en puissance des moyens afin de faire face aux périodes touristiques. Ils doivent disposer d'outils de réponse préparés en amont afin de faire face aux évènements qui sont susceptibles d'engendrer un accroissement sensible de la demande de soins et/ou de perturber l'organisation de l'offre de soins, d'autant que des évènements climatiques tels que les canicules peuvent se rajouter à des problèmes de tensions hospitalières générés par un afflux massif de « patients-touristes » à l'hôpital. Différents plans de gestion des tensions hospitalières existent pour gérer des situations sensibles. Le niveau un est le « plan de mobilisation interne » et nécessite la mise en œuvre d'une vigilance active face à des situations potentiellement sensibles, telles que le sont par exemple les épidémies

saisonniers. Le niveau deux est le « plan blanc » qui permet la mobilisation de l'entière capacité des ressources (humaines, logistiques, etc.) d'un EPS.

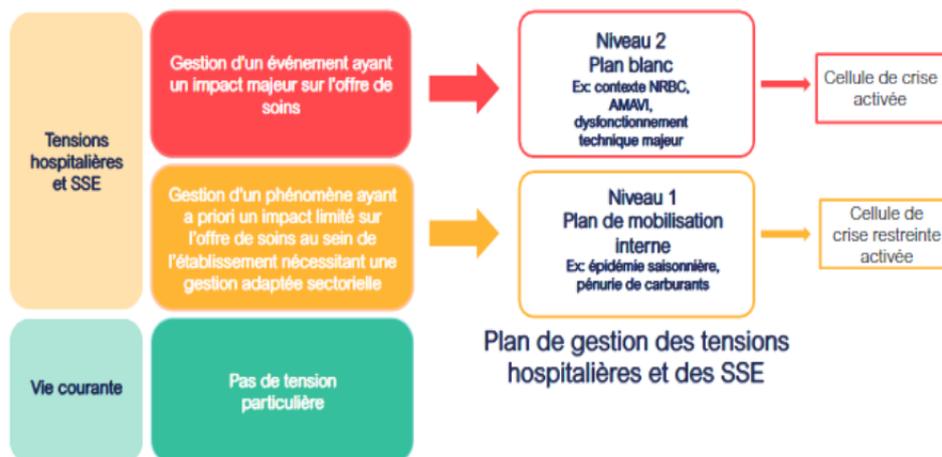


Figure 3 Modes de gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles à l'hôpital

### 1.2.2 Le Groupement Hospitalier de Territoire est un niveau de réponse nécessaire face aux phénomènes de saisonnalité mais n'est pas toujours utilisé à la hauteur des attentes

Si l'offre de soins est organisée au niveau régional afin de faire face aux pics saisonniers d'activité, elle l'est également au niveau des Groupements Hospitaliers de Territoire.

C'est ainsi que la fiche action n°9 du Projet Médical Partagé<sup>8</sup> (PMP) du GHT des Alpes du Sud vise à intégrer la notion de « saisonnalité » dans les organisations des SAU. En effet, le territoire des Hautes-Alpes et le nord du département des Alpes-de-Haute-Provence sont marqués par une activité touristique et une affluence importante de population à des périodes identifiables et identifiées entraînant des pics d'activité et *a contrario*, des temps d'activité plus calmes. La notion de « saisonnalité » est ainsi utilisée dans le PMP pour décrire cette situation qui peut être anticipée par les établissements et les différents services. Cette anticipation s'opère notamment par une adaptation des organisations des SAU afin de répondre aux variations d'activité. Ce faisant, les moyens humains et matériels tendent à être adaptés au plus près des besoins en soins de secours sur le territoire. La modularité des organisations est organisée en amont et fait l'objet d'une concertation avec

<sup>8</sup> <https://ressources.anap.fr/cooperation/publication/1744-elaborer-un-projet-medical-partage-de-ght-fiches-reperes/2699-fiche-1-demarche-projet>

l'ensemble des acteurs des SAU concernés. Elle peut prendre des formes diverses : adaptation des équipements SMUR, nombre de praticiens présents en journée et nuit, recours à des dispositifs de télémédecine, rajout d'unités de SMUR saisonnier, etc. Les modifications d'organisation sont communiquées auprès des autres acteurs de santé du territoire et en particulier les acteurs hospitaliers. Les objectifs de cette fiche action sont donc multiples puisqu'elle vise à mieux adapter la réponse en soins urgents aux besoins de la population, à mieux organiser les équipes médico-soignantes et à mieux prioriser les prises en charge.

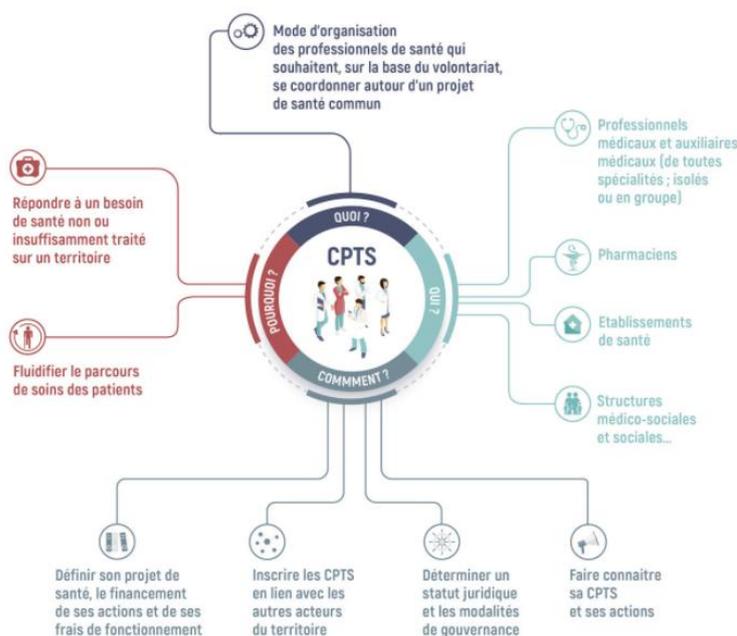
Cependant, la coopération au niveau des GHT sur le sujet de la saisonnalité n'est pas toujours optimale, telles que me l'ont confié deux directions de CH avec qui je me suis entretenu. Si certaines missions (achat, DIM, Système d'Information Hospitalier (SIH), etc.) des EPS sont désormais mutualisées au niveau des GHT conformément à ce que prévoit la LMSS, la dynamique de coopération n'est pas avancée à tous les niveaux. Par exemple, la création de temps partagés pour les professionnels de différents CH de GHT n'est à mon sens pas encore assez utilisée. Pour rappel, les GHT ont été créés en 2016 avec la mission principale de mutualiser les moyens de plusieurs EPS présents sur un territoire afin d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à toutes les populations.

### **1.2.3 Le niveau local et les relations villes-hôpital permettent d'ajuster l'offre de soins au plus près des besoins des « patients-touristes »**

L'offre de soins est également adaptée au niveau local en intra-hôpital mais aussi avec les partenaires de proximité.

En intra-GHT, le CH Y a par exemple mis en place une commission des admissions non programmées avant les périodes de haute saison pour évaluer et réévaluer le dispositif prévu. Cette commission est notamment composée de médecins chefs de service, chefs de pôle et des membres de l'équipe de direction. La saisonnalité est aussi un aspect de plus en plus décliné dans les projets d'établissement des structures qui y font face. Le CH S a aussi beaucoup travaillé sur la prise de conscience collective des acteurs hospitaliers concernant le fait que la saisonnalité ne représente pas uniquement une difficulté pour le SAU. Toute une organisation a ainsi été mise en place afin de trouver collectivement des solutions lors d'épisodes de tensions au niveau des lits survenant pendant des pics d'activité saisonniers.

La planification de l'offre de soins s'organise aussi au niveau local en partenariat avec des acteurs de proximité. Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), via la structuration des acteurs de la santé qui la composent, permettent aux EPS d'organiser les soins non programmés avec l'ambulatoire. En effet, trois missions de santé publique majeures ont été définies pour les CPTS. La première est la facilitation de l'accès à un médecin traitant et la prise en charge des soins non programmés. La seconde consiste en la structuration des parcours pluriprofessionnels pour les patients. Enfin, la prévention est la troisième mission prioritaire des CPTS. Elles représentent donc un espace d'organisation et de coordination des professionnels de santé au service d'une approche populationnelle, qui est par définition plus large que la patientèle. Elle a pour base un projet de santé partagé entre tous les acteurs qui la constituent. Ce projet de santé peut pleinement intégrer l'enjeu de l'activité saisonnière afin de mettre en place des solutions pour y répondre. D'autant plus que la prise en charge des soins non-programmés, soit la typologie de soins très majoritairement engendrés par les « patients-touristes », est l'une des missions socles des CPTS comme évoqué ci-dessus.



**Figure 4** Explication de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

L'offre de soins s'organise également en partenariat avec les collectivités territoriales. Si l'organisation sanitaire ne fait pas partie des collectivités territoriales, celles-ci peuvent avoir la volonté de s'impliquer sur ce sujet. La pandémie du virus

de la Covid-19 l'a bien démontré puisque de nombreuses collectivités territoriales ont participé à l'acquisition d'Equipements de Protection Individuelle (EPI) ou encore à l'organisation de centres de dépistage et de vaccination. Concernant le sujet de la saisonnalité touristique, le CH W coopère par exemple avec la Mairie de W via une convention dans le but de mettre en place un Poste Médical Avancé (PMA) sur les lieux des férias. Cette organisation permet ainsi d'avoir un premier filtre avant les urgences et d'éviter leur engorgement. Le financement est assuré en grande partie par la Mairie et les ressources humaines sont constituées par le volontariat de professionnels hospitaliers et libéraux ainsi qu'avec des médecins d'autres régions qui sont en vacances dans le territoire et qui souhaitent apporter un renfort.

La saisonnalité de l'activité hospitalière est évaluée au niveau du territoire et c'est à cette échelle que les solutions sont planifiées. Les hôpitaux doivent alors les décliner de manière opérationnelle et conformément à la réalité de terrain afin de garantir à tous les patients un parcours de soins qui respecte les principes du SPH.

## **2 Le parcours patient et le capacitaire d'un Etablissement Public de Santé doivent être modulables afin de faire face aux épisodes saisonniers d'activité en respectant les principes du Service Public Hospitalier**

Les pics d'activité saisonniers mettent à l'épreuve la capacité des hôpitaux à respecter les principes du SPH. Dans le cadre de cette seconde partie, il convient d'analyser comment les hôpitaux s'organisent pour relever ce défi.

La saisonnalité de l'activité contraint les EPS à s'organiser pour assurer l'égalité, la continuité, l'adaptabilité et la qualité des prises en charge (2.1). Pour faire face aux obligations que la saisonnalité fait peser sur les hôpitaux, ceux-ci mettent en place des solutions innovantes pour organiser le parcours de soins des « patients-touristes » (2.2).

### **2.1 La saisonnalité de l'activité contraint les Etablissements Publics de Santé à s'organiser afin d'assurer l'égalité, la continuité et l'adaptabilité des prises en charge**

Le parcours de soins des « patients-touristes » doit être adapté et fluidifié afin que les Etablissements Publics de Santé respectent les principes d'égalité (2.1.1), de continuité (2.1.2) et d'adaptabilité (2.1.3) du Service Public Hospitalier et garantissent des prises en charge de qualité à tous les patients d'un territoire.

#### **2.1.1 L'afflux de « patients-touristes » fait courir le risque d'une rupture d'égalité dans les prises en charge**

Des années 1960 aux années 1990, le système hospitalier français a connu une évolution exceptionnelle. La carte sanitaire résultant de la loi Boulin du 31 décembre 1970, a permis la mise en place d'une planification volontariste dans la quête de permettre à chacun d'accéder à des soins hospitaliers à proximité de son domicile. La finalité des EPS est d'honorer les missions de SPH et les obligations portées par les « lois de Rolland » qui régissent le service public de notre pays et qui lui assignent, en tant que piliers fondamentaux, les notions d'universalité, de continuité ou encore d'adaptabilité. La définition du SPH retenue par le législateur se base donc sur une approche fonctionnelle. Or, la notion de saisonnalité met en tension les trois principes du SPH que sont l'égalité, la continuité et la mutabilité.

L'égalité est tout d'abord mise à l'épreuve par le phénomène de saisonnalité puisqu'il convient d'assurer à chaque patient et à n'importe quel moment de l'année, les mêmes possibilités de prise en charge. « L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité<sup>9</sup> » fait en effet partie des obligations des établissements assurant le SPH. Or, le surcroît d'activité non programmée qui caractérise le phénomène de saisonnalité peut entraîner d'une part, une désorganisation et donc une inégalité des prises en charge non programmées et d'autre part, un impact sur les patients bénéficiant d'une prise en charge programmée. Il y a donc un risque de rupture d'égalité entre les patients relevant de l'activité programmée et les autres relevant de l'activité non programmée.

En outre, étant donné que les « patients-touristes » relèvent en grande majorité des mêmes services, il y a un risque que leurs prises en charge soient dégradées par rapport aux patients bénéficiant de soins dans d'autres services moins soumis à une saisonnalité de leur activité. En effet, un afflux de patients dans un service entraîne mécaniquement, et même s'il est anticipé, une surcharge de travail qui peut alors elle-même entraîner une dégradation de la qualité des prises en charge et donc une rupture d'égalité face aux soins. Il est par exemple évident qu'arriver dans un SAU lors d'une période de creux d'activité assure au patient une qualité de prise en charge plus optimale que s'il arrive à un moment où le temps d'attente est déjà supérieur à plusieurs heures. A titre d'illustration, l'attente sur un brancard aura plus facilement tendance à être banalisée en périodes de pic d'activité, qu'en dehors. Il faut alors à mon sens que les services qui voient leur activité augmenter par intermittence soient sensibilisés à cet enjeu. De plus, l'analyse des indicateurs de satisfaction (type e-satis<sup>10</sup>) doit être systématisée et être comparée aux périodes d'activité intermédiaire afin d'engager si nécessaire des actions d'amélioration de la qualité des prises en charge. La direction doit selon moi veiller à ce qu'un afflux majeur de patients ne soit pas un prétexte à une dégradation de la qualité des prises en charge. C'est pourquoi elle doit mettre en place diverses organisations, comme nous le verrons par la suite, qui peuvent permettre aux professionnels hospitaliers de prendre en charge convenablement tous les patients qui le nécessitent.

---

<sup>9</sup> Article L. 1110-3 du Code de la santé publique.

<sup>10</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2030354/fr/iqss-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-et-de-l-experience-des-patients-hospitalises)

Aussi, le service public doit s'adapter au public qu'il accueille. C'est notamment pourquoi le CH X a recensé un vivier de professionnels volontaires pour la traduction en langues étrangères afin que les « patients-touristes », notamment présents lors des pics d'activité saisonniers, puissent bénéficier comme tout autre patient du même SPH. Traduire une discussion entre un patient et un soignant permet d'offrir une information claire, loyale et appropriée, ce qui apporte les mêmes droits à chacun. La France comporte effectivement plusieurs zones qui attirent un certain nombre de touristes étrangers qui ne maîtrisent pas forcément la langue française. Par exemple, le département des Hautes-Alpes accueille, lors de la saison hivernale et estivale, plusieurs dizaines de milliers de personnes venant notamment d'Espagne, d'Italie et des pays du Maghreb. A la différence des patients locaux, ils ne peuvent pas toujours bénéficier de la présence de leur proche et une attention particulière doit alors leur être portée. Selon moi, c'est l'un des critères qui justifie la mise en place de solutions d'hébergement des proches de patients hospitalisés, à proximité de l'établissement hospitalier.

Le sujet de la recherche du consentement est également important à prendre en compte afin de garantir à tous les patients la même égalité face aux soins. Or, les périodes de forte activité sont propices à d'éventuels relâchements en la matière. Un exemple pour y pallier au CH X a été la rédaction et la diffusion des fiches d'autorisation à opérer dans plusieurs langues étrangères afin que le consentement de chaque patient puisse être recueilli, quelle que soit sa langue d'origine.

### **2.1.2 Le principe de continuité du service public hospitalier est mis à l'épreuve par les variations saisonnières de l'activité hospitalière**

La continuité du SPH est également un principe mis en tension par le phénomène de saisonnalité car les besoins de soins de la population d'un territoire peuvent dépasser les moyens à disposition d'un établissement pour y répondre. Si « la permanence de l'accueil et de la prise en charge<sup>11</sup> » est une obligation des établissements assurant le SPH, il leur faut être en capacité d'absorber les pics d'activité. Un EPS présente la particularité d'être ouvert 7jours/7, 24h/24 et 365 jours par an, ce qui l'expose particulièrement au risque de rupture de continuité des prises en charge. En effet, si les organisations sont normalement prévues pour adapter au maximum les ressources hospitalières aux besoins de santé d'un territoire, le sujet de la saisonnalité percute d'autres réalités telles que l'octroi des

---

<sup>11</sup> Article L. 6112-2 du Code de la santé publique.

congés. Or, les périodes de congés souhaitées par les personnels hospitaliers correspondent bien souvent aux mêmes périodes que celles où les touristes affluent dans les territoires concernés. Il est alors important de sensibiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers à l'enjeu du respect de la continuité des prises en charge. C'est à mon sens au niveau stratégique de la gouvernance médico-administrative que cette sensibilisation doit intervenir car il revient aussi bien aux médecins en responsabilité qu'à la direction des soins et à la direction générale de diffuser le message de l'importance d'anticiper ces périodes de forte activité.

La crise de la Covid-19, par les différentes vagues qui l'ont caractérisée et la caractérisent encore, a d'ailleurs amené tous les établissements français à réfléchir et à agir de cette manière. Le personnel a par exemple dû être ménagé après une vague de forte présence de patients atteints du virus de la Covid-19, ce qui a permis aux directions de pouvoir solliciter les ressources à la hauteur des besoins lors des périodes de reprise épidémique. Par rapport à la pandémie de Covid-19, la saisonnalité de l'activité due au tourisme est plus facile à anticiper puisqu'elle présente un caractère cyclique marqué par une réelle régularité. En tout état de cause, la pandémie de Covid-19 aura contraint les établissements français à développer cette culture d'adaptabilité pour assurer la continuité des prises en charge, quoi qu'il arrive.

De mon point de vue, le principe de continuité doit lui-même être animé par le principe de solidarité entre les établissements de santé. En effet, les besoins de santé recensés lors des pics d'activité saisonniers se concentrent bien souvent sur une zone restreinte d'un territoire. Or, un établissement ne peut, de manière isolée, absorber des besoins de santé supérieurs à trois ou quatre fois son volume d'activité courant. C'est pourquoi les dynamiques territoriales doivent être activées dans ce cas précis. L'établissement siège de SAMU, souvent établissement support de GHT, doit endosser encore plus qu'en temps normal le rôle de coordonnateur et de distributeur des prises en charge sur le territoire. Les médecins régulateurs du SAMU ont alors la charge de se rapprocher de leurs confrères urgentistes des établissements satellites afin de les prévenir de toute tension en lits sur le territoire. Si bons nombres de SAMU possèdent cette culture, j'ai pu constater lors de différents entretiens que les dynamiques territoriales ne sont pas toujours opérationnelles sur ce sujet, ce qui fait courir le risque aux établissements de ne pouvoir assumer ce principe de continuité des prises en charge.

Or, la pandémie du virus de la Covid-19 a présenté l'opportunité de développer la solidarité inter-établissements. En effet, de nombreux sujets ont été gérés de manière collaborative par divers hôpitaux publics et privés, bien souvent sous la coordination de l'ARS. Par exemple, la gestion collaborative des stocks d'EPI a permis aux établissements, lors des périodes de tension en la matière, d'assurer de manière optimale la protection de la santé des professionnels et de celle des patients. C'est précisément dans ce cas de figure que la continuité du SPH aurait pu être rompue sans cette solidarité inter-établissements. En effet, alors que des hôpitaux voyaient leur nombre de patients atteints de la Covid-19 accueillis augmenter, et par la même leurs besoins en EPI, d'autres hôpitaux, moins touchés par le phénomène, pouvaient leur permettre d'accéder aux matériels. Les transferts de patients (via les Evacuation Sanitaire (EVASAN)) entre établissements ont aussi permis d'ancrer cette pratique dans la vie hospitalière, ce qui permettra à mon sens de l'utiliser plus facilement lors des phénomènes de pics d'activité saisonniers dus à un afflux de touristes. Ainsi, la pandémie de Covid-19 aura au moins eu comme mérite d'avoir dynamisé la solidarité inter-établissements.

### **2.1.3 Le principe d'adaptabilité doit être la clé de voûte de la réponse organisationnelle de l'hôpital face à l'afflux des « patients-touristes »**

L'adaptabilité du SPH est mise en tension par le phénomène de saisonnalité puisque c'est principalement par l'animation de ce principe que l'égalité et la continuité du SPH vont pouvoir être garanties. La saisonnalité exige que les EPS sachent s'organiser avec souplesse et réactivité. En effet, les établissements de santé de notre pays font face à diverses contraintes qui les obligent à trouver des solutions afin de garantir l'accès aux soins à tous. Théoriquement, ce principe signifie que l'organisation doit pouvoir être modulée, chaque fois qu'elle le nécessite, pour s'ajuster à l'évolution des besoins de la population. L'intérêt collectif et les modalités de le satisfaire sont diverses ; le service public doit ainsi être modulé conformément à l'évolution des besoins du public et aux changements, qu'ils soient structurels (technologiques, etc.) ou conjoncturels (variations du niveau d'activité, etc.). Ce principe impose aussi une levée des obstacles aux adaptations qui permettent d'améliorer la qualité du service public.

Un hôpital est classiquement organisé, au niveau de ses ressources humaines, matérielles ou encore architecturales, de manière à pouvoir absorber le niveau des besoins de soins moyen d'une population. Or, ces ressources peuvent s'avérer

insuffisantes sur certaines périodes. Par exemple, le SAU du CH V possède des locaux trop petits pour pouvoir absorber tous les flux des touristes lors de la période d'hiver. La direction a alors dû réfléchir à une organisation afin d'accueillir tous les patients.

De plus et comme nous l'avons vu dans la première partie de ce mémoire, l'évaluation des besoins est le prérequis à l'adaptation des organisations afin de faire face à la demande de soins. L'adaptation peut ainsi être réalisée à plusieurs niveaux (régional, GHT, local). Toutefois, les besoins en santé d'un territoire peuvent s'avérer conjoncturellement supérieurs au niveau qui a été anticipé. Par exemple, le SAU d'un hôpital peut être, une nuit d'été, submergé. Les moyens en termes de SMUR peuvent être tous sollicités, tout comme l'accueil physique au niveau du service. C'est à ce moment que le rôle de l'administrateur d'astreinte prend, selon moi, tout son sens. En effet, il doit pouvoir réaffecter les ressources afin d'absorber les flux de patients, et animer ainsi pleinement le principe d'adaptabilité. Concrètement, les renforts humains pourront venir d'autres services et toutes les pistes de solutions dont dispose l'hôpital devront être envisagées.

La qualité des soins, qui est un droit reconnu à chaque patient en vertu de l'article L.1112-2 du CSP<sup>12</sup> et qui tend à devenir un nouveau principe du SPH est, au même titre que les trois principes précédents, challengée par les effets de variation d'activité. Or, chaque patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité et sécurisée. L'afflux des patients en périodes touristiques qui entrainerait, sans la mise en place d'organisations particulières, une surcharge de travail et donc un risque pour la qualité des soins, doit ainsi être scrupuleusement anticipé. Les délais raisonnables de prise en charge des « patients-touristes » constituent ainsi un défi que doivent relever les hôpitaux. La préservation des principes d'égalité, de continuité et d'adaptabilité est en tout état de cause, la condition nécessaire au respect du principe de qualité.

---

<sup>12</sup> Article L.1112-2 du CSP : "La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. (...)".

## **2.2 Des solutions innovantes sont déployées par les hôpitaux pour organiser le parcours de soins des « patients-touristes »**

Afin de faire face à l'afflux de « patients-touristes », les hôpitaux mettent en place des organisations saisonnalisées au Service d'Accueil des Urgences (2.2.1), au bloc opératoire (2.2.2), et via différents modes de prise en charge (2.2.3).

### **2.2.1 La mise en place de solutions innovantes est nécessaire afin de fluidifier la production des soins non programmés**

Dans la perspective de fluidifier la production des soins non programmés, les établissements ont mis en place des solutions innovantes de plusieurs types.

Tout d'abord, de nombreux hôpitaux proposent divers circuits de prise en charge au niveau des urgences, communément nommés « circuit court » et « circuit classique ». Des CH mettent également en place lors des pics d'activité un « circuit gériatrique » afin que les prises en charge des personnes âgées, qui sont souvent chronophages, n'embolissent pas le SAU. Scinder les parcours de soins en fonction des besoins de santé de chaque patient permet ainsi de fluidifier les prises en charge.

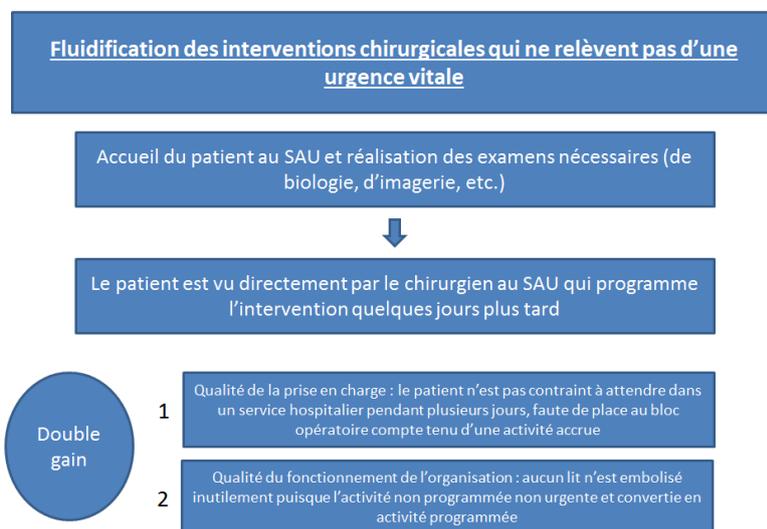
Ensuite, le CH Y a mis en place une RAAC d'urgence. La RAAC consiste en des programmes de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC). Pour rappel, la Haute Autorité de Santé (HAS) définit la RAAC<sup>13</sup> comme « une approche de prise en charge globale du patient favorisant le rétablissement précoce de ses capacités après la chirurgie ». La HAS précise qu'à terme, « elle devrait être applicable à tous les patients et à toutes les spécialités. Le patient a un rôle actif dans cette approche. Un programme RAAC s'inscrit dans un projet d'établissement et se base sur un chemin clinique pour l'ensemble des trois phases avant, pendant et après la chirurgie. La mise en place d'un tel programme représente une démarche d'amélioration des pratiques pour toutes les équipes. Celle-ci nécessite une réorganisation des soins et des efforts combinés au sein d'une équipe pluriprofessionnelle impliquant tous les acteurs autour du patient, équipes hospitalières et de ville ».

Concrètement, le programme de RAAC mis en place au CH Y fluidifie le parcours de soins des « patients-touristes » arrivés au SAU de la manière suivante. Après

---

<sup>13</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1763416/fr/programmes-de-recuperation-amelioree-apres-chirurgie-raac)

l'accueil et la réalisation des examens nécessaires (de biologie, d'imagerie, etc.), le patient est vu par le chirurgien directement au niveau du SAU. Dans le cas précis où l'intervention chirurgicale ne relève pas d'une urgence vitale, le chirurgien programme l'intervention quelques jours plus tard. Cette option permet d'avoir un double gain. D'une part pour le patient car il ne sera pas contraint d'attendre dans un service hospitalier pendant plusieurs jours, faute de place au bloc opératoire compte tenu d'une activité accrue. Le patient, qui a par exemple une fracture du poignet stabilisée, peut ainsi voir sa qualité de vie préservée via un retour au domicile dans l'attente de son intervention chirurgicale. D'autre part pour l'organisation hospitalière, puisque cette option permet de ne pas emboliser inutilement des lits et de déplacer une activité qui aurait pu relever du non programmée en programmée.



**Figure 5 Organisation du parcours patients pour les soins non programmés non urgents**

La création de lits fait également partie des solutions à la disposition des décideurs hospitaliers afin d'éviter une embolisation des patients au niveau du SAU. Elle peut être automatique à chaque période de pic d'activité. Dans le CH V, la création de lits est d'ampleur puisque le nombre de lits des services de chirurgie passe de 30 à 55 et le nombre de lits des services de médecine est augmenté de 12 à 18 en très haute saison. A noter que des lits de crise peuvent être aussi ouverts par l'administrateur d'astreinte dans de nombreux établissements en cas de tension trop forte au niveau de l'hébergement des patients. Pour les zones du territoire les plus touchées par les pics touristiques, des SAU éphémères peuvent aussi être montés en haute-saison.

En outre, la sensibilisation et l'acculturation de tous les acteurs intra et extra hospitaliers au sujet de la saisonnalité de l'activité hospitalière permettent d'améliorer la fluidité et la qualité des prises en charge non programmées. D'un côté, l'acculturation des services intra hospitaliers supports tels que l'imagerie ou la biologie aux fluctuations d'activité amène des meilleures réponses de leur part. D'un autre côté, la collaboration avec les acteurs de la santé sur le territoire permet de trouver des solutions afin de proposer aux « patients-touristes » des parcours de soins fluides. C'est ainsi que le CH S a organisé des rencontres entre la DS et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) et les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) afin de les sensibiliser sur cet enjeu. Les liens ont également été renforcés avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) des parcours complexes.

### **2.2.2 La mise en œuvre d'une organisation saisonnalisée du bloc opératoire permet d'assurer des prises en charge de qualité**

Tout d'abord, l'organisation de l'activité chirurgicale doit être adaptée aux variations d'activité. La saisonnalité de l'activité nécessite à la base une anticipation précise des besoins. Le CH W doit par exemple régulièrement faire face à un effet ciseaux lors de la troisième semaine d'août, où l'activité non programmée continue à être plus élevée que la normale alors que l'activité programmée reprend fortement. C'est à ces moments précis, où les besoins sont supérieurs aux moyens, que l'organisation saisonnalisée du bloc prend tout son sens et permet ainsi d'assurer la continuité des soins. J'ai pu constater que les conseils de bloc sont des moments où les professionnels peuvent être préparés à gérer ces situations. En effet, si les variations d'activité sont culturellement intégrées par les urgentistes, elles le sont aussi pour les équipes du bloc opératoire qui savent faire preuve d'adaptation lors des épisodes de tension.

Les blocs opératoires des établissements du GHT des Alpes du Sud mettent ainsi en place une organisation flexible. L'objectif recherché est toujours d'apporter au patient, le bon soin, au bon moment.

Dès lors, le CH X et le CH Y planifient une diminution de l'activité programmée au sein de leurs blocs opératoires lors des semaines touristiques, ce qui induit un accueil rapide des patients arrivant à l'hôpital de manière non programmée. C'est ainsi que le CH Y organise son activité programmée au bloc opératoire le matin et

réserve les plages de l'après-midi pour les urgences. Cette organisation permet aux patients d'être pris en charge dans des délais optimaux et de diminuer ainsi leur durée d'hospitalisation. Cet aménagement est très efficace car il permet selon moi d'absorber chaque accélération d'activité pour retrouver un niveau normal d'activité à chaque début de journée.

Aussi, le CH X augmente le nombre de lits pouvant accueillir des patients qui doivent bénéficier d'une opération chirurgicale. D'une part, le nombre de lits des services de chirurgie augmente en période de forte activité, passant de 25 lits par étage en temps normal, à 30. D'autre part, une procédure d'hébergement a été instaurée afin que d'autres services puissent accueillir des patients relevant de la chirurgie. Par exemple, un patient ayant un bras cassé peut se faire héberger en service de pneumologie s'il n'y a plus de lit de disponible dans le service de chirurgie. Autre illustration, le CH S ferme une salle d'activité programmée au bloc afin de permettre aux professionnels de partir en congés. Toutefois, une salle d'urgence est ouverte en permanence lors des périodes de pics d'activité, ce qui n'est pas le cas en temps normal. Le ciblage des moyens sur les besoins urgents permet ainsi à cet hôpital d'absorber les pics d'activité.

De plus, la sécurisation du parcours patient doit être au cœur de l'organisation saisonnalisée du bloc. A titre d'exemple, les loisirs pratiqués par les touristes dans le département des Hautes-Alpes se faisant principalement l'après-midi, ces derniers arrivent le plus souvent à l'hôpital en milieu et en fin de journée. Un certain nombre d'opérations chirurgicales se fait donc en début de soirée, ce qui n'est pas le cas en saison régulière. Afin d'offrir à chaque patient une prise en charge de qualité, il est alors nécessaire que les services de chirurgie accueillant les patients en sortie de bloc soient prêts à les recevoir. C'est pourquoi la gouvernance du CH Y a par exemple décidé de rajouter un effectif d'aide-soignant de soir afin d'assurer aux patients un accueil en chambre de qualité après leur opération.

Toujours dans le but de garantir aux patients une qualité de prise en charge optimale, le CH X a mis en place diverses actions afin de permettre aux « patients-touristes » d'avoir la meilleure information durant leur séjour. Afin de fluidifier la prise en charge des patients, le CH X propose aux patients des documents d'autorisation à opérer dans différentes langues (cf. 2.1.1). Conformément à l'article L1131-1-2 du CSP, l'établissement offre donc à chaque patient une « information claire, loyale et

appropriée ». De plus, un recensement de traducteurs bénévoles a été réalisé parmi les professionnels du CH X (cf. 2.1.1). Ce registre est ainsi à disposition des équipes au standard (s'il y a besoin d'une traduction la nuit ou le week-end), à la direction des soins et à la direction générale. Il permet à un patient non francophone de disposer d'une traduction rapide et de bénéficier ainsi d'une prise en charge adaptée à son état de santé. Ces actions permettent dès lors de diminuer la Durée Moyenne de Séjour (DMS) des « patients-touristes » et améliorent la qualité de leur prise charge.

### **2.2.3 Le déploiement de divers modes de prise en charge induit une diminution des tensions en lits**

Des circuits de prise en charge peuvent être créés directement au sein des urgences, mais aussi *ex-nihilo* via des unités d'extension.

Ces circuits peuvent viser directement la fluidification de la prise en charge des « bed-blockers<sup>14</sup> ». Le CH X a par exemple créé une unité d'extension gériatrique saisonnière qui induit une réelle fluidification du parcours patient, surtout pendant les pics d'activité. Cette unité est composée de dix lits gériatriques et de quatre lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) au sein du SAU. La création de cette unité s'est faite concomitamment avec la mise en place des Infirmières de Gériatrie aux Urgences (IGU). Ces deux dispositifs ont été en parfaite adéquation, favorisant une très bonne qualité de prise en charge, adaptée aux personnes âgées, une réduction des délais d'attente et une fluidification du parcours. Il semble donc très pertinent de déployer ces deux dispositifs simultanément.

La création d'une unité d'extension gériatrique saisonnière induit plusieurs impacts qualitatifs. Elle a d'abord permis une augmentation capacitaire gériatrique en période de forte tension sur les lits. Ces nouveaux lits ont ainsi permis de diminuer la tension en lits dans l'hôpital et de réduire les épisodes « d'hôpital en tension ». Le taux d'occupation est important sur le court séjour gériatrique et sur cette unité d'extension gériatrique avec des séjours longs en attente de sortie en établissements de SSR pour des patients lourds. Sans cette unité d'extension, la situation serait donc été critique. De plus, les lits ouverts dans ce cadre ont induit une diminution des « hébergements » de patients hospitalisés dans un service ne

---

<sup>14</sup> « Le terme bed blockers est généralement utilisé pour les patients dont la présence en hospitalisation aigue n'est plus justifiée par des raisons diagnostiques ou thérapeutiques, et qui sont en attente d'une solution d'accueil en structures extrahospitalières ou de soutien à domicile ». Julie De Foor, Pol Leclercq, Julie Van Den Bulcke, Magali Pirson. Dans Journal de gestion et d'économie médicales 2017/4-5 (Vol. 35), pages 179 à 196.

relevant pas de leur spécialité. Cela a donc favorisé la qualité de leur prise en charge. C'est donc un dispositif qui démontre les potentiels d'adaptation des hôpitaux à la saisonnalité. En effet, cette unité a révélé toute sa pertinence en termes de réponse à des besoins en lits mais surtout à des besoins de prises en charge des patients concernés. Une fluidification du parcours des patients a également été révélée. D'une part, grâce à une diminution du temps d'attente dans les box des urgences en attente de lits d'hospitalisation. D'autre part, via une prise en charge facilitée dans le service d'aval adéquat. Cette fluidification du parcours s'est ainsi traduite par une meilleure satisfaction des usagers au sens large. De manière concrète, un staff journalier a été mis en place avec l'équipe médicale du court séjour gériatrique et le médecin de l'unité d'extension pour organiser le parcours de santé des patients hospitalisés, définir les orientations et les objectifs de soins, avec la présence du cadre de proximité. L'accueil des patients gériatriques atteints du virus de la Covid-19, qui peut s'apparenter à un phénomène de saisonnalité, a dès lors été organisé sur le court séjour gériatrique au sein de secteurs dédiés compatibles avec les possibilités d'isolement. Des patients ont pu être transférés sur l'unité d'extension après leur dixième jour de prise en charge initiale. Un numéro de téléphone interne pour le SAU a aussi été mis en place, pris en charge par les gériatres du court séjour gériatrique, pour coordonner les admissions. Enfin, cette expérience a permis une meilleure collaboration entre professionnels. A l'intérieur de l'établissement, cette organisation a favorisé l'amélioration de la collaboration entre les équipes d'urgentistes, de gériatres et de médecins d'autres spécialités. Ces critères sont de réels leviers face aux phénomènes saisonniers. A noter également que, dans le cadre des relations ville/hôpital, plusieurs médecins libéraux se sont impliqués dans le fonctionnement de cette unité, ce qui a également permis de resserrer les collaborations entre libéraux et hospitaliers. C'est en ce sens que l'on peut conclure que la territorialité des phénomènes de saisonnalité se retranscrit aussi bien dans les besoins que dans les réponses.

L'ouverture d'une unité saisonnière gériatrique comporte toutefois des limites et des risques. L'unité doit par exemple être sécurisée sur le plan architectural afin d'accueillir des patients présentant des troubles du comportement avec déambulation et de sortie à l'insu du service.

A noter que d'autres établissements mettent en place différents types d'unités afin d'accueillir les personnes âgées. Le CH W ouvre par exemple une Unité Post-Urgence (UPU) gériatrique lors des pics d'activité afin que ce public n'embolise pas l'UHCD classique. Des unités temporaires de médecine polyvalente peuvent également être créées. C'est aussi ce qui est fait au sein du W. En effet, une unité de ce type a été créée dans le cadre d'un Appel A Projet (AAP) initié par l'ARS. Cette unité ressemble fortement à une UHCD et permet d'augmenter les capacités hospitalières d'accueil de patients devant bénéficier d'une hospitalisation de courte durée.

Le CH X a aussi mené une réflexion autour de la mise en place d'un « salon de sortie », toujours dans la perspective de diminuer les DMS et d'améliorer la qualité de la prise en charge des « patients-touristes ». L'objectif est de libérer les lits des services en mettant en place un espace dédié aux patients sortants. Cependant, ce dispositif, qui fonctionne dans de nombreux hôpitaux, n'a pu être rendu opérationnel au CH X pour deux raisons. D'une part, cette nouvelle organisation change les modes de travail et certains professionnels hospitaliers ont freiné cette modification. D'autre part, les flux logistiques que nécessite cette organisation (notamment au niveau du brancardage) doivent être très bien organisés et optimisés. Or, la gouvernance du CH X réfléchit actuellement à un projet de réorganisation des brancardiers, qui sera sans doute le préalable à la bonne mise en place d'un salon de sortie fonctionnel et efficient. Cet exemple démontre une nouvelle fois que les organisations doivent être souples afin de prendre en compte les pics d'activité saisonniers.

Une fois l'ampleur des variations saisonnières de l'activité évaluée, un hôpital doit s'organiser en conséquence afin de garantir aux patients le respect des principes du Service Public Hospitalier. L'adaptation des organisations nécessite alors de mener une réflexion sur l'utilisation et le redéploiement des ressources hospitalières. A cette fin, un travail préalable consiste à évaluer l'impact de la saisonnalité sur les ressources et à étudier, en miroir, comment les ressources peuvent être adaptées à ce phénomène.

### **3 La saisonnalité doit pouvoir devenir un mode de gestion des ressources hospitalières**

L'hôpital dispose de quatre grands types de ressources pour assurer son fonctionnement : les ressources humaines, matérielles, financières et le Système d'Information. Dans le cadre de cette troisième partie, le choix a été fait de se concentrer sur les ressources humaines et matérielles car il est apparu, au cours des différents entretiens menés, que la mobilisation de ces ressources est décisive afin de faire face à la saisonnalité.

Ainsi, la saisonnalité fragilise les ressources de l'hôpital de manière importante puisqu'elle les affecte dans leurs différentes dimensions (3.1). Pour faire face aux contraintes et aux enjeux que la saisonnalité fait peser sur les ressources de l'hôpital, l'intégrer comme modalité de gestion des ressources pourrait permettre une adaptation en continu aux variations d'activité (3.2).

#### **3.1 La saisonnalité met sous tension les ressources de l'hôpital de manière systémique**

S'il n'est *a priori* pas surprenant de dire que la saisonnalité impacte les ressources de l'hôpital, les entretiens menés nous ont permis de mesurer le degré d'importance avec lequel la saisonnalité vient bouleverser les ressources humaines et matérielles des établissements. Alors que la saisonnalité perturbe la gestion des ressources humaines bien au-delà des périodes de pics d'activité (3.1.1), elle affecte également la gestion des ressources matérielles dans toutes leurs dimensions (3.1.2).

##### **3.1.1 La saisonnalité pèse sur les ressources humaines tout au long de l'année et non seulement lors des périodes d'afflux massif de patients**

S'il est incontestable que la saisonnalité fragilise les ressources humaines au plus fort de ses expressions ; autrement dit lors des pics d'activité, les pistes déployées pour faire face à ces difficultés montrent que les effets de la saisonnalité mobilisent les établissements tout au long de l'année en matière de gestion des ressources humaines.

En premier lieu et comme vu précédemment, la continuité du service public et la permanence des soins font peser une contrainte forte sur les établissements. Concrètement, il faut à la fois pouvoir compter sur un nombre suffisant de professionnels et disposer de professionnels qualifiés eu égard à la nature des

besoins de soins. Cette contrainte est d'autant plus forte pour les établissements touchés par des pics d'activité saisonniers. En effet, le nombre de patients pris en charge augmentent alors même que les ressources humaines disponibles sont dans une position défavorable. En effet, d'un point de vue quantitatif, les ressources humaines sont mises sous tension puisque les pics d'activité saisonniers se produisent lors des périodes propices aux congés des professionnels, à savoir, les périodes de vacances scolaires hivernales et estivales. Une difficulté se pose également d'un point de vue qualitatif pour les ressources humaines puisque les vacanciers relèvent de prise en charges spécifiques dans la majorité des cas comme nous l'avons constaté dans les parties précédentes ; il s'agit notamment des urgences, de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie pour le CH X. Autrement dit, les périodes de pics mettent sous pression certaines compétences spécifiques via un afflux important de patients relevant des mêmes spécialités. Le risque est alors que les besoins de soins soient supérieurs aux compétences disponibles lors des périodes de pics. En effet, l'activité au SAU de Gap est 25% supérieure lors des pics saisonniers par rapport au reste de l'année (cf. Graphique présenté en 1.1.2).

La question de la Qualité de Vie au Travail (QVT) des professionnels des urgences, entre autres, est en outre un réel enjeu en période de pics d'activité. En effet, ces derniers doivent absorber un flux de patients important sur des temps resserrés. En résumé, de fortes difficultés pèsent sur les ressources humaines lors des périodes de pics tant du point de vue du nombre de professionnels que des compétences disponibles ou encore de la QVT pour les professionnels soumis à un flux très important de patients dans des périodes restreintes. Face à ces contraintes, les entretiens ont permis de dégager deux propositions principales pour agir sur la gestion des ressources humaines lors des périodes de pics.

Il s'agit d'une part d'augmenter le nombre de professionnels lors des pics et d'assurer, d'autre part, un redéploiement de professionnels dans certains services en cas de besoin. Pour agir sur l'aspect quantitatif des ressources humaines, deux actions principales ont été citées : recruter de nouveaux professionnels sur les périodes de forte activité et avoir une gestion minutieuse des plannings afin de disposer des professionnels paramédicaux et médicaux nécessaires sur ces périodes. Si ces deux actions semblent pertinentes, elles se heurtent toutefois à plusieurs limites. D'une part, en ce qui concerne l'augmentation de la masse

salariale en période de pics, si la faisabilité légale a été donnée par l'article 19 de la loi du 9 janvier 1986 qui autorise le recours au contrat pour un accroissement saisonnier d'activité, la faisabilité financière de ce type de mesure est à interroger. En outre, le Directeur des Ressources Humaines (DRH) du CH X indiquait qu'il n'est pas toujours possible de recruter lors des pics d'activité notamment car les compétences nécessaires sont parfois rares et peu flexibles ou encore parce que les professionnels en poste pourraient y voir une forme de « concurrence déloyale ». Cette limite me permet d'identifier que les effets de la saisonnalité sur l'activité des Ressources Humaines (RH) peuvent également influencer le climat social d'un établissement et ainsi avoir un réel effet de moyen/long terme pour les établissements.

En outre, si la gestion des plannings des professionnels paramédicaux est relativement bien réalisée par les cadres de santé selon les différents professionnels interrogés, la gestion du temps des professionnels médicaux est un sujet plus complexe. Les difficultés soulevées sont par exemple l'absence d'outils informatiques dédiés et acceptés par les professionnels médicaux ou encore l'absence d'un mode de fonctionnement sanctuarisé pour l'organisation du temps de travail médical. Pour les établissements, et notamment ceux qui rencontrent des pics d'activité, la gestion du temps médical est un enjeu central car cela permet l'intégration des médecins dans un cadre organisationnel. En s'inspirant d'un article de la revue *Gestions hospitalières*<sup>15</sup>, il est possible de proposer une charte de gestion du temps de travail médical ainsi qu'un logiciel dédié. Néanmoins, j'observe une nouvelle fois que ces actions s'inscrivent dans un temps relativement long et sont susceptibles de mobiliser les établissements sur une temporalité plus longue que les seules périodes de pics. En effet, plusieurs temps seraient à prévoir avant la mise en place de tels outils comme établir une politique institutionnelle du temps de travail médical, étudier l'opportunité de recourir aux outils précités, organiser une concertation avec le corps médical, déployer les outils, prévoir des temps d'adaptation et de formation, ou encore établir une charte.

Enfin, la seconde proposition, qui vise à redéployer certains professionnels dans les services les plus touchés en cas de besoin, requiert une polyvalence des

---

<sup>15</sup> *Gestions hospitalières*, numéro 553, Charte et gestion informatisée du temps de travail médical, février 2016.

professionnels concernés et renvoie à l'enjeu de répondre de manière qualitative aux besoins de soins des vacanciers. Afin de se prémunir d'un manque de professionnels compétents sur certaines spécialités, plusieurs établissements ont fait le choix de miser sur une certaine polyvalence des compétences. Si cette proposition semble pertinente, plusieurs enjeux peuvent être formulés. Il faut tout d'abord pouvoir compter sur un contingent de professionnels volontaires, identifier jusqu'où peut aller la polyvalence d'un professionnel ou encore prendre en compte des enjeux de QVT pour ces professionnels qui changeront d'environnement professionnel et de repères lors des redéploiements. Ces enjeux illustrent une fois de plus les effets de long terme de la saisonnalité sur la gestion des ressources humaines. En effet, la polyvalence des compétences pour certains professionnels est un processus qui nécessite d'être anticipé et organisé sur plusieurs mois car il faudra notamment identifier et valider les professionnels volontaires, organiser leur formation, prévoir possiblement des temps d'immersion dans les services auprès desquels ils pourront être redéployés, etc. De manière générale, la résolution des perturbations qu'engendre la saisonnalité sur la gestion des ressources humaines dépasse largement la temporalité des pics puisque les mesures prises à un niveau micro (augmentation de la masse salariale lors des pics, avoir une gestion minutieuse des plannings, redéployer les effectifs en cas de besoin) doivent s'accompagner d'actions de long terme afin d'anticiper, d'accompagner et de renforcer les mesures prises lors des pics d'activité.

En définitive, la saisonnalité est un phénomène de déstabilisation systémique des ressources humaines puisqu'elle les fragilise particulièrement au moment des pics d'activité mais continue d'interroger la gestion de ces ressources tout au long de l'année.

### **3.1.2 Les pics d'activités mettent au défi les ressources matérielles dans leur ensemble**

Les vacanciers qui viennent à l'hôpital, comme les autres patients, bénéficient d'une prise en charge globale. Autrement dit, ils reçoivent des soins, sont hébergés, nourris et blanchis. Ainsi, et en complément des ressources humaines, les ressources matérielles sont pleinement concernées par le phénomène de saisonnalité. Les ressources matérielles sont ici définies comme l'ensemble des biens physiques qui permettent à l'hôpital de fonctionner. Les principales

ressources matérielles de l'hôpital sont donc les locaux, les équipements médicaux (scanner, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM), etc.) et non-médicaux (outils de production de cuisine, de blanchisserie, etc.), les produits de santé, les consommables relatifs au soin, à l'hôtellerie et à la restauration et enfin des produits divers. En miroir des ressources humaines qui sont fortement mises sous tension par la saisonnalité, les ressources matérielles le sont aussi et dans différentes dimensions. En effet, l'ensemble des différentes ressources matérielles est impacté par la saisonnalité que ce soit d'un point de vue qualitatif ou quantitatif. Afin d'illustrer la mise sous tension des ressources matérielles dans leur ensemble par la saisonnalité, trois cas de figure ont été choisis. Le premier exemple portera sur l'aspect quantitatif des équipements, le second évoquera à la fois l'aspect qualitatif et quantitatif à travers la question du capacitaire des locaux et enfin, le dernier exemple permettra d'aborder les effets de la saisonnalité sur les équipements d'un point de vue qualitatif.

En premier lieu et contrairement aux patients pris en charge en dehors des périodes de pic d'activité, les vacanciers sont reçus à l'hôpital à des périodes où celui-ci fonctionne à un rythme moins soutenu que le reste de l'année. En effet, l'activité de la plupart des fournisseurs et des prestataires est ralentie lors des vacances. Dès lors, l'approvisionnement des différents produits nécessaires pour une prise en charge globale des patients se complique. Face à cet enjeu, l'anticipation semble primordiale pour garantir le principe de continuité des soins. A titre d'exemple, la cadre supérieure du pôle Chirurgie-Anesthésie-Réanimation du CH X indiquait lors d'un entretien qu'une augmentation des ancillaires est possible en période hivernale. Cela permet d'avoir un stock plus important d'ancillaires<sup>16</sup> et d'être moins dépendant de la stérilisation. Aussi, depuis que cette mesure a été mise en œuvre au CH X, plus aucun retard de prise en charge n'a été constaté du fait d'un manque d'ancillaires.

Mais au-delà de l'enjeu de pouvoir ravitailler les différents services qui le nécessitent, se pose également la question du juste nombre de produits nécessaires. S'il est possible de prévoir un nombre approximatif en se basant sur un taux moyen de fréquentation de l'établissement en périodes de pics, rien ne garantit que cette approche couvre des besoins exceptionnels dus par exemple à

---

<sup>16</sup> Un ancillaire est un matériel utilisé en chirurgie orthopédique et traumatologique. Le praticien s'en sert pour mesurer finement les angles ou les distances.

une surfréquentation ponctuelle du territoire sur lequel est implanté un établissement. Or, les ruptures de stock ne peuvent être admises à l'hôpital du fait du principe de continuité, comme nous l'avons précédemment vu. Bien que la solidarité inter GHT puisse permettre de pallier certaines ruptures de stock, ces événements constituent des facteurs qui peuvent dégrader la qualité et la sécurité des soins en entraînant un retard de prise en charge alors même que la rapidité de prise en charge pour les urgences et la traumatologie constitue un élément fort de la sécurité des soins. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit en effet la rapidité comme l'une des sept composantes de la qualité des soins<sup>17</sup>. Aussi, à l'égard de ce qu'a mis en place le CH X pour les ancillaires, la constitution de « stocks tampon » avant les périodes critiques et une certaine souplesse sur la possibilité de commander davantage en période de pics participent à la qualité et à la sécurité des prises en charge des vacanciers. Toutefois, de nouveaux enjeux se posent vis-à-vis de la constitution de stocks ; et notamment ceux de bien les gérer et d'éviter les pertes et les détériorations. Aussi, la constitution des stocks requiert une organisation rigoureuse qui doit permettre une vérification et un suivi régulier de l'état des stocks. A cet égard, je pense que l'activité de suivi des stocks doit être confiée à un binôme bien identifié au sein de l'hôpital. Cela permet d'avoir deux référents, de façon à toujours pouvoir compter sur un interlocuteur compétent en la matière.

Dans un second temps, la question de la quantité d'équipements rejoint celle du capacitaire des établissements qui connaissent des pics d'activité. En effet, la constitution des stocks qui est l'une des solutions à la disponibilité des équipements en nombre suffisant, pose la question de la place disponible permettant d'entreposer ces produits. Le capacitaire est donc un enjeu fort pour les établissements confrontés à la saisonnalité. Cette question du capacitaire renvoie à la fois à l'aspect quantitatif et qualitatif des ressources matérielles. Effectivement, l'espace disponible ou non dépend, entre autres, du nombre de locaux dont dispose l'établissement. En complément, l'aspect qualitatif intervient également puisque la question n'est pas seulement d'avoir un ou plusieurs locaux disponible(s) pour

---

<sup>17</sup> OMS, La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, 2019 : les "sept composantes de la qualité des soins : l'efficacité, la sûreté, la priorité à la personne, la rapidité, l'intégration des soins, l'équité et l'efficience."

entreposer les stocks mais de pouvoir disposer de locaux adaptés. Il s'agit notamment de posséder de locaux bien isolés et facilement accessibles.

Ce double aspect quantitatif et qualitatif des locaux permettant d'accueillir les stocks se retrouve également pour les locaux qui accueillent les patients. L'enjeu est de pouvoir disposer de locaux qui permettent d'accueillir et de prendre en charge un afflux de patients concentré sur certaines spécialités, comme nous l'avons vu précédemment (urgences et chirurgie-anesthésie par exemple). A cet égard, l'entretien avec le directeur général du CH V nous a permis d'identifier que la mise sous tension des ressources matérielles par la saisonnalité peut se traduire en un enjeu architectural. En effet, le directeur général nous indiquait qu'il avait anticipé et pris en compte l'afflux de patients lors des pics d'activité dans les projets architecturaux. Concrètement, une extension du SAU est prévue dans le schéma directeur immobilier, afin de faire notamment face à la saisonnalité.

Enfin, en complément des effets de la saisonnalité sur l'approvisionnement des produits d'une part et du capacitaire des locaux d'autre part, la saisonnalité touche un autre type de ressources matérielles : les équipements. Les équipements sont définis dans ce mémoire comme les outils de production qui permettent à l'hôpital de fonctionner. On peut notamment penser aux outils de production non-médicaux (cuisine, blanchisserie) et aux outils de production médicaux (IRM, scanner, etc.). Ces équipements sont pleinement concernés par le phénomène de saisonnalité puisque, générant une hausse de patients, celui-ci génère du même coup une augmentation de l'activité des équipements. Concrètement, la blanchisserie doit assurer le traitement de davantage de tonnes linge et la cuisine doit fournir plus de repas. Les IRM et les scanners peuvent également être soumis à un rythme plus intense de fonctionnement. Au-delà de la disponibilité des consommables nécessaires pour absorber une hausse de l'activité, la question de la soutenabilité de cette augmentation pour les équipements, médicaux et non-médicaux, se pose. Les différents équipements sont-ils dimensionnés et sont-ils en mesure d'absorber une hausse importante de leur activité sur certaines périodes de l'année ? L'anticipation semble être, ici encore, la clé de voûte pour adapter les outils de productions de l'hôpital aux effets de la saisonnalité. En effet, la prise en compte du phénomène de saisonnalité de l'activité semble primordiale lors de l'expression du besoin puis de l'achat de ces équipements. Le choix de l'équipement pourra notamment être guidé par certains critères (tonnage maximum pour des

équipements de blanchisserie par exemple) et par l'évaluation des paramètres de suivi des machines (conditions et coût des maintenances, assistances/dépannages).

Afin de remédier à la déstabilisation des ressources causée par la saisonnalité, nous avons retenu deux propositions issues des entretiens et qui nous ont semblé les plus opérationnelles. Ces deux propositions ont en commun le fait d'intégrer la saisonnalité, non plus seulement comme une contrainte, mais comme une modalité de gestion des ressources.

### **3.2 La saisonnalité comme modalité de gestion des ressources peut être garante d'une organisation agile**

La saisonnalité est un facteur de déstabilisation des ressources puisqu'elle fait fluctuer les besoins. De ce fait, le phénomène saisonnier contraint les hôpitaux à adapter leurs ressources. Autrement dit, en réponse à des besoins fluctuants, les ressources doivent pouvoir faire preuve d'agilité afin de répondre au mieux au(x) besoin(s) quand il(s) se présente(nt). Ainsi, l'organisation des ressources selon un principe de saisonnalité semble pouvoir leur donner l'agilité requise pour faire face aux variations d'activité (3.2.1). Néanmoins, l'organisation des ressources en fonction de la saisonnalité ne pourra être collectivement acceptée qu'à la faveur d'un management bienveillant guidé par la qualité de vie au travail et l'équité de traitement (3.2.2).

#### **3.2.1 La saisonnalité comme modalité de gestion des ressources : un gage d'agilité ?**

Le fait de dire qu'il faut intégrer la saisonnalité dans la gestion des ressources pour ne plus seulement subir ses effets mais s'y adapter n'est pas particulièrement innovant. Toutefois, ce qui m'intéresse ici est de comprendre les déclinaisons concrètes de cette modalité et d'observer si elle permet d'atteindre une certaine agilité permettant de faire face aux fluctuations d'activité. Le déploiement d'une gestion saisonnalisée des ressources peut prendre différentes formes. Les entretiens menés me permettent de retenir quatre exemples opérationnels.

En premier lieu, il est possible d'agir sur l'organisation du temps de travail afin de pouvoir disposer des ressources nécessaires sur les périodes de la journée les plus

exposées à la saisonnalité ; soit l'après-midi et le début de soirée en période hivernale pour le CH X du fait des caractéristiques des activités sportives qui sont pratiquées dans le territoire. Jusqu'en janvier 2020, aucune organisation de travail n'était particulièrement pensée par rapport à la saisonnalité. D'après la cadre des urgences du CHICAS, cela générerait très régulièrement des heures supplémentaires ainsi qu'une inadéquation entre les temps médicaux et paramédicaux ; ce qui peut nuire à une prise en charge de qualité des patients. C'est pourquoi, un travail d'adéquation des temps médicaux et paramédicaux, notamment afin de mieux faire face à la saisonnalité, a abouti à la mise en place de l'organisation en 12h au SAU. Le travail en 12h a ainsi permis de dégager du temps infirmier sur les périodes dites creuses afin de renforcer les périodes de saisonnalité. Ce renfort est affecté sur un horaire 11h-23h lors des périodes de pics d'activité et aide particulièrement les équipes de nuit sur le début de soirée ; période qui est particulièrement chargée lors des vacances scolaires.

L'organisation des horaires de travail des personnels médicaux a également été adaptée à la saisonnalité. Certains médecins commencent plus tard leur journée afin d'être davantage présents lors des après-midis et des débuts de soirée. L'adaptation des horaires à la temporalité de la saisonnalité me paraît être une mesure agile car cela permet d'optimiser la gestion des ressources humaines ou comme le disait un médecin urgentiste du CH X, cela permet « de ne pas faire peser l'activité sur les dépenses ».

En complément de l'adaptation des horaires de travail à la temporalité journalière de la saisonnalité, la détermination d'effectifs de haute-saison et de basse-saison a été mise en place dans tous les établissements avec lesquels j'ai pu m'entretenir. De manière concrète, il s'agit notamment de recrutements ciblés sur les périodes de forte activité. Au sein du CH X, des brancardiers et un Assistant de Régulation Médicale (ARM) sont par exemples recrutés en plus lors des périodes de pics d'activité. Au CH Y, l'équipe du SAU est renforcée par une aide-soignante, un médecin et une Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO). Les effectifs de chirurgie sont aussi complétés par une aide-soignante. Il faut par ailleurs noter que ces renforts de personnels peuvent aussi être le fruit de partenariats inter-établissements, comme me l'indiquait la DS du CH Y. En effet, l'établissement bénéficie d'un renfort en chirurgie orthopédique par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM). Cette mesure est à mon sens doublement pertinente. D'une

part car elle permet de renforcer les équipes et d'autre part car elle présente l'opportunité de fidéliser des ressources humaines et médicales.

Un troisième exemple a marqué mon attention car il m'apparaît comme particulièrement agile. Il s'agit d'un système d'astreinte de personnels de bloc opératoire qui peut être activé en fonction des besoins. L'astreinte est composée de deux Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE), d'un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat (IADE) et d'un Aide-Soignant (AS). Cette modalité a été mise en place sur le CH X afin de pouvoir utiliser des ressources de bloc opératoires supplémentaires uniquement si et quand cela est nécessaire. En effet, l'astreinte est définie comme une période pendant laquelle l'agent qui, sans être sur son lieu de travail, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement qui l'emploie. L'astreinte n'étant pas une période de travail effectif, ce système permet de solliciter les effectifs uniquement lorsque cela est requis. Dans un contexte de fluctuation d'activité avec un certain degré d'imprévisibilité lors des périodes de pics d'activité, la détermination exacte des ressources à mettre à disposition est un exercice difficile. C'est pourquoi, en complément d'une définition au plus juste des effectifs nécessaires sur place, ce système d'astreinte peut être une modalité agile de gestion saisonnalisée des effectifs.

Enfin, le dernier exemple porte davantage sur l'organisation du besoin de soins que sur l'offre de soins car il s'agit de réduire le programmé et de le réorganiser. Contrairement aux exemples précédents qui portaient sur l'organisation des ressources, cette modalité permet d'organiser les besoins de soins. A cet égard, la DS du CH Y indiquait que, lors des périodes de pics d'activité, les plages horaires du matin sont sanctuarisées pour les soins programmés tandis que les après-midis sont libérées pour le traitement des urgences, conformément à la temporalité de la saisonnalité. Si cette mesure peut être utile car elle permet de lisser les besoins en ressources humaines, elle peut s'avérer agile si elle est correctement structurée. En effet, une telle mesure doit être prise en concertation avec les professionnels des services concernés et doit pouvoir être rapidement réajustée si besoin. Pour cela, il est nécessaire d'avoir un bon dialogue et une culture de la concertation afin de pouvoir activer et réguler cette modalité de manière fluide et efficace.

### **3.2.2 L'adaptation des organisations à la saisonnalité nécessite un management bienveillant guidé par les principes de qualité de vie au travail et d'équité de traitement**

Les quatre exemples présentés illustrent différentes modalités d'intégration de la saisonnalité dans la gestion des ressources. Selon des degrés différents, il est ainsi possible d'atteindre une agilité dans la gestion des ressources humaines. A mon sens, l'adaptation des horaires de travail et la mise en place d'astreinte RH lors des périodes de pics d'activité sont les deux exemples les plus agiles. En effet, pour l'un, on se base sur un critère maîtrisé (adaptation des horaires par rapport à une temporalité de la saisonnalité bien connue par les établissements) et pour le second exemple, il permet de faire preuve d'une forte capacité d'adaptation (déclenchement ou non de l'astreinte en fonction des besoins). Néanmoins, il faut noter que ces quatre mesures requièrent la mobilisation de plusieurs acteurs qu'il faut tantôt consulter, associer, convaincre ou encore encadrer. Dès lors, un enjeu fort de management se dessine derrière les organisations qu'il est possible de mettre en place pour gérer ce phénomène. C'est pourquoi cette sous-partie s'intéresse aux trois principaux enjeux que soulèvent à mon sens la mise en place d'organisations spécifiques face au phénomène de saisonnalité et *in fine*, la saisonnalité elle-même. Ces trois enjeux sont le management au sens large, la QVT et l'équité de traitement. Le management sera dans ce cadre entendu comme la capacité à diriger un collectif et à prendre des décisions stratégiques nécessaires à la réalisation d'objectifs. La QVT peut être définie comme une démarche qui permet d'articuler les objectifs d'amélioration des conditions de travail des professionnels et ceux de qualité de service rendu aux usagers<sup>18</sup>. Enfin, l'équité de traitement renvoie aux notions d'impartialité et de justice.

En premier lieu, le management au sens large doit selon moi accompagner les mesures précitées dans leur mise en œuvre et pour qu'elles perdurent. A travers le management, il s'agit tout d'abord de donner du sens à ces mesures. Par exemple, le changement d'horaires en période de forte activité n'est pas une fin en soi mais bien un moyen de positionner les professionnels au moment approprié par rapport à la demande de soins. Ainsi, c'est bien la qualité et la sécurité des soins qui doivent être mises en avant par l'encadrement aux différents niveaux de la hiérarchie.

---

<sup>18</sup> Direction Générale de l'Administration et de la Fonction Publique, Edition 2019. Guide de la qualité de vie au travail, outils et méthodes pour construire une démarche de QVT.

Autrement dit, sous l'impulsion de la direction, l'encadrement a pour rôle d'explicitier la stratégie, les mesures prises et les enjeux qui s'y rattachent afin que les agents comprennent la finalité des actions entreprises. Concrètement, dès lors qu'une mesure d'adaptation des horaires est actée, je pense qu'il revient au directeur de rappeler et de partager avec l'encadrement soignant et médical les enjeux de cette modalité afin que ces derniers soient en pleine mesure de les transmettre aux équipes. Pour faire ici le lien avec le deuxième enjeu qu'est la QVT que je développerai plus longuement ci-après, le management qui donne du sens au travail permet de nourrir l'un des axes de la QVT qu'est le « Contenu du travail » d'après le rapport « *La boussole Qualité de vie au travail – Un outil pour fixer le cap* » réalisé par la HAS<sup>19</sup>.

La mise en place d'effectifs de haute et de basse saison fait également intervenir des compétences de management. En effet, l'arrivée de nouveaux professionnels, qu'ils soient recrutés pour la période ou mis à disposition par des établissements, pose la question de leur intégration dans les équipes. Des divergences de pratiques et d'apprentissages peuvent effectivement générer des tensions. A ce titre, je pense qu'il est opportun de systématiser un processus d'accueil et d'intégration des professionnels extérieurs qui viennent renforcer les équipes sur les périodes de pics d'activité. Plusieurs actions pourraient être mises en œuvre : présentation des enjeux spécifiques d'un travail de renfort lors du recrutement, réunion d'équipe avec le cadre et les autres agents du service avant de débiter le travail en commun, retour d'expérience à l'issue de la période de renfort. Afin que l'intégration des professionnels extérieurs soit facilitée, je pense qu'un travail préalable interne est également à prévoir à destination des agents. Il pourrait s'agir de recevoir les équipes concernées avec leur encadrement pour expliquer le but et les enjeux de la démarche. L'association des équipes permet de faire un lien avec la QVT puisque cela renvoie à l'un des six axes de la QVT qui est « Relations de travail – climat social » qui comprend notamment les items « Participation » et « Discussion sur le travail ».

Enfin, les compétences managériales doivent aussi être activées dans la mise en place d'astreintes de personnels. En effet, l'article 21 du décret du 4 janvier 2002 stipule que les astreintes sont organisées en faisant prioritairement appel à des agents volontaires. Afin de pouvoir compter sur le volontariat des agents ; en plus

---

<sup>19</sup> HAS, 2017. La boussole Qualité de vie au travail - Un outil pour fixer le cap.

de la rémunération supplémentaire qui intervient en cas d'intervention lors d'astreinte, je pense qu'il revient aux personnels d'encadrement de susciter l'adhésion des professionnels en interne. L'encadrement pourrait par exemple organiser de brèves présentations, à destination des agents, des avantages de participer à un système d'astreinte : expérience et développement des compétences pour les jeunes professionnels notamment.

La QVT est le deuxième enjeu soulevé par la saisonnalité ; le sujet de l'organisation du travail en 12 heures en est l'une des illustrations. En effet, le travail en 12 heures présente de prime abord de nombreux avantages pour les professionnels et pour la direction au CH X. A titre d'exemple, cela a permis une diminution du nombre de transmissions, une gestion facilitée des plannings et une meilleure conciliation vie personnelle-professionnelle pour les agents. Néanmoins, le travail en 12 heures comporte aussi de potentiels effets néfastes pour la santé des professionnels. Ainsi, si cette mesure a été prise dans le but de garantir la qualité et la sécurité des soins des patients, la direction doit aussi veiller à la QVT des professionnels. D'autant que les effets négatifs du travail en 12 heures sur la santé sont connus et documentés, notamment par l'Institut National de Recherche et de sécurité (prise de poids, TMS et pathologies dorsales, troubles cardio-vasculaires, troubles de la grossesse, etc.)<sup>20</sup>. A cet égard, je pense que la mise en place des 12 heures doit être suivie de près par la direction. La réalisation régulière d'audits internes du ou des services concernés est par exemple une mesure concrète permettant d'objectiver au maximum les résultats de la mise en place d'une telle mesure, en sollicitant tous les acteurs concernés (soignants, encadrement, Organisations Syndicales (OS), etc.). De manière générale, la saisonnalité constitue un enjeu de QVT car les conditions de travail peuvent être jugées comme dégradées par les professionnels. En effet, les périodes de pics d'activité sont synonymes d'une importante charge de travail qui s'étale sur plusieurs semaines et qui peut générer du stress et de la pression pour les équipes.

Enfin, l'équité de traitement est le dernier principal enjeu managérial mis en exergue par le phénomène saisonnier. La question de l'équité de traitement se pose d'une

---

<sup>20</sup> Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), 2014, Organisation du travail en 2 x 12h, les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.

part pour les patients. J'ai notamment évoqué ce point en discutant de la mise à l'épreuve du principe d'égalité d'accès aux soins par la saisonnalité (cf. 2.1.2). La question de l'équité de traitement entre les patients, locaux et touristes, se pose aussi lorsqu'il s'agit de réduire l'activité programmée pour pouvoir davantage absorber l'activité non-programmée générée par les « patients-touristes ».

Cette question de l'équité de traitement se pose également pour les professionnels des établissements concernés. En effet, la saisonnalité ne touche pas les services de manière équitable. Selon les territoires, certains services sont plus exposés que d'autres et notamment le SAU. Ainsi, ce sont ces mêmes services qui vont devoir faire preuve d'adaptation en déclinant par exemple les mesures évoquées ci-dessus (aménagement des horaires de travail, astreinte RH, etc.). Les services les plus exposés à la saisonnalité sont donc doublement impactés par la saisonnalité ; d'une part avec une hausse importante du nombre de patients à prendre en charge et d'autre part avec la mise en place de nouvelles organisations pour faire face aux fluctuations d'activité.

Par ailleurs, la saisonnalité de l'activité est un phénomène cyclique qui se produit tous les ans. Les services exposés font donc face à la saisonnalité de manière récurrente. En comparaison avec des services peu ou pas impactés par le phénomène saisonnier, une forte iniquité de traitement existe avec les services confrontés à la saisonnalité. En reprenant l'article « Evaluation de la charge en soins - Un outil d'efficience à l'usage de l'hôpital » de la revue *Gestions hospitalières*<sup>21</sup>, il est possible de caractériser cette inégalité entre les services soumis au phénomène de saisonnalité et ceux qui ne le sont pas ou peu comme une inégalité morale ou politique telle que définie par J.J Rousseau, « (...) parce qu'elle dépend d'une sorte de convention, et qu'elle est établie, ou du moins autorisée par le consentement des hommes. Celle-ci consiste dans les différents privilèges dont quelques-uns jouissent au préjudice des autres, comme d'être plus riches, plus honorés, plus puissants qu'eux (...). » Les « privilèges » des services non confrontés à la saisonnalité peuvent être par exemple être ressenti comme le fait de ne pas être directement confrontés à un afflux de patients ni aux modalités d'organisation qui en découlent.

Pour répondre à cette inégalité, il me semble tout d'abord essentiel que les ressources soient affectées avec justesse et équité entre les différents services, sur

---

<sup>21</sup> VALLIN V., 2018, « Evaluation de la charge en soins. Un outil d'efficience à l'usage de l'hôpital », *Gestion Hospitalière*, numéro 574.

la base d'une objectivation des besoins de soins. Ainsi, les professionnels des services qui ne sont pas impactés par la saisonnalité peuvent être redéployés dans les services exposés. Toutefois et comme je l'ai évoqué précédemment (cf. 3.1.1), il faut veiller à ce que les professionnels déployés en renfort soient formés pour être à l'aise et compétents. Au sein-même des services concernés par la saisonnalité, il faut aussi veiller à l'équité de traitement entre les agents afin que ce ne soit pas toujours les mêmes qui soient en congés lors des pics d'activité. Je pense que le rôle du cadre de santé est primordial à cet égard. Le cadre pourrait par exemple informer et sensibiliser les agents de la volonté institutionnelle de garantir au maximum le principe d'équité entre les agents de manière générale, et notamment dans l'organisation hospitalière mise en place face à la saisonnalité. Enfin, je pense qu'il peut être pertinent de solliciter l'encadrement soignant et médical sur des modalités permettant de mieux garantir une équité de traitement des professionnels face à la saisonnalité. Sur la base des propositions qui pourront lui être faites, le directeur pourra ainsi les étudier, les amender et choisir de les approuver ou non.

## Conclusion

La prise en compte du phénomène de saisonnalité de l'activité par les hôpitaux recouvre de nombreux enjeux qui impactent toute l'année les établissements concernés. Ces enjeux sont de tailles variables en fonction de l'ampleur du phénomène, qu'il convient avant tout d'évaluer. L'évaluation se fait à différents niveaux et permet d'établir le profil des touristes, la variabilité de leur nombre ainsi que la temporalité de leurs venues. Deux défis organisationnels se présentent alors aux hôpitaux : l'adaptation des parcours de soins des patients ainsi que la gestion des ressources.

La saisonnalité de l'activité met les hôpitaux face au défi du respect de l'égalité, de la continuité, de l'adaptabilité et de la qualité des prises en charge. Les Etablissements Publics de Santé mettent alors en place des solutions pour les relever. Ils fluidifient ainsi la production des soins non programmés, mettent en place des organisations saisonnalisées au bloc opératoire et déploient divers circuits de prise en charge afin d'optimiser l'utilisation du capacitaire.

La saisonnalité doit alors pouvoir devenir un mode de gestion des ressources hospitalières, mises sous tension dans leur ensemble par ce phénomène. Cela permet aux hôpitaux de garantir une agilité nécessaire afin d'assurer la soutenabilité de leur fonctionnement. En tout état de cause, l'organisation hospitalière face aux phénomènes de saisonnalité relève pleinement du niveau stratégique de la gouvernance médico-administrative. Les enjeux de management et de pilotage stratégique sont donc au cœur du traitement des phénomènes de saisonnalité à l'hôpital. C'est ainsi que la rédaction de ce mémoire m'a permis de tirer des enseignements utiles pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital notamment en termes de posture professionnelle et de pilotage des organisations.



---

## Bibliographie

---

### Articles scientifiques :

- CALMES G., GIAMBRUNO C., 2016, « Charte et gestion informatisée du temps de travail médical », Gestions Hospitalières, numéro 553.
- MESTRE-MEYNARD M., 2018, « L'adaptation capacitaire des services de médecine », Gestions Hospitalières, numéro 578.
- RICHARD F., TARDY C., 2016, « Optimiser l'organisation des blocs opératoires. Une priorité pour l'AP-HP », Gestions Hospitalières, numéro 559.
- VALLIN V., 2018, « Evaluation de la charge en soins. Un outil d'efficience à l'usage de l'hôpital », Gestions Hospitalières, numéro 574.

### Articles de presses :

- L'EXPRESS, 2021, « Hôpitaux : l'étude qui montre qu'embaucher plus d'infirmiers sauve des vies (et plus encore) ».

### Rapports administratifs ou de recherche :

- ANACT, 2013. L'organisation du temps de travail dans les hôpitaux publics.
- ARS ARA, 2018. Schéma Régional de Santé 2018-2023, ARS ARA.
- ARS NA 2018. Schéma Régional de Santé 2018-2023, ARS NA.
- ARS PACA, 2018. Schéma Régional de Santé 2018-2023, ARS PACA.
- HAS, 2016. Synthèse du rapport d'orientation Programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC).
- HAS, 2017. La boussole Qualité de vie au travail - Un outil pour fixer le cap.
- HERIVEAUX D., 2013. Modèle épidémiologique pour les urgences. Cas de la grippe saisonnière.
- INRS, 2014. Organisation du travail en 2 x 12h, les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs.
- OMS, 2019. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle.

### Textes législatifs et réglementaires :

-Code de la santé publique.

-Code de la sécurité sociale.

-Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

### Travaux d'étudiants :

-EL-RIFAI O., 2015, Gestion des ressources humaines d'un service d'urgence en période épidémique, Saint-Etienne, Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'École Nationale Supérieure des Mines de Saint-Étienne, Ecole des Mines de Saint-Etienne, 144p.

-KERSAUZE P., 2005, L'impact de l'activité saisonnière sur l'organisation et le fonctionnement d'un EPS – l'exemple du Centre hospitalier de Saint-Malo, Rennes, Mémoire EDH, EHESP, 79p.

-DUMAS B., 1978, L'hôpital en vacances ou l'influence du phénomène touristique sur l'activité et les structures hospitalières, Mémoire de fin d'assistantat, ENSP.

---

## Liste des annexes

---

### **Trame d'entretien pour les établissements extérieurs au GHT des Alpes du Sud : Les impacts de la saisonnalité de l'activité sur l'organisation hospitalière.**

Problématique : Dans quelles mesures la saisonnalité de la demande soins rend-elle la prise en charge des patients spécifique ? Comment l'hôpital s'organise-t-il alors en conséquence ?

I/La détermination de l'offre de soins est basée sur une quantification des besoins afin de faire face à la saisonnalité

A/La saisonnalité est à prendre en compte pour dimensionner l'offre de soins au plus juste

1/Les différents profils de touristes nécessitent d'avoir une offre de soins complète

**Question 1** : Quels sont les profils des touristes que vous recevez à l'hôpital dans les périodes de pic d'activité ? (Retraité, sportif, etc.)

2/Combien sont les touristes ? Quand viennent-ils ?

**Question 2** : Avez-vous des données chiffrées pour quantifier le phénomène de la saisonnalité dans votre hôpital (aux urgences notamment) ?

B/L'organisation territoriale et locale de l'offre de soins s'adapte aux besoins de santé recensés

1/Niveau régional

**Question 3** : La planification sanitaire régionale/l'ARS vous accorde-t-elle des moyens supplémentaires pour faire face au phénomène de saisonnalité de votre activité ?

2/Niveau GHT

**Question 4** : Le GHT est-il une source de solutions pour absorber les pics d'activité ? Si oui, comment ?

3/Niveau local

**Question 5** : Avez-vous mis en place des groupes de travail pour étudier la question de la saisonnalité de l'activité, du type commission des admissions non programmées ? Si oui, pouvez-vous détailler sa fonction ?

II/L'adaptation du parcours patient et du capacitaire à la saisonnalité

**Question 6** : Quelles solutions déployez-vous pour prendre en compte la saisonnalité (réduction du programmé au bloc, procédure d'hébergement adaptée, salon de sortie, mise en place de plusieurs circuits aux urgences, etc.) ? Pouvez-vous les détailler ?

**Question 7** : Faites-vous varier votre capacitaire en fonction des pics d'activité saisonniers ? Si oui, comment ?

III/L'adaptation de la gestion des ressources humaines/matérielles à la saisonnalité

**Question 8** : Adaptez-vous votre gestion des effectifs aux variations de votre activité ? Si oui, comment ?

**Question 9** : Avez-vous d'autres éléments à apporter sur le sujet ?

Merci pour votre participation !

## **Trame d'entretien pour les professionnels du GHT des Alpes du Sud : Les impacts de la saisonnalité de l'activité sur l'organisation hospitalière.**

Problématique : Dans quelles mesures la saisonnalité de la demande soins rend-elle la prise en charge des patients spécifique ? Comment l'hôpital s'organise-t-il alors en conséquence ?

### **1/L'organisation de l'offre de soins basée sur une quantification des besoins**

-Comment est prise en compte la saisonnalité dans l'organisation de vos services ?

### **2/Les contraintes de la saisonnalité sur l'organisation des parcours patient.**

-Quelles solutions sont développées par l'établissement afin de réorganiser les parcours patients ?

-Le cas échéant, comment sont gérées les fermetures de lits en période de vacances ?

### **3/L'adaptation des ressources à la saisonnalité**

-Y-a-t-il des besoins RH spécifiques ?

-Quelles solutions sont développées par l'établissement en la matière ?

### **Autres informations**



BOLMONT

Antoine

Octobre 2021

## Directeur d'Hôpital

Promotion 2020 - 2021

### **Territoires touristiques et organisation hospitalière : quels sont les enjeux de la saisonnalité de l'activité à l'hôpital en 2021 ?**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Sans objet.

#### **Résumé :**

Si la transmission de nombreux virus évolue de manière saisonnière ; la saisonnalité peut aussi toucher les hôpitaux pour des raisons non sanitaires, telles que les périodes de vacances scolaires. Or, les périodes marquées par d'importants flux touristiques mettent à l'épreuve les hôpitaux situés dans les territoires concernés. Divers entretiens réalisés avec des professionnels de santé travaillant dans ces zones ont alors servi de base de travail. Nous nous interrogeons sur les enjeux auxquels font face les hôpitaux afin de s'adapter aux fluctuations de la demande de soins. La gouvernance hospitalière médico-administrative a pour mission de construire des parcours de soins organisés permettant à chaque patient, touriste ou non, de bénéficier d'un service public hospitalier pleinement respectueux de ses principes. Les hôpitaux déploient diverses solutions que nous discutons afin d'optimiser l'organisation de la production des soins et l'utilisation du capacitaire. Nous proposons finalement que la saisonnalité devienne un mode de gestion des ressources hospitalières, qui sont toutes mises sous tension par ce phénomène. L'enjeu managérial majeur est alors de parvenir à développer une agilité et une souplesse organisationnelle.

#### **Mots clés :**

ADAPTABILITE - ACTIVITE - GOUVERNANCE - ORGANISATION -  
PARCOURS - RESSOURCES - SAISONNALITE - SERVICE PUBLIC  
HOSPITALIER - TOURISTES

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