



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2005

**L'impact de l'activité saisonnière sur
l'organisation et le fonctionnement
d'un EPS – l'exemple du Centre
hospitalier de Saint-Malo**

Pierre KERSAUZE

Remerciements

A l'équipe de Direction du Centre hospitalier de Saint-Malo pour sa disponibilité et pour sa relecture critique.

A M. Maxence Cormier pour ses précieux conseils méthodologiques.

A tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué par leurs informations et leurs analyses à enrichir ce travail.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
I. Les exigences posées par les principes applicables au service public hospitalier.....	2
II. La connaissance préalable des besoins sanitaires en période estivale	3
II.1 Tentative de mesure de l'ampleur du phénomène touristique	3
II.2 Données générales concernant les besoins de santé en période estivale	5
II.3 L'hypothèse d'une substitution de clientèle au Centre hospitalier de Saint-Malo...6	
A) Une origine géographique diversifiée	7
B) Une population plus jeune.....	7
C) Un recours accru au service d'accueil des urgences (SAU)	8
D) Un nombre de sorties du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) en augmentation modérée.....	9
E) Une légère augmentation du nombre de patients hospitalisés	10
F) Une réduction certaine de la durée moyenne de séjour (DMS)	11
G) Une structure d'activité modifiée	12
III. Problématique.....	13
IV. Méthodologie	14
1 LA PRISE EN COMPTE DE L'ACTIVITE SAISONNIERE DANS LA DETERMINATION DE L'OFFRE DE SOINS	
1.1 L'organisation globale de l'offre de soins.....	17
1.1.1 Une réflexion à mener dans le cadre régional	17
A) Une problématique « oubliée », notamment dans le cadre de la permanence des soins.....	17
B) Un nécessaire renforcement des coopérations	20
C) L'impact du changement de système de tarification.....	21
1.1.2 L'organisation estivale des fermetures de lits.....	24
A) Un événement déclencheur : la canicule de l'été 2003	25
B) Présentation des orientations nationales	26
C) Analyse du dispositif mis en place sur le secteur sanitaire n°6 de Bretagne... 26	
1.2 L'organisation interne de l'offre de soins	28
1.2.1 La question du dimensionnement des services.....	29
A) Le service d'accueil des urgences (SAU)	29

B) Les autres services	29
1.2.2 La rénovation du régime juridique des autorisations	31
A) Un régime inadapté.....	32
B) Un régime renouvelé.....	32
2 LA RECHERCHE D'UNE GESTION OPTIMALE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO	
2.1 La gestion des flux de patients.....	33
2.1.1 Le problème de la gestion des flux en amont des urgences	34
A) Une organisation insuffisante de la médecine d'urgence pré-hospitalière	34
B) une expérience originale en matière de politique de la clientèle : la mise en place d'un système d'interprètes	35
2.1.2 Le problème de la gestion des flux internes : les hospitalisations post-urgences	37
A) A la recherche d'un lit.....	37
B) Les hospitalisations en service inadéquat.....	39
C) La volonté de développer les admissions directes	44
2.2 La gestion contrainte des ressources humaines	45
2.2.1 La ressource humaine non médicale	45
A) Congés annuels et période estivale : cadre national, réalités locales	45
B) La politique de remplacement et de recrutement.....	51
2.2.2 La ressource humaine médicale.....	54
A) La planification des congés des praticiens.....	54
B) Le problème de l'organisation médicale des prises en charge dans les services d'urgence.....	56
2.3 La gestion des circuits de recouvrement	59
2.3.1 Présentation de la problématique	59
A) Le recouvrement ou la difficulté à concilier obligation d'accueil et obligation de payer à l'hôpital public.....	59
B) Créances irrécouvrables et activité saisonnière au Centre hospitalier de Saint-Malo	60
2.3.2 Mesures correctrices à engager dans le contexte de la T2A.....	62
CONCLUSION	67
Bibliographie	69
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ANV : Admissions en Non Valeur
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AS : Aide Soignant
ASH : Agent de Service Hospitalier
CSP : Code de la Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
GHS : Groupe Homogène de Séjours
HAS : Haute Autorité de Santé
IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MMG : Maison Médicale de Garde
PMT : Projet Médical de Territoire
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
RTT : Réduction du Temps de Travail
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité
UMGP : Unité de Médecine Gériatrique et Polyvalente
UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

INTRODUCTION

La canicule de l'été 2003 a contribué à mettre en exergue les difficultés d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux publics en période estivale : services d'accueil des urgences débordés, manque de lits d'aval, nécessité de rappeler du personnel en congés annuels... Les conséquences sanitaires du développement du tourisme et des migrations saisonnières n'ayant jamais été réellement envisagées (alors même qu'elles font l'objet d'une médiatisation non négligeable), cet épisode dramatique aurait pu venir opportunément nourrir une réflexion globale sur l'offre estivale de soins mais aussi, le cas échéant, sur la réactivité de l'institution hospitalière face à des mouvements de population prévisibles. Malheureusement, cette réflexion s'est essentiellement focalisée sur l'analyse du phénomène des fermetures temporaires de lits dans les grandes agglomérations, analyse qui ne permet pas d'appréhender dans son intégralité le champ d'action des responsables hospitaliers confrontés à l'afflux saisonnier de population. Les effectifs, médicaux et non-médicaux étant, l'été, en «flux tendus» dans la quasi-totalité des hôpitaux, la fermeture de lits est devenue en quelques années la seule «variable d'ajustement». Reste que certains établissements ne peuvent se l'approprier compte tenu de leur activité saisonnière, activité qui, si elle est «simplement» maintenue au cours des mois d'été dans certains cas, augmente sensiblement dans d'autres. Autrement dit, les mesures mises en œuvre exceptionnellement à l'occasion de la canicule ne sont que des mesures de gestion courante pour la plupart des établissements régulièrement confrontés à un surcroît d'activité en saison.

Les hôpitaux publics disposent d'un cadre général commun pour organiser une réponse sanitaire à bref délai face à des événements imprévisibles : plan blanc en cas d'afflux de victimes, plan rouge en cas de risques nucléaires, radiologiques, biologiques ou chimiques et, désormais, plan bleu en cas d'alerte canicule. En revanche, ils jouissent d'une importante autonomie pour organiser leur fonctionnement quotidien sur la base de leur connaissance des besoins de la population. Cette marge de manœuvre, qui découle de leur statut d'établissement public, peut paraître surprenante en ce sens qu'elle impose un traitement local de problématiques qui pourraient (devraient ?) être appréhendées à un niveau macroscopique. En effet, l'activité saisonnière n'est pas un épiphénomène qui ne concernerait de façon marginale que quelques établissements mais un mouvement récurrent dont il pourrait être judicieux d'avoir une vision globale, au moins au niveau régional. Ce mouvement est, en outre, une parfaite illustration de l'adaptation constante du service public hospitalier aux contraintes de son environnement.

I. Les exigences posées par les principes applicables au service public hospitalier

La nécessité de tout mettre en œuvre au sein d'un hôpital public pour gérer un surcroît d'activité dans des conditions de fonctionnement satisfaisantes découle de deux des trois principes fondateurs du service public : la continuité et la mutabilité. Ces principes s'appliquent explicitement aux établissements publics de santé ainsi qu'aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier depuis la loi du 31 décembre 1970 qui, précisément, a créé le service public hospitalier.

Le principe de continuité impose un fonctionnement ininterrompu de l'institution hospitalière. Il fonde les restrictions apportées à l'exercice du droit de grève par les personnels des EPS en imposant le respect d'un service minimum¹ que seul le Directeur peut décider (CE, 14 octobre 1977, *Syndicat CGT et CFDT*) sous le contrôle du juge de l'excès de pouvoir (contrôle limité à l'erreur manifeste d'appréciation). Il implique le respect de contraintes en termes d'organisation et de fonctionnement, contraintes qui apparaissent d'autant plus rigoureuses lors de la période estivale que l'obligation de maintien de la continuité de l'ensemble des services se révèle parfois particulièrement difficile à assurer. Toutefois, le service minimum se limite aux seuls services dont le fonctionnement ne saurait être interrompu sans risque sérieux, ce qui exclut, par exemple une recette de consultations externes (CE, 16 juin 1982, *CH de Forbach*).

Consacré, aux côtés des principes d'égalité et de continuité comme l'une des trois lois de Rolland, le principe de mutabilité signifie que « le régime des services publics doit pouvoir être adapté chaque fois qu'il le faut, à l'évolution des besoins collectifs et aux exigences de l'intérêt général »². Aucun obstacle d'ordre juridique ne doit empêcher les mutations de se réaliser. Sur un plan pratique, cela peut se traduire par des transferts de personnels suite à des restructurations hospitalières. Cela nous amène à l'interrogation suivante : le droit positif permet-il aux hôpitaux publics de s'adapter aux variations saisonnières de l'activité ?

Il n'est pas rare de voir stigmatisées les rigidités de services publics qui seraient incapables d'épouser l'air du temps. Ainsi, à titre d'exemple, le statut de la fonction publique hospitalière serait plus protecteur des droits des agents que soucieux des attentes des usagers : les congés annuels des agents seraient-ils prioritaires par rapport

¹ Pour une illustration : CE, 7 janvier 1976, *CHR d'Orléans*

² CHAPUS R., *Droit administratif général*. Paris : Monchrestien, 2002

aux nécessités de service ? Autrement dit, le cadre juridique applicable permet-il aux établissements publics de santé de répondre aux besoins de la population ou impose-t-il aux patients de s'adapter aux contraintes de l'institution hospitalière ? La réponse à cette interrogation amène à analyser, d'une part, l'organisation de l'offre de soins et, d'autre part, les mesures de gestion décidées en interne.

Une fois déterminées les obligations qu'imposent les principes juridiques, il est ensuite nécessaire d'avoir une connaissance précise de la population accueillie en saison estivale sur Saint-Malo et ses environs dans la mesure où cette connaissance est indispensable à la mise en œuvre de réponses véritablement en adéquation avec les besoins objectifs recensés.

II. La connaissance préalable des besoins sanitaires en période estivale

Avant d'envisager toute organisation spécifique, il apparaît indispensable de quantifier le phénomène touristique et surtout de mieux connaître les besoins sanitaires des vacanciers. Il se pourrait que certaines des intuitions qui alimentent notre hypothèse principale –une clientèle jeune et active se substituerait à une clientèle plus âgée souffrant de polyopathologies- ne résistent pas à l'analyse chiffrée.

La connaissance de ces besoins repose sur deux éléments : une estimation de l'ampleur du phénomène touristique et une analyse de la clientèle admise en saison.

II.1 Tentative de mesure de l'ampleur du phénomène touristique

Il ne s'agit pas là d'analyser en détail le phénomène touristique mais simplement d'en prendre la mesure en prenant en considération toute une série de variables qui permettent de s'en faire une représentation suffisamment précise.

Chargée d'histoire, Saint-Malo, ville natale de Chateaubriand, a su renaître de ses cendres, après guerre, pour devenir l'une des plus grandes cités touristiques de France. A côté de son patrimoine historique et culturel, le territoire de Saint-Malo Agglomération (76500 habitants, 17 communes) est doté d'un patrimoine naturel exceptionnel offrant une perspective unique sur la mer : la côte de Cancale à Saint-Malo, l'estuaire de la Rance, la baie du Mont-Saint-Michel. Néanmoins, si l'attractivité et la notoriété de Saint-Malo et de

ses environs sont indéniables, le phénomène touristique n'en est pas moins difficile à mesurer.

Ainsi, si le nombre d'habitants vivant à l'année dans la Cité corsaire ne dépasse guère les 50.000 (50.675 habitants au recensement de 1999), il est estimé que la population malouine est multipliée par quatre durant la période allant du 14 juillet au 15 août. Par ailleurs, on évalue entre 2 millions et 2,5 millions le nombre de visiteurs annuels intramuros, la clientèle française étant représentée à hauteur de 80% et la clientèle étrangère à hauteur de 20% (dont 33% provient de Grande-Bretagne). Pour autant, de telles affirmations sont assez délicates à étayer précisément tant la mesure des flux touristiques se heurte à des difficultés pratiques.

S'il n'est pas possible de connaître avec exactitude le nombre et la répartition spatio-temporelle des touristes, plusieurs sources de données permettent cependant de mieux connaître l'impact du tourisme :

- la capacité d'accueil

La capacité d'accueil marchande est constituée de 102 hôtels homologués représentant 1.189.539 nuitées en 2003, de gîtes et chambres d'hôtes ainsi que de 31 campings représentant 10768 places. La capacité d'accueil non marchande est constituée de 8584 résidences secondaires, à rapporter aux 50.000 habitants « permanents ».

- la part de l'emploi « touristique » dans l'économie locale

Le tourisme représente 2202 emplois salariés directs en moyenne annuelle et jusqu'à 4623 emplois en haute saison. Avec Auray (Morbihan), Saint-Malo est la zone d'emploi où la part de l'emploi touristique dans l'emploi total est le plus important de Bretagne, région touristique par excellence.

	Estimation de l'emploi			Emploi touristique/emploi total	
	Sur l'année	9/07 au 19/08	Coef.de variation	Moy.sur l'année	10/07 au 20/08
Zone d'emploi de Saint-Malo	2202	4623	2.1	6.9%	13.2%
Ille-et-Vilaine	5814	11642	2.0	1.9%	3.7%
Bretagne	24016	54181	2.3	2.8%	6%

Source : *guide économique de Saint-Malo agglomération, 2005*

- la fréquentation des sites (avec droit d'accès).

A titre d'exemple, l'Aquarium de Saint-Malo a accueilli 360.000 visiteurs en 2003.

- la fréquentation des manifestations culturelles et sportives

Le festival littéraire « Etonnants voyageurs » accueille environ 50.000 visiteurs et le festival de bandes dessinées « Quai des bulles » environ 25.000 visiteurs. 5616 sportifs et 50.000 spectateurs participent au marathon de la Baie du Mont-Saint-Michel. La Route du rock (festival de musique) attire environ 25.000 spectateurs. En 2002, la Route du Rhum (départ de la célèbre course à la voile) avait réuni environ 300.000 personnes au village.

On assiste, par ailleurs, à un double phénomène susceptible d'accroître la clientèle hors saison.

D'une part, les courts séjours se multipliant, la fréquentation sur Saint-Malo et sa région est notable, au-delà des deux mois d'été, d'avril à octobre. Il s'agit là d'une mutation sociale -encouragée par l'aménagement et la réduction du temps de travail- d' autant plus remarquable qu'il y a de cela 25 ans, plus de 80% des départs en vacances avaient lieu en juillet et août.

D'autre part, Saint-Malo peut compter sur le tourisme d'affaires (les salons professionnels) : le Palais du Grand Large accueille 130 à 160 manifestations par an, près de 250.000 congressistes et plus de 115.000 visiteurs (chiffres 2003) . C'est l'un des rares centres de Congrès en France à parvenir à l'équilibre financier.

La forte attractivité de Saint-Malo et de ses environs devrait encore se renforcer dès décembre 2005 avec l'arrivée des premiers TGV directs en provenance de Paris même si, malheureusement, peu d'études ont été réalisées concernant l'impact des infrastructures sur les flux de population.

Pour autant, il est peu vraisemblable que l'explosion du nombre d'habitants sur le bassin malouin se traduise par une recrudescence proportionnelle des besoins de santé.

II.2 Données générales concernant les besoins de santé en période estivale

Il existe peu d'études sur les besoins de santé de la population l'été. En outre, les biais statistiques sur de telles études sont non négligeables compte tenu du fait, par exemple, que certaines franges de la population sont sous-représentées dans l'échantillon des vacanciers. Toutefois, sur la base de deux études publiées en 1996³ et 1997⁴ par le CREDES, il est possible de dégager les éléments suivants :

³ LE PAPE A., *Santé et départ en vacances : Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*. CREDES, 1996.

- le taux de recours aux soins est moindre l'été et chez les vacanciers

L'été, le taux de recours aux médecins, notamment aux spécialistes, accuse une baisse supérieure à 10%. Ceci peut s'expliquer par une disponibilité moindre, tant des patients que des praticiens. La consommation pharmaceutique est également en baisse, de l'ordre de 8%.

Le taux d'hospitalisation est quatre fois plus important chez ceux qui ne partent pas en vacances. Cependant, il n'y a pas de fortes variations des fréquences d'hospitalisation, par âge et par sexe, l'été.

- la morbidité des vacanciers est moindre

D'une part, l'état de santé est un facteur déterminant dans la décision de partir en vacances. Ainsi, les personnes âgées constituent la catégorie de la population qui part le moins en vacances. D'autre part, les vacanciers bénéficient de revenus plus élevés. Or, la qualité de vie et la santé des catégories socio-professionnelles les plus aisées sont meilleures comme en témoignent les écarts significatifs existant en France entre cadres et ouvriers en matière d'espérance de vie.

- le nombre de maladies se déclarant en été est beaucoup plus faible l'été que le reste de l'année

Seules les lésions traumatiques sont plus nombreuses.

Ces observations sont-elles corroborées par les données empiriques disponibles au Centre hospitalier de Saint-Malo ? S'il n'est pas possible de recouper l'ensemble de ces observations, il est, en revanche, possible de dégager les particularités de la clientèle estivale par rapport à la clientèle habituelle du Centre hospitalier. Ces particularités seront également mises en perspective par rapport à l'expérience d'autres établissements.

II.3 L'hypothèse d'une substitution de clientèle au Centre hospitalier de Saint-Malo

Au vu des éléments présentés ci-dessus – explosion du nombre d'habitants mais besoins sanitaires des estivants *a priori* moindres que ceux des autochtones durant le reste de l'année-, quelles sont les caractéristiques de la population accueillie au Centre hospitalier de Saint-Malo ?

⁴ LE PAPE A., *Morbidité et consommation médicale en été*. CREDES, 1997.

A) Une origine géographique diversifiée

Pôle de référence du secteur sanitaire 6 de Bretagne, le Centre hospitalier de Saint-Malo dispose d'un service d'accueil des urgences (SAU). Le SAU reçoit durant la moitié de l'année (octobre à mars) une population issue du secteur sanitaire 6 à plus de 90%. Cette proportion tombe à 63% au mois d'août. Elle tombe même à 56% sur les seuls soins externes ; autrement dit, l'été, près d'un patient sur deux pris en charge en externe au SAU n'est pas un habitant de la région malouine. Au cours de la période estivale, la proportion de patients issus du secteur sanitaire 5 (Rennes) double, passant de 3% à 6% : cela s'explique aisément par le fait que Saint-Malo et ses environs attirent nombre de Rennais qui y disposent d'une résidence secondaire ou, tout simplement, souhaitent profiter de l'environnement côtier. La proportion de patients non issus de la Bretagne ou en provenance de l'étranger triple par rapport à la moyenne mensuelle (11%) voire quadruple par rapport à la médiane mensuelle (8%), s'établissant entre 20% et 25% en juillet et entre 25 et 30% en août.

Un fort pourcentage de malades étrangers au secteur sanitaire ne suffit pas à apporter la preuve de la présence de vacanciers dans la mesure où un établissement, de par sa taille ou sa réputation, peut attirer à lui une frange conséquente de population limitrophe. Néanmoins, il est possible d'affirmer que ce n'est pas le cas du Centre hospitalier de Saint-Malo et du secteur sanitaire 6 qui se caractérisent, selon les chiffres en possession de l'ARH, par le taux de fuite le plus important de la région après celui du secteur sanitaire 8⁵.

B) Une population plus jeune

La moyenne d'âge des patients du Centre hospitalier est également plus faible sur la même période. Si l'écart à la moyenne n'excède généralement pas deux ans (38,5 ans à 40,5 ans), l'écart entre les extrêmes (mois d'hiver et mois d'été au sens large) dépasse les 3 ans en hospitalisation et approche les 5 ans pour les passages externes au SAU. On note un écart similaire lors de certains évènements sportifs comme le marathon du Mont-Saint-Michel.

⁵ Le secteur sanitaire n°8 présente d'ailleurs la particularité de ne regrouper qu'environ 150.000 habitants (habitat rural dispersé, absence de grandes villes) alors que le seuil de création d'un secteur est fixé à 200.000 habitants par un arrêté du 5 mai 1992. L'existence de ce secteur tient donc davantage à des exigences d'aménagement du territoire qu'à une nécessité sanitaire.

Ce « rajeunissement » de la clientèle est en partie lié à une présence accrue d'enfants qui, semble-t-il, sont davantage victimes d'accidents domestiques, de brûlures ou d'intoxications médicamenteuses (produits mal rangés et/ou mal surveillés, notamment en camping) en cette période de l'année.

Il peut également tenir à un facteur d'ordre sociologique : le fait que les personnes âgées du secteur malouin soient mieux entourées par leurs proches l'été limite vraisemblablement leur recours à l'hôpital.

C) Un recours accru au service d'accueil des urgences (SAU)

De l'avis des médecins, la surfréquentation du SAU est à mettre en lien avec la population accueillie. Elle tient au fait que les estivants n'ont aucune connaissance au préalable de l'offre de soins sur Saint-Malo et ses environs. Par conséquent, le SAU constitue la porte d'entrée naturelle au sein du système de santé. Cette problématique sera développée ultérieurement dans le cadre de la permanence des soins.

Seul le SAU doit faire face à un accroissement très significatif de son activité qui, sur une journée peut être multipliée par trois avec des pics ponctuels aux alentours de 150 passages lors du 14 juillet ou du 15 août . Le nombre moyen de passages mensuels hors mois d'été est d'environ 2250 (80 passages/jour). En juillet et août, ce chiffre s'établit autour d'une moyenne de 3200 (103 passages / jour). Une augmentation similaire est observée au Centre hospitalier intercommunal de la Côte basque - hôpitaux de Bayonne et de Saint-Jean-de-Luz- qui réalise près de 22% des passages aux urgences aux mois de juillet et août. En revanche, une augmentation très supérieure est enregistrée au Centre hospitalier des Sables d'Olonne qui fait plus que doubler son activité moyenne. Quant à l'UPATOU de Concarneau, son taux de passages en juillet et août atteint les 28%.

A l'inverse, les Centres hospitaliers des grandes villes enregistrent une diminution plus ou moins sensible de l'activité des urgences. Par exemple, aux Hospices civils de Lyon, l'activité estivale du SAU est sensiblement inférieure à la moyenne.

L'urgence est le mode d'entrée à l'hôpital le plus fréquent pour les vacanciers. Pour autant, ces derniers souffrent de pathologies qui, bien souvent, ne nécessitent pas une hospitalisation (« bobologie », coup de chaleur lié à une exposition trop longue au soleil, problèmes dermatologiques...). De fait, il est remarquable de noter que les deux mois d'été se traduisent par une modification de la nature de l'activité du SAU. Alors que,

durant les autres mois de l'année, le taux de passages externes est voisin de 60%, il atteint 67% en été au Centre hospitalier de Saint-Malo. L'écart est encore plus significatif au Centre hospitalier des Sables d'Olonne où ce taux, habituellement de l'ordre de 75%, avoisine les 85% au mois d'août. Remarquons, à ce propos, l'écart existant entre le taux d'hospitalisation au SAU de ces deux établissements. Si une étude de la MEAH a confirmé le caractère élevé du taux d'hospitalisation au Centre hospitalier de Saint-Malo par rapport aux autres établissements de l'échantillon, il n'en demeure pas moins que ce taux est voisin de celui observé dans les hôpitaux bretons sièges d'un SAU.

Cette modification de la nature de l'activité au profit des passages externes est une donnée constante qui semble être caractéristique de la population «de passage ». En effet, lors des manifestations culturelles et sportives évoquées ci-dessus, on observe une augmentation systématique et notable du nombre de passages externes parallèlement à une stagnation du nombre d'hospitalisations. Or, à l'exception de la Route du rock, ces manifestations n'ont pas lieu pendant les mois d'été mais en-dehors de la pleine saison (mai, juin ou octobre).

On observe également une augmentation non négligeable des passages nocturnes : il y avait, en 2004, plus de 50% de passages supplémentaires entre 21h et 8h sur les mois de juillet et août par rapport à la moyenne des dix autres mois de l'année (804 contre 534) alors que l'augmentation était limitée à 25% en journée (2334 contre 1878).

D) Un nombre de sorties du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) en augmentation modérée

Quoique progressant régulièrement chaque année, l'activité du SMUR n'augmente que modérément l'été⁶. Ainsi, le SMUR de Saint-Malo réalise en moyenne autour de 75 sorties par mois. Certes, le nombre de sorties est plus proche de 90 en été mais, par exemple, en décembre 2004, le nombre de sorties était de 97. Cela corrobore le fait que la hausse de l'activité au SAU l'été n'est pas liée à la multiplication des cas d'urgence vitale. D'ailleurs, pour prendre un exemple concret, celui des accidents de la circulation avec atteinte aux personnes, on se rend compte à la lecture des chiffres fournis par la Direction

⁶ Cette observation ne saurait être généralisée dans la mesure où, par exemple, le SMUR du Centre hospitalier des Sables d'Olonne réalise 20 à 30 sorties mensuelles supplémentaires durant les mois de juillet et août et celui du Centre hospitalier de Royan réalise quatre sorties journalières sur deux mois contre deux sorties journalières sur dix mois.

Départementale de l'Équipement que l'augmentation du nombre d'accidents durant les mois d'été est sans commune mesure avec l'afflux de touristes.

Deux autres explications peuvent être également avancées. D'une part, l'hypothèse de la qualité de la régulation est la plus fréquemment avancée par les urgentistes. Il est vrai que l'on constate des différences flagrantes d'un SAMU à l'autre, différences mises en exergue par une enquête menée pour l'Assurance maladie par le service médical régional de Bretagne à l'initiative de Madame la Directrice de l'ARH⁷. Ainsi, si les SAMU de Rennes (Ille-et-Vilaine) et de Saint-Brieuc (Côtes d'Armor) ont traité un nombre similaire d'affaires en 2003 (environ 116.000⁸), le nombre de sorties SMUR pour 1000 habitants est de 2.5 points plus faible en Ille-et-Vilaine. D'autre part, un second élément explicatif est l'amélioration considérable de la qualité des infrastructures comme en témoigne la transformation en deux fois deux voies de l'axe Dinan / Dol de Bretagne / Mont-Saint-Michel très fréquenté en période estivale et particulièrement accidentogène auparavant.

E) Une légère augmentation du nombre de patients hospitalisés

En 2003 et 2004, le nombre d'hospitalisations supplémentaires par le SAU enregistrées quotidiennement au cours des deux mois d'été s'est élevé à 3 (34 et 35 contre 31 et 32 en moyenne). Cependant, le taux d'hospitalisation par le SAU étant également plus élevé en juillet et août (55% contre 50% en moyenne), le nombre total d'hospitalisations se situe dans la moyenne habituelle au Centre hospitalier ; ce qui explique partiellement le fait que le nombre de transferts vers d'autres établissements (CHU de Rennes ou structures SSR) demeure également stable. Certains établissements comme le Centre hospitalier de Perpignan connaissent une recrudescence du nombre d'hospitalisations : compris entre 3000 et 3500 par mois en moyenne, ce chiffre a bondi à 4200 en juillet et 4350 en août 2002. A l'inverse, d'autres connaissent un recul sensible de leur activité en hospitalisation, notamment dans les grandes villes.

Cette relative stabilité du nombre d'hospitalisations à Saint-Malo plaide plutôt pour l'hypothèse selon laquelle le taux de recours aux soins est moindre chez les vacanciers. Elle s'inscrit, cependant, en apparente contradiction avec ce que pouvait écrire Bruno

⁷ Publication du 20 septembre 2004, disponible sur le site Internet de l'ARH.

⁸ Le nombre total d'affaires traitées pour 1000 habitants est de 213 à Saint-Brieuc contre 133 à Rennes, ce qui signifie que le taux de recours au Centre 15 connaît des variations importantes d'un département à l'autre.

Dumas en 1978 : « la fréquentation hospitalière des touristes semble être plus que proportionnelle au nombre de vacanciers résidant dans la région » ou encore « les touristes fréquentent l'hôpital plus que la population locale »⁹. M. Dumas écrivait alors que ce constat tenait vraisemblablement au fait que les vacanciers constituaient une population à risques (ce qui est toujours vrai sur le plan des prises en charge en traumatologie) et une population exposée à des conditions de vie plus précaires. Cette dernière hypothèse est sans doute historiquement datée : même si le confort est moindre en vacances, les installations municipales, l'hygiène dans les campings ou le conditionnement des aliments ont beaucoup progressé.

Sans qu'il soit possible de faire de cette réflexion une réalité absolue du fait des difficultés d'interprétation - il faudrait, par exemple, rétrospectivement mettre en corrélation l'activité du service avec les congés annuels des praticiens -, il apparaît que les taux d'occupation des services de médecine sont globalement en recul et que les taux d'occupation en chirurgie stagnent ou ne progressent que légèrement.

F) Une réduction certaine de la durée moyenne de séjour (DMS)

La réduction sensible de la DMS (-0,2 jours) est une donnée remarquable. En effet, cette réduction concerne l'ensemble des services. On peut relier cette réduction à la baisse de l'âge moyen des patients admis en hospitalisation ainsi qu'au fait que les cas traités sont souvent moins lourds. Il est d'ailleurs intéressant de noter que, pour une catégorie de population donnée (les patients du secteur ou les étrangers), la DMS est équivalente quel que soit le mois concerné. On peut en déduire que la réduction de la DMS provient non pas directement de la période considérée qui serait vectrice de pathologies dont la rémission est plus courte mais de la déformation de la structure de la clientèle au profit des patients hors secteur, plus jeunes, dont les motifs de recours à l'hôpital sont différents.

Ainsi, lorsque l'on s'intéresse à l'activité de la chirurgie orthopédique et traumatologique, on s'aperçoit que si le nombre total d'interventions au bloc opératoire augmente durant la période estivale, le nombre de K+KC produits diminue¹⁰. Cet effet ciseaux illustre bien les particularités de la clientèle saisonnière.

⁹ DUMAS B., *L'hôpital en vacances ou l'influence du phénomène touristique sur l'activité et les structures hospitalières*, Mémoire de fin d'assistantat, ENSP, octobre 1978.

¹⁰ Exemple : en juillet 2004, 204 interventions au bloc et 13791 K+KC produits ; en janvier 2004, 157 interventions au bloc et 14781 K+KC produits.

Ce constat est corroboré par les données transmises par d'autres établissements. Ainsi, au Centre hospitalier des Sables d'Olonne, la réduction de la DMS parallèle à l'augmentation du nombre d'hospitalisations a permis d'éviter toute pression supplémentaire sur les capacités d'hospitalisation.

Cette explication – déformation de la structure de la clientèle - apparaît plus convaincante que celle, parfois avancée, d'une efficience plus grande des services qui, confrontés à un surcroît d'activité, mettrait tout en œuvre pour améliorer le turnover des patients. Toutefois, cette dernière hypothèse ne saurait être totalement écartée...

G) Une structure d'activité modifiée

Si l'activité estivale en hospitalisation n'est que légèrement supérieure à la moyenne mensuelle - entre 1900 et 1960 hospitalisations pour une moyenne mensuelle qui s'établit à 1870 -, l'augmentation de l'activité en chirurgie est significative. A titre d'exemple, l'activité de chirurgie orthopédique au mois d'août 2004 est de 30 à 40% supérieure à celle de janvier ou février 2004 et 2005. Et cette augmentation tient essentiellement à la présence des estivants.

Alors qu'en moyenne, l'activité du Centre hospitalier de Saint-Malo est assurée à plus de 90% par des patients du secteur sanitaire 6, plus de 25% de l'activité de chirurgie orthopédique provient l'été de patients hors secteur et étrangers. Cette proportion approche même les 35% en pédiatrie et dépassent les 20% en réanimation médicale. A l'inverse, moins de 5% de l'activité de SSR est liée à des patients hors secteur.

De façon intuitive, on peut avancer l'idée que ce recours accru à l'orthopédie tient au fait que les estivants pratiquent des activités sportives à risques, génératrices de traumatismes, parfois sans connaissance suffisante du milieu dans lequel ils évoluent et parfois également sans préparation physique suffisante.

Quant au recours accru au service de pédiatrie, le chef de service estime que l'on hospitalise davantage quand les enfants sont en camping (conditions de vie plus précaires), quand les parents n'ont pas de véhicule personnel et n'habitent pas à proximité du Centre hospitalier de Saint-Malo ou encore quand les enfants sont confiés à des tiers (famille élargie, colonies de vacances...). Le service assure également le suivi de quelques enfants victimes de pathologies lourdes qui viennent en vacances dans la région (cancérologie, hémophilie, déficit immunitaire...) En revanche, contrairement à l'hiver (bronchiolite), il n'y a habituellement pas d'épidémie particulière l'été.

Cette observation est très largement retrouvée dans d'autres établissements situés en zone côtière. Par exemple, le Centre hospitalier de Royan reçoit une clientèle issue de l'étranger et de départements autres que la Charente maritime à hauteur de 10% de son activité. Pour autant, ces patients représentent près de 20% des patients de réanimation et près de 16% des patients de soins intensifs de cardiologie contre moins de 4% des patients de SSR.

Une modification substantielle de la structure de la clientèle du Centre hospitalier de Saint-Malo a donc bien lieu sans qu'il soit possible de parler de substitution de clientèle. En tout état de cause, cette connaissance affinée de la clientèle accueillie est indispensable à la mise en place de mesures susceptibles d'assurer une réponse de qualité aux besoins de la population.

III. Problématique

Sur la base de la connaissance des besoins sanitaires des estivants, quelles solutions ont été adoptées ? sont-elles appropriées ? quelles pistes de réflexion peuvent être avancées afin d'améliorer la prise en charge de l'activité saisonnière ?

Ces questions seront abordées sous le double angle de l'organisation externe et de l'organisation interne.

D'une part, la réponse sanitaire aux besoins évoqués antérieurement s'inscrit dans un cadre territorial qui dépasse le bassin d'attraction d'un établissement. Il s'agit à ce stade de répondre à la question suivante : comment l'organisation sanitaire répond-elle à l'afflux de touristes ?

L'organisation externe renvoie à la planification sanitaire entendue au sens large : les dispositions des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS), le régime des autorisations ou le dispositif de planification des fermetures de lits permettent-ils une mise en adéquation satisfaisante des moyens de l'offre de soins régionale et sectorielle au vu des nécessités sanitaires des migrants qui, nous l'avons vu, présentent certaines particularités (recours fréquent aux services d'urgence, recours moindre à l'hospitalisation...) ?

D'autre part, cette réponse sanitaire exige, à l'évidence, un engagement volontariste de la part des établissements de santé situés en zone touristique confrontés à un « effet ciseaux » entre l'afflux de population et les départs en congés des personnels.

L'organisation interne renvoie aux outils juridiques à disposition des directeurs d'hôpital : leur confèrent-ils une marge de manœuvre suffisante pour adapter le fonctionnement interne de leurs établissements ? Bien entendu, les potentialités offertes par le droit seront étudiées à la lumière des contingences propres au Centre hospitalier de Saint-Malo, terrain d'étude de ce mémoire.

Nous verrons que l'activité saisonnière a des conséquences sur le fonctionnement général de l'hôpital. A ce titre, l'épisode exceptionnel de la canicule est, en quelque sorte, le quotidien du Centre hospitalier de Saint-Malo en période estivale. Cette activité saisonnière impacte l'ensemble des directions fonctionnelles : direction des soins et direction des ressources humaines pour la gestion du personnel (congés, recrutements, organisation de la présence soignante dans les services...), direction des affaires médicales (couverture médicale, gestion des inadéquations médicales, congés...), direction des finances (valorisation de l'activité, recouvrement...), direction de la clientèle (politique d'accueil). Nous ne traiterons pas, toutefois, de l'impact logistique et technique qui – à tout le moins au Centre hospitalier de Saint-Malo – apparaît mineur. Celui-ci se limite à l'impossibilité de réaliser des travaux de maintenance ou d'entretien compte tenu de l'absence de fermetures de services ; ce qui n'amène pas de commentaire particulier.

IV. Méthodologie

Ce travail a été mené à bien en utilisant des méthodes d'investigation classiques : recherches bibliographiques, analyse de la réglementation applicable et de la jurisprudence, entretiens téléphoniques et entretiens *in situ* reposant sur une grille commune figurant en annexe, analyse approfondie des données d'activité dont des extraits figurent également en annexe, étude des notes de service, lecture des rapports de gestion, des rapports d'activité et des bilans sociaux des dernières années, recensement des dispositifs mis en place au cours des dernières années et ajustements...

Ce travail est essentiellement axé sur le cas du Centre hospitalier de Saint-Malo. Néanmoins, la validation de certaines hypothèses de travail présentées en introduction ainsi que la mise en perspective de certaines décisions de gestion a conduit à recourir à une approche comparative. Parmi les établissements contactés, on peut citer le Centre hospitalier des Sables d'Olonne, le Centre hospitalier de Royan, le Centre hospitalier

universitaire de Nice, le Centre hospitalier intercommunal de la Côte basque ou encore le Centre hospitalier du Mans et les Hospices civils de Lyon.

La principale difficulté méthodologique dans la construction de ce travail a été l'insuffisance de documents de référence, tant sur le plan externe que sur le plan interne. Sur le plan externe, le manque de références bibliographiques sur ce thème est patent. Sur le plan interne, la culture orale de l'établissement a rendu parfois difficile l'appréciation sur un temps long de certaines évolutions. Il n'y a donc pas à proprement de « mémoire de l'établissement » mais plutôt toute une série d'éléments épars, d'interprétation souvent difficile. Par ailleurs, si les différents problèmes auxquels est confronté l'établissement sont généralement bien identifiés, les mesures correctrices mises en œuvre ne reposent pas systématiquement sur un diagnostic précis et partagé mais plutôt sur des présomptions, des intuitions dont la justesse est indiscutable mais qui n'ont pu faire l'objet d'une analyse approfondie et donc d'une véritable objectivation, faute de temps. Enfin, certaines requêtes se sont heurtées aux potentialités limitées de certains systèmes d'informations et ont nécessité un travail de traitement particulièrement chronophage (exemple : analyse titre par titre des créances admises en non-valeur ou des restes à recouvrer).

Notre analyse est essentiellement axée sur l'été entendu comme se limitant aux mois de juillet et d'août. Néanmoins, pour les besoins de la démonstration ou en fonction des données disponibles, « l'été » peut s'étendre aux mois de juin et de septembre. Dans ce cas, la période concernée est systématiquement mentionnée.

1 LA PRISE EN COMPTE DE L'ACTIVITE SAISONNIERE DANS LA DETERMINATION DE L'OFFRE DE SOINS

1.1 L'organisation globale de l'offre de soins

L'afflux de touristes doit-il avoir une influence sur l'évaluation des besoins hospitaliers ou le tourisme constitue-t-il un simple élément saisonnier pour lequel des solutions ponctuelles et locales doivent être trouvées ?

S'il s'agit d'un objectif que l'on peut juger non prioritaire au regard d'autres besoins sanitaires, il n'en demeure pas moins que l'activité estivale devrait faire l'objet d'une réflexion dans les régions touchées par le phénomène touristique.

1.1.1 Une réflexion à mener dans le cadre régional

- A) Une problématique « oubliée », notamment dans le cadre de la permanence des soins

On ne peut que regretter que les SROS de deuxième génération n'aient pas pris en compte les importants mouvements de population enregistrés en saison et leur impact sur les établissements situés en zone touristique. Quant aux SROS de troisième génération¹¹, ils contiennent des potentialités, mais, à tout le moins sur la région Bretagne, elles ne semblent pas s'être concrétisées. En effet, les SROS3 se déclinent autour de quatre priorités –une meilleure évaluation des besoins de santé, une plus grande prise en compte de la dimension territoriale, une association plus étroite des acteurs, une véritable animation de leur mise en œuvre sur chaque territoire de santé- qui laissent espérer une meilleure intégration des enjeux de l'activité saisonnière. En outre, sur chaque territoire, les orientations générales du SROS doivent se traduire par un projet médical de territoire (PMT) susceptible de renforcer l'aspect qualitatif du SROS¹². Cependant, les débats

¹¹ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

¹² La création du PMT couplée à la disparition de la carte sanitaire et des indices de besoins prévue par l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du

préparatoires qui ont présidé à l'élaboration du PMT n'ont pas été l'occasion d'une véritable réflexion sur une meilleure prise en charge sanitaire en cas d'afflux de population saisonnière.

En fait, sur le secteur malouin (secteur sanitaire 6 de Bretagne), cette question n'a été abordée que dans le cadre de la permanence des soins. Ainsi, les débats relatifs à la future maison médicale de garde (MMG) menés en Comité Technique Régional (COTER) et en conférence sanitaire de secteur (CSS) ont pu permettre de s'interroger sur l'opportunité de sa localisation dans une zone située à l'écart des flux de touristes (dans les locaux de la clinique de la Côte d'Emeraude en zone industrielle) alors même qu'il est recommandé qu'une telle structure se situe à proximité immédiate du SAU. N'ayant, a priori, aucune connaissance préalable de l'offre de soins sur leur lieu de vacances, les touristes se rendent très majoritairement au Centre hospitalier qui bénéficie généralement d'une notoriété plus grande et d'une signalétique meilleure que les petites structures. Par conséquent, pour être aisée à localiser, il apparaît souhaitable que la MMG soit adossée au Centre hospitalier ou, à défaut, installée dans un bâtiment proche, accessible à pied. En outre, une telle localisation permettrait de réorienter des patients du SAU vers la MMG sans que soient soulevées de trop importantes questions de responsabilité et de transport.

Quelle que soit sa localisation future, la MMG présente, cependant, l'intérêt d'offrir une alternative lisible pour les patients. En période estivale, elle pourrait, par exemple, permettre d'accueillir une population d'estivants qui arrivent au SAU avec des pathologies bénignes et ne souhaitent pas attendre. Reste que les horaires d'ouverture récemment définis dans le cadre du cahier des charges des MMG rédigé par le bureau national du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), financeur des MMG, risquent encore de limiter l'intérêt des MMG, ces dernières ne devant pas fonctionner après minuit ni les week-ends¹³. Cela signifie que, désormais, les MMG n'assureront plus la garde médicale au sens réglementaire du terme, c'est-à-dire entre 20h et 8h.

Il apparaît donc que le principal document de planification régionale (le SROS) ne comporte aucune préconisation propre à permettre une meilleure régulation de l'activité saisonnière. On peut certes en avoir une lecture positive en soulignant qu'aucune disposition n'interdit la mise en place d'organisations temporaires. Néanmoins, on imagine

fonctionnement du système de santé permettent d'opérer le passage d'une planification sanitaire essentiellement quantitative vers une planification sanitaire plus qualitative.

¹³ Leur accès ne serait également plus direct pour l'utilisateur qui serait dans l'obligation de passer par le Centre 15.

aisément que, en l'absence de « bases juridiques »¹⁴, il est difficile de porter des projets susceptibles de trouver un financement. Ainsi, en 2000, le chef de service du SAU du Centre hospitalier de Saint-Malo avait élaboré un projet d'antenne saisonnière dans les locaux de l'hôpital de Dinard avec pour objectif d'assurer une prise en charge optimale des urgences sur les communes de Saint-Malo et de Dinard tout de même distantes de plus de 10km¹⁵. Ce projet n'a jamais abouti.

Les difficultés actuelles proviennent du cadre juridique applicable¹⁶ à la permanence des soins. En effet, si la rédaction de l'article 77 du Code de déontologie médicale -modifié par le décret n°2003-881¹⁷ et codifié à l'article R4127-77 du Code de la santé publique- est *a priori* plutôt encourageante -« il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent »-, l'organisation de la permanence des soins sur la base du seul volontariat ne saurait perdurer. On ne peut tout à la fois dénoncer un recours consumériste aux urgences hospitalières et exempter de toute contrainte la médecine de ville -dont il ne faut pas oublier qu'elle est assez largement financée par des deniers publics¹⁸- . Sans doute, une réflexion nationale est-elle nécessaire afin de parvenir à une meilleure régulation de l'amont des urgences. La reconnaissance de la mission de service public assurée par les médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins devrait être reconnue et rémunérée, à charge pour eux de s'organiser pour éviter l'existence de déserts sanitaires en dehors des horaires d'ouverture des cabinets.

Cependant, peut-on véritablement parler d'une médecine libérale « en vacances » ? Il est de bon ton de dénoncer le désengagement de la médecine de ville de la permanence des soins. Certes, il est incontestable que la médecine de ville est toujours moins disponible, non pas pour la prise en charge de l'urgence mais tout simplement pour le non

¹⁴ A l'inverse du SROS, le PMT n'est pas juridiquement opposable.

¹⁵ En outre, l'ouverture du barrage de la Rance, chaque jour entre 6 heures et 20 heures, entraîne une interruption de la circulation propre à allonger les temps d'accès au SAU du Centre hospitalier de Saint-Malo.

¹⁶ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le CSP

¹⁷ Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

¹⁸ Au sens des textes communautaires, les cotisations de sécurité sociale sont assimilées à des dépenses publiques.

programmé, les médecins libéraux préférant faire le choix d'organiser leur journée de travail sur la base de rendez-vous plutôt que d'être dépendants de consultations inopinées ; cette tendance étant amenée à se renforcer avec la féminisation du corps médical. Pour autant, la permanence des soins relève des médecins libéraux et non des services d'urgence : ceux-ci n'ont, normalement, pas vocation à assurer une activité purement externe, c'est-à-dire ne nécessitant pas l'intervention d'un plateau technique.

Mais, ce serait oublier que la médecine de ville est confrontée, sur Saint-Malo et ses environs, à la même suractivité estivale. Sans qu'il soit possible de connaître précisément le nombre de médecins libéraux en vacances durant l'été, ces derniers s'organisent afin d'assurer leur remplacement et les cabinets de groupe assurent la prise en charge des patients des médecins traitants du cabinet en congés et sont donc confrontés à un regain d'activité. Il apparaît donc difficile d'affirmer que la médecine de ville est en vacances à l'heure où l'hôpital est sur le pont et d'attribuer une part de la suractivité du SAU à l'absence de médecins libéraux.

B) Un nécessaire renforcement des coopérations

Afin d'améliorer l'organisation de la permanence des soins, une politique de coopérations doit être mise en place. Cette politique doit être menée dans deux directions complémentaires.

D'une part, elle doit permettre d'améliorer les relations entre les différents établissements de santé, quel que soit leur statut.

Pour éviter l'engorgement du SAU, plusieurs solutions peuvent être expérimentées. Par exemple, pourquoi ne pas prendre appui sur la circulaire du 28 mai 2003¹⁹ pour mettre en place des consultations avancées dans les hôpitaux locaux, mettre à disposition des médecins libéraux une infrastructure minimale afin qu'ils disposent d'un point d'ancrage de proximité au sein des hôpitaux locaux, permettre aux médecins généralistes qui le souhaitent d'intervenir au sein de ces établissements dans des situations d'urgences exceptionnelles ... ? Attention, cependant, à ne pas trop disperser les moyens médicaux sur des secteurs dont la ressource est souvent loin d'être pléthorique.

¹⁹ Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions des hôpitaux locaux.

Actuellement, le principe d'autonomie d'organisation et de fonctionnement des établissements publics de santé²⁰ fait obstacle à ce que du personnel d'EPS où l'activité est en forte baisse l'été soit affecté dans un EPS où l'activité explose. En outre, de telles mises à disposition²¹ seraient l'aveu d'une baisse d'activité sur une période donnée qui, dans la logique administrative, ne doit pas être médiatisée de crainte qu'elle ne se traduise par une réduction des moyens octroyés par les tutelles. Il n'est, enfin, pas évident qu'elles recueillent l'assentiment des agents. Reste qu'une péréquation des moyens entre hôpitaux serait sans doute une bonne politique, à l'image de ce qui se fait dans d'autres administrations, notamment régaliennes.

D'autre part, elle doit permettre un renforcement des liens existant entre le secteur hospitalier et la médecine de ville. La politique conventionnelle entre le SAMU et les associations de médecins libéraux devrait être étendue et ce conformément au décret du 15 septembre précédemment cité qui dispose : « l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service ».

C) L'impact du changement de système de tarification

Un des arguments les plus fréquemment avancés par les tutelles pour expliquer l'absence d'une prise en compte plus significative de l'activité saisonnière dans le cadre de la politique régionale de santé est le changement de système de tarification qui, logiquement, devrait offrir l'opportunité à chaque hôpital de définir son offre de soins en fonction des besoins sanitaires, le financement étant dorénavant directement corrélé avec l'activité.

a) *Un système de budget global défavorable aux hôpitaux ayant une forte activité saisonnière*

Sans que, bien entendu, il faille attribuer à l'activité saisonnière une part significative des importantes difficultés budgétaires rencontrées par le Centre hospitalier de Saint-Malo à

²⁰ L'article L6141-1 du Code de la santé publique dispose que les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière.

²¹ La mise à disposition est la position statutaire la plus utilisée ; pour autant, juridiquement, la mise à disposition ne doit normalement pas donner lieu à un quelconque remboursement de la part de l'administration qui en bénéficie.

la fin des années 1990 - début des années 2000²², il n'en demeure pas moins que le système de budget global s'avérait pénalisant à double titre.

D'une part, la reconduction annuelle sur des bases historiques de la dotation globale de fonctionnement était complètement déconnectée de l'augmentation significative de l'activité au Centre hospitalier tout au long des années 1990²³, augmentation qui n'était évidemment pas sans lien avec le caractère attractif du bassin malouin, notamment en période estivale. Une mission d'appui de la DHOS en 2001 et un rapport de l'IGAS²⁴ ont confirmé cette sous-dotation. Pour autant, faut-il parler au passé de cet écart ? Après tout, en 2004, la part de financement directement liée à l'activité n'était que 10% sur le secteur MCO. En 2005, les activités de psychiatrie, de SSR et de long séjour –qui représentent environ la moitié des lits du Centre hospitalier de Saint-Malo- reposent encore sur un système de dotation globale –la dotation annuelle de financement (DAF)-. Néanmoins, il est vrai que ces secteurs sont très peu affectés par l'activité saisonnière. 75% de l'activité MCO sont encore rémunérés sur la base d'une dotation également forfaitaire –la dotation annuelle complémentaire (DAC)-.

D'autre part, la certaine stabilité de l'activité tout au long de l'année ne permet pas de fermer des lits. Or, cette pratique qui conduit les établissements publics de santé à fermer parfois jusqu'à 35% de leurs capacités (ce fut, par exemple, le cas de l'AH-HP durant l'été 2003) permet de réaliser des économies substantielles. Comme le note la mission IGAS dans son rapport de décembre 2003²⁵ relatif aux fermetures de lits durant l'été 2003, « les prévisions de fermetures de lits ne sont pas basées sur une connaissance précise des besoins de la population ». Autrement dit, cette politique vise davantage à maîtriser les dépenses, en comprimant celles de personnel notamment, qu'à redimensionner une offre de soins éventuellement excédentaire dans certaines spécialités du fait d'un solde négatif de migrations estivales. Or, si certains hôpitaux peuvent effectivement réduire leur capacités en période estivale compte tenu des mouvements de population (et ce sans porter atteinte à la sécurité des soins), d'autres se trouvent confrontés à la problématique inverse : ainsi, dans l'incapacité de fermer des lits –tout au plus une unité peut-elle être

²² Le taux de charges sur exercices antérieurs était proche des seuils d'alerte.

²³ Le Centre hospitalier a fait l'acquisition d'équipements lourds et s'est ouvert à de nouvelles spécialités en lien avec le recrutement de praticiens hospitaliers.

²⁴ IGAS, *Rapport sur le Centre hospitalier de Saint-Malo – Situation et perspectives* – Rapport n°2002-147, mars 2003.

²⁵ IGAS, *Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003* – Rapport n°2003-141, décembre 2003.

fermée-, le Centre hospitalier de Saint-Malo a du faire face aux coûts habituels de fonctionnement des services ainsi qu'à des coûts additionnels liés à la nécessité de recruter des personnels supplémentaires.

Par conséquent, en système de budget global, la réduction des capacités liée à la réduction de l'activité dans certains établissements permet opportunément de limiter les dépenses. On peut estimer, en contrepoint, avec le Directeur des soins du Centre hospitalier de Montreuil-sur-mer qu' « il faudrait que des crédits spéciaux soient accordés pour faire face à la suractivité estivale dans les zones touristiques »²⁶.

b) Un système de tarification à l'activité dont l'impact est encore difficile à appréhender

Le rôle de recours joué par un Centre hospitalier en zone touristique doit-il faire l'objet d'une valorisation spécifique ?

Le décret n°2005-336 du 8 avril 2005²⁷, complété par l'arrêté du 12 avril 2005²⁸, donne une liste positive des missions qui relèvent de l'enveloppe MIGAC. Force est de constater que n'y figure pas le rôle de recours joué par les hôpitaux situés en zone touristique, rôle de recours qui, sans être comparable à celui joué par les CHU²⁹, n'en est pas moins bien réel, compte tenu notamment d'un certain désengagement de la médecine libérale dans la permanence des soins. Ajoutons que les établissements situés en zone touristique reçoivent de nombreux patients hors secteur pour lesquels les difficultés de recouvrement sont non négligeables (cf. infra). Cependant, s'il est certain qu'un financement par dotation globale s'avère incontestablement pénalisant, il apparaît difficile de mesurer l'impact global de l'activité saisonnière dans un contexte de tarification à l'activité.

L'activité saisonnière génère des coûts supplémentaires. Ainsi, il est nécessaire de recruter du personnel sur des contrats courts avec indemnités pour perte d'emploi à la clef. L'impossibilité de fermer un nombre significatif de lits conduit à payer plus de 200

²⁶ Dépêche Hospimedia du 8 juillet 2003

²⁷ Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale.

²⁸ Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale.

²⁹ Le rôle de recours d'un Centre hospitalier tient à sa proximité avec les lieux de vacances et non à l'existence de services de spécialités propres comme cela est le cas en CHU.

mensualités de remplacement supplémentaires et génère des coûts de structure incompressibles (cf. infra). L'activité estivale comprend un certain nombre de séjours de très courte durée. Or, lorsqu'un séjour se situe en deçà de la borne inférieure, il est rémunéré sur la base de 50% du GHS concerné³⁰. Les activités les plus rémunératrices sont essentiellement des activités programmées (exemple : pose de prothèse de hanche) qui sont moins pratiquées en période estivale (cf. infra).

En revanche, on peut également considérer que la structure de l'activité estivale, davantage orientée vers la chirurgie, est plus favorable en terme de tarification. En outre, le nombre important de passages externes au SAU contribue à consolider le forfait urgences qui, depuis 2005, repose exclusivement sur les passages ne donnant pas lieu à hospitalisation. L'activité estivale étant soutenue, elle génère un taux d'occupation élevé. L'âge moyen des patients étant comparativement plus faible, elle génère des DMS plus courtes et donc un meilleur turnover de la clientèle.

A un budget global trop rigide s'est donc substitué un système de financement qui semble plus favorable aux hôpitaux ayant une activité saisonnière importante sans qu'il soit possible cependant d'en déterminer précisément les bénéfices. Si de tels bénéfices se confirmaient, ils pourraient, le cas échéant, permettre d'améliorer les moyens humains à disposition en opérant des recrutements. Toutefois, il est sans doute aussi nécessaire que la T2A soit étendue au secteur SSR afin d'éviter les difficultés rencontrées sur l'aval des urgences, notamment en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées. De telles dispositions inciteraient à mettre un terme aux fermetures estivales de lits que l'actuel budget global suscite.

1.1.2 L'organisation estivale des fermetures de lits

Les fermetures de lits ne font l'objet d'aucun encadrement juridique puisque ni le Code de la Santé Publique ni aucune disposition réglementaire ne les prévoient. Néanmoins, l'épisode de la canicule de l'été 2003 a conduit à l'émergence d'un dispositif qui vise à assurer une concertation minimum entre établissements de santé et à mieux maîtriser des taux de fermetures qui avaient tendance à s'accroître sans lien avec les besoins de la population.

³⁰ Toutefois, cette hypothèse ne semble pas confirmée par les données disponibles pour 2004 au Centre hospitalier de Saint-Malo.

A) Un événement déclencheur : la canicule de l'été 2003

Faire face à un événement imprévisible de type canicule susceptible d'avoir un impact médiatique important et donc des conséquences politiques non négligeables : telle est l'assertion qui sert désormais de base au dispositif de prévision des fermetures de lits. En effet, avant la canicule de l'été 2003, les fermetures de lits ne préoccupaient guère que les associations de praticiens. Ainsi, au cours de l'été 2002, le Président de l'Association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France (AMUHF) dénonçait déjà un nombre trop important de fermetures de lits³¹. Sans reprendre les arguments parfois très militants développés par l'AMUHF, on peut, cependant, admettre que les pouvoirs publics ont tardé à mesurer les conséquences sanitaires potentielles d'une politique de fermetures de lits sans doute trop axée sur la limitation des dépenses des hôpitaux publics.

Les fermetures de lits en période estivale et/ou de vacances sont sans doute une nécessité pour différentes raisons : vacances des personnels³², faible taux d'occupation dans certains services, caractère propice de la période estivale pour la réalisation de travaux de rénovation ou de mises en conformité de locaux... Pour autant, ces fermetures doivent être maîtrisées.

Cet enseignement est d'ailleurs celui retenu par la mission IGAS dans son rapport de décembre 2003 précédemment cité. Comme nous l'avons énoncé précédemment, elle note que « les prévisions de fermetures de lits ne sont pas basées sur une connaissance précise des besoins de la population » et donc, implicitement, qu'elles sont réalisées dans l'unique but de réaliser des économies. Elle ajoute que, sur le terrain, ces prévisions n'ont pas toujours été respectées ; ainsi le Président de l'AMUHF de dire que les fermetures effectives sont souvent plus importantes que celles annoncées³³. M. Couty, alors Directeur de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS), a du reste confirmé dans un rapport d'information du Sénat faisant suite à la canicule³⁴ qu'un problème de

³¹ Exemple : communiqué de presse diffusé le 14 août 2002 dans lequel le Président de l'AMUHF signale des saturations importantes en Ile-de-France -notamment pour les lits de réanimation- et dans les services d'urgence de régions touristiques comme la Bretagne et le Languedoc-Roussillon, communiqué de presse qui dénonce également l'absence d'anticipation d'une situation prévisible.

³² Il est intéressant de remarquer que, dans les villes de province et contrairement à l'AP-HP, c'est essentiellement cette variable qui est à l'origine des fermetures de lits.

³³ Ce fut notamment le cas en région Rhône-Alpes au cours de l'été 2003.

³⁴ Rapport d'information n° 195 (2003-2004) de Mme Valérie LÉTARD, MM. Hilaire FLANDRE et Serge LEPELTIER, fait au nom de la mission commune d'information, déposé le 3 février 2004.

fermetures excessives de lits avait pu être rencontré durant l'été 2003, notamment à Paris (jusqu'à 30% de capacités fermées), et que, à terme, il faudrait envisager des contrôles assortis de sanctions afin d'assurer une véritable maîtrise des fermetures de lits.

Face à cette situation, le Ministère de la Santé a donc mis en place depuis 2004³⁵ un dispositif censé améliorer la concertation entre tous les professionnels de santé afin de mieux cibler les fermetures de lits et d'assurer la continuité des soins.

B) Présentation des orientations nationales

La circulaire du 29 avril 2005³⁶ rappelle que « tous les établissements de santé publics et privés sont concernés et qu'ils doivent s'inscrire dans une logique de coordination et d'anticipation de la programmation des fermetures de lits, sous l'égide de l'ARH ». Elle organise un système de recensement des disponibilités en lits. Au printemps, les ARH se font communiquer les projets de fermetures de lits et en coordonnent au mieux la programmation. Elles communiquent celle-ci à la DHOS fin mai/début juin. Cette programmation s'inscrit dans une logique territoriale et non dans une logique d'établissement³⁷. Sur le plan pratique, un serveur régional de veille et d'alerte fonctionne depuis juin 2005. L'idée est de favoriser une culture de la transparence entre établissements de santé sur les disponibilités en lits.

Par ailleurs, chaque établissement est invité à mettre en place une « commission des admissions et des consultations non programmées », émanation de la CME, prévue par la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

C) Analyse du dispositif mis en place sur le secteur sanitaire n°6 de Bretagne

Quelques fermetures de lits ont lieu dans les villes touristiques. Elles concernent essentiellement des lits de chirurgie généralement réservés à des interventions programmées. Or, ces interventions programmées sont moins nombreuses en été pour

³⁵ Circulaire n° 152/DHOS/2004 du 29 mars 2004 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés.

³⁶ Circulaire DHOS/O1/2005/214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés.

³⁷ Pour d'évidentes nécessités de gestion, chaque établissement a toujours utilisé des outils de prévision des fermetures de lits, plus ou moins précis et détaillés.

plusieurs motifs : départ du spécialiste en vacances et remplacement par « un inconnu », patients en vacances, refus d'une hospitalisation non urgente en période de forte chaleur³⁸...Cependant, certains établissements, comme le Centre hospitalier des Sables d'Olonne, ne ferment aucun lit.

Au Centre hospitalier de Saint-Malo, les premiers lits ont été fermés au début des années 2000 sous la pression de l'ARH dans le cadre du plan de redressement auquel était astreint le Centre hospitalier confronté à des reports de charges croissants. C'est une illustration du caractère quelque peu arbitraire des fermetures de lits évoquées plus haut. En 2005, dix lits de chirurgie urologique et viscérale ont été fermés au cours des deux mois d'été. Pour autant, la plupart des personnels est venue renforcer une autre unité de chirurgie ; donc les gains attendus ont été relativement minimes. Cette fermeture a le mérite de créer une petite réserve de capacité en cas de pic d'activité et permet de contraindre les praticiens à limiter leur activité programmée, donc à éviter des hospitalisations non urgentes qui engorgent le SAU faute de lits dans les services.

Le Centre hospitalier fait remonter quotidiennement le nombre de lits disponibles sur une plate-forme dématérialisée de veille et d'alerte qui permet de connaître quotidiennement les capacités disponibles pour chaque établissement du secteur et de Bretagne. Cependant, ce recensement n'est pas exhaustif, certains établissements n'y participant pas. C'est le cas du CHU -la plate-forme n'est pas adaptée ; par exemple, elle ne prend pas en compte le fait qu'il existe plusieurs services d'urgences distincts : urgences « générales », urgences pédiatriques, urgences cardiologiques-. C'est surtout le cas des établissements de santé privés à l'activité ciblée (notamment en chirurgie) qui ne se sentent pas véritablement concernés par ce travail de prévision. Les transmissions de données sont déclaratives ; il est donc permis de s'interroger sur la pertinence de ces données. Ainsi, les établissements informent le serveur entre 16h30 et 17h. A cette heure, des lits disponibles peuvent être annoncés alors même que des hospitalisations depuis le SAU sont prévues sur ces lits mais n'ont pas encore été organisées pour de multiples raisons (attente d'un examen complémentaire, manque de brancardiers...).

On constate donc que la transmission ascendante des informations concernant les prévisions est effective mais que le retour d'informations aux établissements est lacunaire et de qualité discutable.

³⁸ cf. infra les données relatives à la programmation au Centre hospitalier de Saint-Malo

En amont de la période estivale, une réunion de concertation est organisée à l'initiative de la DDASS fin mai mais les autorités de tarification et de tutelle n'ont pas les moyens financiers de leur politique. Si l'obligation d'information réciproque entre établissements est bien respectée, la cohérence globale du dispositif tant au sein de chaque secteur qu'au niveau de chacune des disciplines n'est pas réellement assurée car cela devrait se traduire par un soutien budgétaire que ces autorités ne peuvent assurer. Les établissements ne peuvent donc qu'enregistrer les décisions de leurs partenaires. Ainsi, la Maison Saint-Thomas-de-Villeneuve de Baguer-Morvan ainsi que la clinique Saint-Joseph de Combours (établissements de santé privés à but non lucratif), qui relèvent du secteur sanitaire 6, ont fermé une partie de leurs capacités en SSR gériatrique au cours de l'été 2005 dans la mesure où ces petits établissements n'ont pas obtenu les crédits compensatoires qui leur auraient permis de fonctionner³⁹. Le Centre hospitalier de Saint-Malo ne peut que prendre acte de ces décisions. Néanmoins, ce système a au moins le mérite d'assurer une bonne circulation de l'information entre établissements partenaires qui, auparavant, n'était pas toujours systématique. Ainsi, en 2001, l'hôpital Arthur Gardiner de Dinard (PSPH) avait fermé une vingtaine de lits et l'accueil d'urgence de nuit (aujourd'hui définitivement fermé) sans en informer le Centre hospitalier de Saint-Malo...

Syndrome post-caniculaire, « le principe de précaution politique » appliqué au secteur sanitaire aura permis l'émergence d'un dispositif dont on ne peut contester l'intérêt mais dont on regrettera qu'il vise davantage à exonérer les autorités publiques de leurs responsabilités en cas de crise sanitaire qu'à prendre en considération les véritables besoins liés à l'activité saisonnière.

1.2 L'organisation interne de l'offre de soins

A l'image du peu d'attention accordée au niveau régional, les documents internes à l'établissement traitent assez peu de la problématique de l'activité saisonnière. Tout au plus, est-elle évoquée à titre secondaire. Ainsi, le COM signé le 12 décembre 2003 rappelle que « l'attractivité touristique et culturelle de Saint-Malo et de Dinard génère de considérables flux de population dont le recours en cas de problème de santé est prioritairement l'hôpital ».

³⁹ Rappelons que les SSR ne sont, à l'heure actuelle, pas concernés par la T2A.

Si, aujourd'hui, la question du dimensionnement des services est au cœur des réflexions, le renouvellement du régime des autorisations d'activité amène à la dépasser.

1.2.1 La question du dimensionnement des services

A) Le service d'accueil des urgences (SAU)

Le nouveau bâtiment accueillant le SAU achevé en 2000 ainsi que les effectifs médicaux et soignants qui y sont affectés ont été conçus en fonction de l'activité moyenne du service tout au long de l'année. Du coup, le SAU peut apparaître surdimensionné au cours des mois de janvier ou de février⁴⁰ et sous-dimensionné au cours des mois d'été. Néanmoins, il est bien évident que l'on ne peut calculer des capacités d'accueil augmentées d'un pourcentage lié à l'activité estivale. Cela conduirait à un équipement hospitalier pléthorique et nettement sous-utilisé durant de longs mois.

B) Les autres services

En premier lieu, il convient de noter que l'activité saisonnière n'entraîne aucune modification des structures d'accueil des patients, à une exception près : une organisation spécifique, gérée par l'AUB (établissement de santé privé PSPH) au sein de locaux du Centre hospitalier, existe pour l'accueil des dialysés en vacances ou des résidents temporaires. Cette activité qui génère d'importants surcoûts pour l'AUB (activité et planification aléatoires, difficultés de recrutement) rend un incontestable service aux patients de passage.

Au cours de l'été 2005, d'importantes tensions sur les capacités de chirurgie, notamment en orthopédie-traumatologie, ont été enregistrées au Centre hospitalier de Saint-Malo comme en témoignent certains messages diffusés par la Direction⁴¹.

⁴⁰ C'est d'ailleurs ce qu'a relevé la Haute Autorité de Santé (HAS) lors de sa visite d'accréditation fin janvier 2005.

⁴¹ « A Mesdames et Messieurs les Médecins

Le Centre Hospitalier est à saturation dans l'ensemble des unités. Le tour des établissements de recours environnants fait (Saint-Brieuc, Rennes et Dinan), la situation est identique partout. C'est pourquoi, compte tenu de ces éléments et en prévision du week-end, il apparaît prudent, tout en

En période de tensions sur les capacités, de nombreuses mesures sont prises (déprogrammations, dédoublements de chambres...). Elles seront détaillées ultérieurement. Le cas échéant, il est possible de procéder à la réouverture des quelques lits fermés, cette réouverture devant pouvoir être réalisée à tout moment, notamment en cas de déclenchement d'une alerte canicule de niveau 3, sous réserve que ces lits aient fait l'objet préalablement d'une dotation en personnel soignant et médical.

Hors saison, de nombreux lits de chirurgie étant inoccupés, il a été décidé de transformer des lits de chirurgie en lits de médecine. C'est ainsi que, en novembre 2003, a été créée l'Unité de Médecine Gériatrique et Polyvalente (UMGP) qui a largement contribué à améliorer la filière d'aval des urgences en assurant une meilleure prise en charge des personnes âgées et une stabilisation du nombre d'hospitalisations en service inadéquat. Pour autant, en saison, l'activité de médecine ne connaissant pas de baisse très sensible et l'UMGP se caractérisant toute l'année par une activité soutenue, le nombre de lits en chirurgie ne s'avère pas toujours suffisant. L'activité de médecine, sur certains secteurs, s'avère même plus dynamique en saison. Ainsi, la pédiatrie est incontestablement un service dont l'activité est en baisse constante. Pour autant, elle connaît des variations saisonnières d'activité très significatives qui justifient le maintien d'une capacité suffisante dans les pôles de référence. Les besoins sanitaires des vacanciers peuvent donc permettre d'endiguer ou du moins de limiter la baisse d'activité de certains services. Cependant, l'activité estivale ne doit pas servir d'alibi au maintien de lits ou de disciplines -le tout sous une pression politique forte- mais uniquement être considérée comme une donnée objective permettant d'avoir une juste appréciation des besoins sanitaires.

Néanmoins, le constat d'un manque de capacités disponibles sur le secteur MCO et notamment dans les services de chirurgie durant les mois d'été mérite d'être nuancé par l'existence de séjours dans ces services présentant une DMS trop élevée faute de places en aval. L'unique solution sur le secteur sanitaire 6 est la création de places de MPR et de SSR dont l'ARH elle-même a reconnu le déficit . En moyenne, sur les six premiers mois de l'année 2005, il y a 31 patients en attente de SSR gériatrique⁴² au Centre hospitalier

assurant aux patients toutes les conditions de sécurité médicale, d'organiser toutes les sorties qu'il vous sera possible de prononcer. Je sais que vous y veillez habituellement; mais la tension de la situation actuelle m'amène à vous demander d'y être encore plus attentif. » (Message diffusé le 5 août 2005 par la Direction sur l'Intranet du Centre hospitalier)

⁴² Moyenne réalisée sur la base du délai existant entre la consultation d'évaluation gériatrique réalisée dans le service MCO (hors SAU et UMGP) et la date d'entrée effective en moyen séjour.

de Saint-Malo, ce chiffre variant entre 24 et 41 en fonction des semaines concernées. Cela signifie donc qu'une trentaine de lits est en permanence embolisée par des patients relevant du moyen séjour, faute de place dans ce service. Le SSR gériatrique admet en moyenne un peu plus de 9 patients chaque semaine alors que ce chiffre devrait se situer aux alentours de 15 pour répondre aux besoins.

Par conséquent, on constate que, sur l'ensemble de l'année, la capacité totale de l'établissement correspond plutôt bien aux besoins sur le plan quantitatif. En revanche, d'un point de vue plus qualitatif, le manque chronique de lits de SSR et la pression exercée sur les services de chirurgie en saison et sur les services de médecine hors saison mettent en question la pertinence du découpage des services. D'ailleurs, la réforme du régime des autorisations (cf. infra) pourrait venir contrarier l'actuelle organisation rigide des lits par service en imposant davantage de souplesse et de réactivité aux hôpitaux pour assurer une prise en charge de qualité, notamment en cas de pic d'activité. On pourrait alors s'acheminer vers une réduction des capacités des services de spécialités au profit de services à vocation généraliste comme la médecine interne ou la médecine polyvalente. C'est d'ailleurs l'une des grandes orientations décidée au niveau national pour les prochaines années.

Reste que, dans bien des établissements, une telle évolutivité des structures se heurte à d'inextricables contraintes architecturales. Ainsi, au Centre hospitalier de Saint-Malo, situé au cœur de la ville et donc soumis à des règles d'urbanisme drastiques, le problème des espaces est un élément déterminant dans l'évolution de l'offre de soins des années à venir. L'offre sanitaire ne peut donc pas être à géométrie variable au gré des besoins.

1.2.2 La rénovation du régime juridique des autorisations

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁴³ est venue opportunément modifier un régime d'autorisations devenu obsolète.

⁴³ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

A) Un régime inadapté

L'octroi d'une autorisation pour un nombre déterminé de lits n'apparaît pas compatible avec la nécessité pour un établissement participant au service public hospitalier (PSPH) d'accueillir tout patient nécessitant des soins, le cas échéant en surnombre comme nous l'avons illustré précédemment. Si un dépassement de capacité installée est logiquement interdit (anc. article L712-8 du Code de la santé publique), l'accueil temporaire en surnombre de patients sur des lits supplémentaires a pu sembler impossible -au moins en ce qui concerne l'hospitalisation privée- si l'on se réfère à la jurisprudence relative à la notion de lit autorisé. En effet, dans un arrêt du 7 juillet 2000⁴⁴, le Conseil d'Etat a estimé que le nombre de lits occupés ne pouvait pas dépasser le nombre de lits autorisés, sous peine de sanction pour dépassement de capacité⁴⁵. Autrement dit, le taux d'occupation réel d'un établissement, dont il faut rappeler qu'il ne peut dépasser 100%, ne s'apprécie pas en année pleine mais au jour le jour. En outre, il ne s'apprécie pas au niveau de l'établissement mais de chaque discipline (ou équipement) pour laquelle celui-ci a reçu une autorisation. Cette décision laisse entendre qu'un établissement de santé privé ne peut faire varier sa capacité d'accueil en fonction de la demande sanitaire. Ainsi, un établissement privé à but non lucratif participant au service public en zone touristique voire un établissement public de santé pourrait-il être en mesure d'accueillir tous les estivants s'il risque d'être pénalisé, notamment sur le plan financier ? Aucune jurisprudence n'existant en la matière pour ce type d'établissements, le législateur est intervenu afin de lever toute ambiguïté.

B) Un régime renouvelé

En opérant un glissement entre autorisation de lits et autorisation d'activité, l'ordonnance du 4 septembre 2003 complétée par le décret du 6 mai 2005⁴⁶ a mis un terme aux interrogations suscitées par la jurisprudence précédemment citée. Désormais, l'autorisation n'est plus accordée pour un nombre « physique » de lits mais pour un

⁴⁴ CE, 7 juillet 2000, *Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée*, ccl S. Boissard, note C. Eoche-Duval, RDSS avril-juin 2001.

⁴⁵ En cas de dépassement de capacité, un établissement privé était passible d'une récupération financière prévue dans le cadre de l'OQN (objectif quantifié national) décliné au niveau de chaque établissement privé dans un COM (contrat d'objectifs et de moyens).

⁴⁶ Décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.

volume annuel d'activité qui devra respecter les objectifs quantifiés fixés dans le cadre des SROS de troisième génération. En outre, le nouveau régime d'autorisations permet une harmonisation entre le secteur public et le secteur privé qui est sans doute bienvenue pour deux raisons majeures. D'une part, les établissements PSPH, assujettis aux mêmes obligations que les établissements publics de santé, doivent bénéficier des mêmes marges de manœuvre que ces derniers. D'autre part, la convergence tarifaire prévue dans le cadre de la T2A doit aller de pair avec la possibilité pour tous les établissements de santé, quel que soit leur statut, d'adapter leur fonctionnement –tant en terme de moyens matériels que de moyens humains- au niveau de demande sanitaire. Cette réactivité est indiscutablement synonyme d'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Cette réforme du régime des autorisations va de pair avec la disparition de la carte sanitaire et des indices de besoins. Elle témoigne de la prise de conscience par les autorités sanitaires de l'inopportunité et de l'inefficacité d'une politique hospitalière uniforme. Désormais, dans le respect des fourchettes d'activité incluses dans les SROS de troisième génération, les établissements de santé sont libres de s'organiser sur la base de leurs prévisions d'activité, à charge pour eux de s'assurer des recettes correspondantes .

Par conséquent, les outils juridiques permettent aujourd'hui aux hôpitaux publics d'adapter leur organisation interne aux besoins de leur clientèle.

2 LA RECHERCHE D'UNE GESTION OPTIMALE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO

2.1 La gestion des flux de patients

L'activité saisonnière impose une meilleure régulation des flux de patients et la recherche permanente de solutions innovantes pour pallier le manque récurrent de lits. Cette problématique se pose à tous les stades de la prise en charge.

2.1.1 Le problème de la gestion des flux en amont des urgences

A) Une organisation insuffisante de la médecine d'urgence pré-hospitalière

Comme nous l'avons évoqué antérieurement, la permanence des soins souffre sur le bassin malouin d'un déficit d'organisation qui, couplé à l'accessibilité du SAU⁴⁷, contribue à la saturation des urgences en période estivale.

De l'avis général, l'inexorable progression de l'activité des urgences s'apparente à un phénomène de société. Cependant, le problème de l'engorgement des urgences est particulièrement aigu en période estivale.

Afin de réduire la pression exercée sur les urgences, un affichage dans les cabinets médicaux et au SAU des gardes de fériés et de dimanche est réalisé. Les patients sont incités à s'adresser à leur médecin traitant pour des actes de petite urgence.

Toutefois, la gestion de l'amont des urgences se heurte à un obstacle majeur : la difficile coopération avec la médecine de ville. La création d'une MMG est prévue mais ce projet peine à être finalisé. En outre, au cours de ces dernières années, plusieurs solutions ont été refusées par les médecins libéraux. Ainsi, l'implantation d'un cabinet médical mis à disposition des praticiens de ville dans les locaux du SAU a été abandonnée pour « manque de lisibilité ». De même, la mise en place d'une « garde spécifique doublée » envisagée par l'ARH a fait long feu, les libéraux jugeant son indemnisation insuffisante (environ 230 euros la nuit ou le dimanche). Il est vrai que celle-ci se situe assez loin des revendications des médecins libéraux qui, dans le cadre des MMG, s'adjugent régulièrement 3C de l'heure. Néanmoins, au vu des derniers développements relatifs à la permanence des soins sur le secteur, ces solutions pourraient retrouver de leur pertinence.

⁴⁷ Accès direct (sans régulation par le Centre 15), permanent (sans contrainte horaire) et gratuit (les tarifs pratiqués par les MMG ou les structures d'association entre médecins libéraux de type « Sos-médecins » sont souvent jugés prohibitifs, compte tenu, notamment, de l'accroissement de l'urgence sociale).

- B) une expérience originale en matière de politique de la clientèle : la mise en place d'un système d'interprètes

Afin d'améliorer la qualité de l'accueil mais également afin d'accélérer les prises en charge, un système d'interprètes a été mis en place.

Année	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Nbre d'étrangers hospitalisés	103	119	142	130	135	148	146

En 2003, si 146 patients ont été hospitalisés, plus de 600 passages de 40 nationalités différentes ont été recensés, notamment pour des soins externes aux urgences. Cet éventail de nationalités est évidemment à mettre en lien avec l'attractivité touristique de Saint-Malo mais aussi avec son activité portuaire.

La barrière de la langue étant un handicap supplémentaire pour les patients, aussi bien pour gérer l'urgence médicale que pour accomplir certaines formalités administratives (admission au bureau des entrées, organisation d'un rapatriement...), un service d'interprétariat au sein de l'hôpital a été créé en juillet 2003 sur l'initiative de la Jeune Chambre Economique (JCE) de Saint-Malo. Ainsi, le Centre hospitalier de Saint-Malo dispose désormais d'une liste qui, actuellement, comporte près d'une cinquantaine d'interprètes bénévoles dans 15 langues différentes⁴⁸. Cette liste, régulièrement mise à jour, a, bien entendu, été diffusée dans l'ensemble des services. Des actions de sensibilisation (note d'information, article dans le support de communication de la direction) ont été engagées afin de préparer le personnel de l'hôpital à l'intervention des bénévoles.

Les interventions au bénéfice des ressortissants étrangers sont réalisées par téléphone ou sur place à la demande du personnel de l'hôpital et sans contrainte horaire dans la plupart des cas. Les bénévoles s'engagent à être disponibles (ils doivent résider dans un rayon de 30 kilomètres). Ils doivent avoir une connaissance minimale des problèmes médicaux et être sensibilisés aux pratiques médicales dans le pays concerné. C'est la raison pour laquelle le recours aux natifs est privilégié.

⁴⁸ Certains établissements comme le Centre hospitalier du Mans ont fait le choix de constituer un fichier des agents connaissant une ou plusieurs langues étrangères.

Les premiers retours d'expérience sur le fonctionnement de ce service ont été très positifs. L'amélioration manifeste de la qualité de la communication entre le patient / ses proches et les équipes du Centre hospitalier a été le gage d'une prise en charge dans des délais plus courts et donc d'une intervention plus efficace pour le patient et l'hôpital.

Dans le but de pérenniser cette action, une association a, début 2004, pris le relais de l'organisation informelle qui existait auparavant. Elle s'enrichit régulièrement de nouveaux membres. L'article 2 du statut de l'association « Maux sans frontières » précise, toutefois, que sa mission demeure exactement la même puisqu'elle a pour objet de «mettre à disposition des étrangers victimes d'accidents ou de maladies des interprètes bénévoles afin de faciliter les relations avec les médecins, le personnel soignant et les services administratifs »

Ce service d'interprétariat fonctionne donc désormais dans un cadre juridique précis. D'une part, l'association et le Centre hospitalier ont signé une convention qui stipule, notamment, que l'exercice du bénévolat se fait sous la conduite et le contrôle des personnels de l'hôpital. D'autre part, chaque interprète signe une convention individuelle avec le Centre hospitalier, convention par laquelle il s'engage à œuvrer dans le respect du secret médical et professionnel. Collaborateurs occasionnels du service public mais également membres de l'association, les interprètes sont couverts par une assurance en responsabilité civile souscrite par l'association.

Cette initiative de la JCE de Saint-Malo a été très favorablement accueillie par le Centre hospitalier qui lui assure un soutien administratif et financier (subvention de 200 euros⁴⁹ en 2005) En effet, le travail réalisé par cette association s'inscrit pleinement dans le cadre de la démarche qualité. Bien que cela ne soit pas explicitement mentionné dans le référentiel DIP (Droits et informations du patient), l'établissement doit prendre les mesures nécessaires pour faciliter l'expression et la compréhension des patients qui ne peuvent s'exprimer en français. L'association a également reçu un soutien financier (300 euros) de la Ville de Saint-Malo.

L'association développe divers projets. Ainsi, en 2005, elle a permis l'insertion d'un feuillet en 8 langues dans le livret d'accueil de l'hôpital proposant le service des interprètes bénévoles. Les interprètes pouvant être amenés à intervenir dans des situations délicates (urgences, décès...), ils ont bénéficié d'une information dispensée par une psychologue

⁴⁹ Le budget total de l'Association s'élève à environ 1200 euros.

du Centre hospitalier afin de les aider à mieux appréhender certaines de ces situations psychologiquement difficiles et à mieux aider les malades et leur famille dans ces circonstances. Leur travail pourrait se prolonger à l'avenir par la traduction de documents - comme les autorisations de sortie contre avis médical ou les dépôts d'objets et valeurs – qui peuvent s'avérer décisifs pour l'hôpital dans le cadre d'éventuels contentieux de la responsabilité. En effet, un patient étranger serait fondé en droit à affirmer qu'il n'a pas bénéficié d'une information claire, faute d'une accessibilité des documents dans sa langue.

Par ailleurs, cette initiative a fait l'objet d'une médiatisation non négligeable dans la mesure où un reportage montrant le caractère novateur de ce projet a été réalisé par TF1 et diffusé au journal télévisé. Le concept, qui mériterait sans doute d'être étendu à d'autres hôpitaux⁵⁰, contribue à améliorer la qualité de l'accueil à l'hôpital de Saint-Malo et, au-delà, renvoie une image solidaire de notre pays.

2.1.2 Le problème de la gestion des flux internes : les hospitalisations post-urgences

A côté de la difficulté évoquée antérieurement du manque de lits lié à un dimensionnement parfois inadéquat des services, le Centre hospitalier parvient à mieux maîtriser ses flux internes grâce à différentes mesures qui peuvent être regroupées autour de deux axes complémentaires :

- la nécessité permanente de libérer des lits
- la volonté d'hospitaliser le patient dans un service approprié

A) A la recherche d'un lit...

a) *Un recensement permanent des capacités disponibles*

L'état des lits disponibles est actualisé quotidiennement. En cas de tensions, un arbitrage est réalisé, autour du cadre de direction de garde, entre hospitalisations d'urgence et hospitalisations programmées qui, parfois, doivent être annulées. La réactivité pourrait,

⁵⁰ Rappelons que cette préoccupation d'accueil à l'égard des hospitalisés de nationalité est ancienne puisqu'une circulaire -circulaire ministérielle n°586 DH/SEC du 6 décembre 1977- préconisait déjà l'édition de livrets bilingues à l'intention des malades étrangers hospitalisés.

cependant, être améliorée par un dispositif⁵¹ permettant de connaître en temps réel l'état des lits. En cas de tensions très importantes, le cadre de garde peut être amené à doubler certaines chambres (installation de lits supplémentaires dans les chambres à un lit).

b) une programmation réduite

Le phénomène estival impacte les pratiques médicales et soignantes : les praticiens réduisent leur programmation, en lien avec leurs vacances et celles de leurs patients. Ainsi, on constate, sur la période 2002-2004, que l'activité programmée représente en moyenne près de 75% des interventions au bloc opératoire. Néanmoins, cette proportion chute à 62,5% en moyenne en juillet et août. Elle n'a même guère dépassé les 50% au cours du mois d'août 2004 ; ce qui signifie que près de la moitié des interventions réalisées durant cette période étaient urgentes (non programmées). Il est, par ailleurs, intéressant de noter qu'il existe une véritable rupture entre les deux mois d'été et les mois les précédant et ce en lien direct avec l'activité du SAU. Seule la chirurgie infantile connaît une certaine stabilité de son activité, certaines interventions « froides » étant prévues l'été pour ne pas interférer avec les périodes scolaires.

Quatre programmes opératoires sont organisés l'été. Compte tenu de l'effectif soignant et de l'importance de l'activité en provenance du SAU, il avait été proposé en conseil de bloc de passer à trois programmes quotidiens. Cependant, la présence des médecins déterminant le programme au bloc, le principe de quatre programmes a été maintenu. Aucune priorisation des interventions n'a lieu car chaque chirurgien travaille pour sa clientèle. Ainsi, il est tout à fait concevable que la prise en charge d'une urgence soit retardée par la pose d'une prothèse qui aurait pu attendre plusieurs semaines voire plusieurs mois. D'ailleurs, la réduction de la programmation tient parfois davantage à la volonté des médecins de ne pas pénaliser leurs patients – qui pourraient être « victimes » de déprogrammations - qu'à leur volonté d'assurer une disponibilité des blocs opératoires pour des interventions urgentes.

Si la programmation constitue indéniablement une amélioration dans la prise en charge du patient, elle peut parfois être génératrice de difficultés d'organisation en imposant une sanctuarisation des lits. Une meilleure régulation des activités du bloc opératoire pourrait être assurée par un fonctionnement régulier et participatif du conseil de bloc. Mais, peut-être, faudra-t-il attendre la mise en place des pôles pour mettre un terme à certains

⁵¹ Un dispositif baptisé « Vigilit » existe mais son actualisation est plutôt aléatoire.

comportements que l'on peut qualifier d'individualistes et, ainsi, améliorer le dialogue entre praticiens de services différents mais également entre les praticiens et l'équipe soignante du bloc opératoire. C'est en tout cas l'un des enjeux majeurs de la nouvelle gouvernance que de permettre une meilleure prise de conscience de l'intérêt général de l'institution.

c) *La création d'une unité porte*

La création en 2000 d'une unité de 10 lits portes -Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD)- a permis d'accueillir dans de meilleures conditions les patients devant demeurer en observation avant orientation et donc d'éviter certaines hospitalisations. Si l'allongement régulier de la DMS depuis son ouverture a pu inquiéter, la T2A, très pénalisante pour les séjours d'une durée supérieure à 24 heures, va incontestablement contribuer à recentrer ce type de service sur sa vocation originelle. Cette création n'est pas une réponse directe à l'activité saisonnière mais les caractéristiques de sa clientèle potentielle correspondent pleinement aux caractéristiques de la clientèle estivale.

B) Les hospitalisations en service inadéquat

a) *Présentation de la problématique*

Véritable « casse-tête » pour des dirigeants hospitaliers confrontés à une réduction continue des capacités (c'est un problème fréquemment posé à l'administrateur de garde) et source majeure de conflits entre médecins (c'est un sujet de débat récurrent en Commission Médicale d'Etablissement), les hospitalisations en service inadéquat portent avant tout préjudice au patient⁵². En voici quelques illustrations :

- le regard d'un praticien sur une pathologie qui ne relève pas véritablement de sa discipline est nécessairement moins pertinent que celui du spécialiste de celle-ci.
- les hospitalisations en service inadéquat génèrent des DMS comparativement élevées qui ont pour conséquence de différer la sortie du patient et donc de créer des goulots d'étranglement préjudiciables au fonctionnement de l'institution dans son ensemble.
- le fait qu'un patient psychiatrique puisse être hospitalisé pour la première fois dans un service autre que celui dont il relève en vertu de la sectorisation⁵³ nuit à la continuité de la

⁵² L'HAS chiffre à un tiers le nombre de patients hospitalisés dans un lit inadéquat (cité par P. Expert, Directeur du CH de Blois, *Le Monde*, 15 avril 2005).

⁵³ Rappelons qu'un secteur de psychiatrie, générale ou infanto-juvénile, est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier chef de service dans les conditions prévues à l'article 10 du décret n°86-

relation thérapeutique puisque, de l'avis des psychiatres, le premier contact d'un patient avec l'institution psychiatrique est primordial. Entre autre, on risque d'aboutir à une situation totalement paradoxale où les hospitalisations en service inadéquat risquent, à terme, d'aboutir à un surencombrement du service hébergeant, au détriment de la qualité des soins.

- la sécurité des soins n'est pas toujours optimale faute d'un partage clair des compétences entre praticiens.

Il m'a semblé pertinent d'étudier la problématique des hospitalisations en service inadéquat au regard des variations d'activité. En effet, compte tenu des implications majeures des hospitalisations en service inadéquat sur l'organisation et donc la responsabilité d'un hôpital, il est nécessaire de tenter de mesurer l'impact provoqué par la déformation de la structure d'activité, l'hypothèse de départ étant leur accroissement en période estivale.

b) Tentative de définition

Avant d'analyser plus en détail la problématique des inadéquations médicales, il est nécessaire de s'entendre sur le terme à adopter pour désigner cette pratique fréquente. A ce titre, le terme, semble-t-il couramment usité, d'inadéquation médicale ne semble guère adapté à la situation des hôpitaux psychiatriques –entre autres- qui, comme nous venons de le voir, se trouvent également confrontés à cette réalité, certains patients relevant d'un secteur psychiatrique donné (et donc d'un service donné) étant hospitalisés au sein d'un autre service pour cause d'encombrement momentané. Or, dans ce cas, le risque d'erreur de diagnostic ou de délivrance de soins inappropriés ne s'en trouve pas accru : l'inadéquation n'est donc pas de nature médicale. Quant au terme « hébergement », il apparaît imprécis pour décrire une réalité dont les implications dépassent largement les aspects pratiques (hôteliers) du séjour du patient puisque elles renvoient notamment à des questions de responsabilité médicale. C'est la raison pour laquelle il convient plutôt de parler d' « hospitalisation en service inadéquat », que le motif de l'inadéquation soit d'origine médicale (le patient ne relève pas de la spécialité du service) ou d'ordre administratif (le patient est domicilié dans un secteur ne relevant pas de ce service).

402 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (article R714-21-14 du Code de la santé publique issu du décret n°92-819 du 20 août 1992 relatif aux fonctions de chef de service).

c) *Problèmes juridiques posés*

Les normes nationales encadrant les hospitalisations en service inadéquat, peu nombreuses, reposent essentiellement sur deux grands principes fondamentaux : le principe du droit à la protection de la santé et le principe du droit à l'admission.

Introduit par l'article 3 de la loi du 4 mars 2002, l'article L1110-5 du Code de la santé publique est venu opportunément compléter le principe du droit à la protection de la santé déjà contenu dans le préambule de la Constitution de 1946. Cet article dispose : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue... ». Apparemment rédigé de façon neutre, cet article pourrait se révéler être une source non négligeable de contentieux de la responsabilité. Or, cet article intéresse directement le champ de l'hospitalisation en service inadéquat. En effet, il peut servir de base juridique à une action en responsabilité fondée sur la perte de chance (essentiellement devant le juge judiciaire) ou le défaut dans l'organisation du service (devant le juge administratif) du fait de l'impossibilité de bénéficier des « soins les plus appropriés » et des thérapeutiques les plus efficaces en service inadéquat.

Déclinaison du principe d'égalité devant le service public hospitalier, le principe du droit à l'admission est notamment repris aux articles L6112-2 et R1112-14 du Code de la santé publique⁵⁴. Il enjoint les établissements publics de santé⁵⁵ d'accueillir, le cas échéant en surnombre, tout patient susceptible de se présenter ou, à défaut, de s'assurer de son admission dans un autre établissement adapté. Ainsi, d'un point de vue strictement juridique, il est nécessaire, une fois les premiers secours délivrés, de rechercher une place dans un autre établissement -en pratique, cette solution est rarement mise en œuvre, hormis des cas spécifiques- avant d'admettre un patient en surnombre. Sur ce dernier point, la jurisprudence du Conseil d'Etat⁵⁶ est, à défaut d'être pléthorique (ce dont il faut sans doute se féliciter), très claire : un défaut d'admission dans un service approprié s'analyse comme une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service.

La tension existant entre ces deux contraintes -comment assurer des soins appropriés dans un service inadéquat ?- illustre les difficultés auxquelles sont confrontés au quotidien

⁵⁴ Ce principe figure également au paragraphe premier de la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés.

⁵⁵ La même règle s'applique aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH).

⁵⁶ CE, 16 juin 2000, Hospices civils de Lyon : à propos d'une parturiente hospitalisée dans un service inapproprié des HCL (spécialistes *non compétents* et absence des équipements nécessaires), faute de place en service de néonatalogie.

les directeurs d'hôpital. Quoi qu'il en soit, au regard du bref panorama législatif et réglementaire qui vient d'être présenté, la faiblesse des normes externes impose la mise en place de protocoles internes de gestion des hospitalisations en service inadéquat. Outre qu'elle permet d'anticiper et donc de mieux gérer un afflux de patients, cette protocolisation permet une clarification des responsabilités à l'hôpital. Elle permet, par exemple, d'éviter au chef du service hébergeant de voir sa responsabilité engagée pour n'avoir pas organisé la prise en charge médicale des patients relevant d'une autre spécialité ou d'un autre praticien⁵⁷.

d) *Les solutions apportées en interne au problème des hospitalisations en service inadéquat*

En l'absence de cadre juridique de référence au niveau national ou de grandes orientations données par le Ministère, il appartient à chaque établissement de mettre en place une organisation capable de résoudre au mieux les difficultés découlant des hospitalisations en service inadéquat.

Le Centre hospitalier de Saint-Malo est parvenu à résoudre partiellement ces difficultés en mettant en œuvre des mesures de deux types, l'une structurelle, l'autre conjoncturelle :

Une mesure structurelle : la création de l'UMGP

Déjà évoquée lors de la présentation de l'offre de soins, la création de l'UMGP a permis de fluidifier l'aval des urgences tout en assurant une meilleure prise en charge des personnes âgées polypathologiques. En effet, ces patients qui relèvent d'un service médecine gériatrique aiguë, étaient auparavant placés dans des services de spécialités qu'ils contribuaient à engorger. En outre, ces services ne pouvaient éviter que la personne âgée ne bascule dans la dépendance à l'occasion de cette hospitalisation même « bénigne ».

La capacité de l'UMGP initialement fixée à 14 lits a été étendue à 18 lits en juin 2004 pour faire face aux besoins croissants exprimés par le SAU.

⁵⁷ Rappelons que, au terme de l'article L6146-5 du Code de la santé publique « le chef de service assure la conduite générale du service et organise son fonctionnement technique » et que, en vertu d'une jurisprudence du Conseil d'Etat (CE, 25 février 1976, Alcaï), un praticien ne peut refuser de délivrer les soins indispensables à un patient hospitalisé dans son service. En l'absence de protocole, le chef du service hébergeant est donc responsable de tout patient accueilli dans son service.

Une mesure conjoncturelle : la mise en œuvre d'un protocole interne

L'existence d'un protocole interne, spécifique à la période estivale et actualisé chaque année⁵⁸, permet incontestablement de contenir les tensions entre praticiens à propos du sujet sensible des hospitalisations en service inadéquat. En outre, il permet de sécuriser les couvertures médicales et donc de clarifier les responsabilités des praticiens.

Ainsi, au cours de l'été 2005, il est prévu que les hébergements de médecine soient préférentiellement accueillis sur 5 lits d'ORL pour les patients relevant des disciplines installées dans un bâtiment et sur 5 lits de chirurgie gynécologique pour les patients relevant des disciplines installées dans l'autre bâtiment principal.

A l'initiative du médecin urgentiste, la prise en charge médicale de ces patients est :

- soit affectée à un service de spécialité clairement identifié, au regard de l'état du patient. Dans ce cas, la prise en charge médicale du malade, quel que soit son lieu d'hébergement, relève du service de médecine de spécialité identifié par le SAU. A cet effet, le SAU a mis en circulation une fiche de liaison mentionnant l'identification du service traitant et du service hébergeur. Elle est intégrée au dossier du patient et transmise au service hébergeur ; à charge pour lui de contacter l'équipe médicale du service de référence pour la prise en charge.
- soit fait l'objet d'une orientation généraliste ne permettant pas le rattachement à une spécialité. Dans ce cas, la prise en charge médicale du malade incombe au service de référence du jour de l'admission qui assurera le suivi tout au long du séjour. C'est la raison pour laquelle est diffusée au sein des services un tableau de médecine de référence.

En tout état de cause, le chef de service hébergeur demeure le responsable de la coordination des soins.

e) Impact de l'activité saisonnière sur les hospitalisations en service inadéquat

Intuitivement, on pourrait s'attendre à une augmentation significative du nombre d'hospitalisations en service inadéquat, notamment au cours des deux mois d'été, à la faveur des fermetures de lits. La mission IGAS note d'ailleurs que l'afflux de patients

⁵⁸ Note d'information n°05-079 du 4 juillet 2005 relative à la fermeture de lits de chirurgie et à la gestion des hébergements durant la période estivale.

enregistré durant l'été 2003 dans la plupart des hôpitaux a conduit à une « multiplication des hébergements », « pratique courante dans beaucoup d'établissements mais qui, en la circonstance, a été sensiblement amplifiée ». Une pression accrue sur le SAU devrait donc inévitablement se traduire par une pression accrue en aval même si cette hypothèse doit être relativisée sur la base de deux éléments. D'une part, l'activité estivale est davantage orientée vers les passages externes que vers les passages donnant lieu à hospitalisation. D'autre part, comme l'a montré la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) dans son enquête relative au temps d'attente aux urgences, une hausse du nombre de lits d'aval ne se répercute pas automatiquement sur la fluidité du « trafic patients » depuis les urgences.

Cependant, les données relatives au Centre hospitalier de Saint-Malo ne permettent pas de mettre en évidence une augmentation des hospitalisations en service inadéquat en période de forte activité. Comment expliquer ce constat ?

Lorsque l'on analyse plus finement les données, service par service, on s'aperçoit que l'activité estivale a bel et bien un impact mais que celui-ci est à mesurer au niveau des services et non au niveau de l'établissement.

De fait, il apparaît que cet impact se trouve corrélé avec l'hypothèse de la substitution de clientèle évoquée précédemment : les services qui se caractérisent par une activité estivale forte (services de chirurgie), habituellement hébergeurs, placent certains de leurs patients l'été dans des services où l'activité est moindre à cette période de l'année.

C) La volonté de développer les admissions directes

Une organisation pourrait être trouvée afin de faciliter les admissions directes en services de spécialités, c'est-à-dire sans transit par le SAU. L'UMGP pourrait, par exemple, voire sa capacité étendue, ce qui améliorerait la qualité de la prise en charge des personnes âgées. En effet, une capacité étendue permettrait de réaliser des admissions directes – c'est d'ailleurs l'un des objectifs fixés par le SROS Personnes Agées 2003/2007- . Actuellement rendue difficile par la « pression » exercée sur l'UMGP, la programmation de certaines hospitalisations éviterait aux personnes âgées d'attendre longuement au service d'accueil des urgences dans des conditions de confort insuffisantes et donc de dégager des espaces et du temps médical et soignant pour la prise en charge des « vraies urgences ». Cette programmation est susceptible de concerner les situations que l'on pourrait qualifier d'urgence différée et qui renvoient à des états pathologiques d'installation progressive ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate.

→ La gestion des flux d'aval, problématique par ailleurs ô combien fondamentale du fait du vieillissement accru de la population, ne fait pas l'objet de développements particuliers dans la mesure où la période estivale ne présente pas de particularités par rapport au reste de l'année sur les secteurs SSR et du long séjour, la clientèle estivale étant majoritairement jeune et ayant peu recours à ce type de services comme nous l'avons évoqué en introduction.

Rappelons simplement que la gestion des flux d'aval (sortie du patient en SSR, long séjour, retour à domicile...) se heurte à l'insuffisance de capacités en SSR sur le secteur sanitaire 6 (une extension de capacités est cependant probable) ainsi qu'à l'insuffisance des services de soins à domicile qui imposent le maintien de certaines personnes âgées en structures de court séjour et génèrent des DMS *outliers* très pénalisantes pour le fonctionnement et le financement de l'établissement.

Pour améliorer sa filière de prise en charge, le Centre hospitalier poursuit le développement de ses complémentarités avec les établissements voisins (conventions permettant des transferts aisés) et tente actuellement de développer l'HAD.

2.2 La gestion contrainte des ressources humaines

2.2.1 La ressource humaine non médicale

A) Congés annuels et période estivale : cadre national, réalités locales

Si la législation est sans ambiguïtés, son application sur le terrain recèle des difficultés parfois inextricables. Alors que les établissements des grandes villes (comme l'APHP, Paris se vidant de sa population) suggèrent à leurs personnels de prendre leurs congés annuels durant les mois d'été, les hôpitaux situés en zone touristique tentent, non sans difficultés, d'inciter leurs personnels à faire le contraire.

a) *Rappel des dispositions réglementaires*

L'article 2 du décret n°2002-8 du 4 janvier 2002⁵⁹ dispose :

⁵⁹ Décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des 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.

« le tableau prévisionnel des congés annuels est fixé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après consultation des agents intéressés et *compte tenu des nécessités de service*. »

« l'autorité investie du pouvoir de nomination permet à chaque agent de bénéficier de trois semaines de congés annuels consécutives durant la période d'été, *sauf contrainte impérative de fonctionnement du service* ».

Par conséquent, le personnel ne dispose pas d'un droit absolu à trois semaines consécutives de congés d'été puisque ce droit est amodié par la possibilité offerte au directeur –autorité investie du pouvoir de nomination- de le moduler en fonction des nécessités de service. Or, il est bien évident que l'obligation d'assurer la continuité des soins, le cas échéant en imposant aux soignants de travailler en période estivale, constitue pour un établissement public de santé une nécessité de service.

En outre, l'annualisation du temps de travail prévue dans le cadre de la législation relative au temps de travail devrait permettre de faire varier, dans les limites prévues par la loi et par les protocoles internes, la charge de travail des personnels en fonction de l'activité réelle des services. Il ne s'agit pas d'introduire de la flexibilité dans la mesure où l'organisation du travail n'est pas tributaire de fluctuations d'activité qui échapperaient à toute prévisibilité. Bien au contraire, elle pourrait faire l'objet d'une planification.

b) *La mise en place d'une nouvelle organisation en 2005 au Centre hospitalier de Saint-Malo*

Présentation du dispositif

Afin d'organiser au mieux le fonctionnement des services au cours de l'été, le Centre hospitalier de Saint-Malo a mis en place en 2005 un système d'étalement des congés annuels synthétisé dans une note de service⁶⁰ signée par le chef d'établissement. Le principe des trois semaines de congés annuels en été n'a pas été remis en question mais le cadre de référence a été élargi, entre le 20 juin et le 11 septembre. La définition de 4 périodes consécutives de 3 semaines entre ces deux dates devait permettre d'empêcher que la proportion d'agents absents simultanément excède 25% des effectifs en ETP, personnel de nuit inclus.

⁶⁰ Direction du Personnel et des Relations Sociales, note de service n°05-003 du 3 février 2005.

Durant ces douze semaines, les congés annuels sont prioritaires sur toute autre demande. Ainsi, sauf les journées RTT prévues dans le planning, les agents ne peuvent pas prendre de RTT ou toute forme de récupération (heures supplémentaires, fériés hors 14 juillet et 15 août...). De même, les autorisations spéciales d'absence relatives à des évènements familiaux prévisibles (mariage, naissance...) ne peuvent venir s'ajouter aux congés annuels sollicités. Enfin, le bénéfice du Compte Epargne Temps n'est pas garanti, la Direction pouvant, le cas échéant, s'opposer à une demande de congés au titre du CET.

Ce dispositif ne concerne que les services ayant sollicité des remplacements pour l'été 2005. Il ne concerne pas uniquement les personnels soignants mais aussi certaines catégories de personnels administratifs (notamment les secrétaires médicales) et de personnels techniques (quelques remplacements sur les fonctions logistiques : restauration, blanchisserie et service intérieur).

Objectifs du dispositif

- Assurer la continuité des soins.

En 2004, une tension extrême avait été rencontrée sur les remplacements d'été à tel point que la Direction avait envisagé un temps de restreindre à deux semaines le droit de tirage sur les congés annuels durant les deux mois d'été. C'est précisément pour éviter qu'une telle situation ne se reproduise que le choix d'organiser la négociation d'un nouveau dispositif a été fait dès la fin de l'année 2004 et ce afin d'avoir une meilleure visibilité sur le fonctionnement estival et de mieux anticiper les besoins de recrutements.

- Assurer la qualité des soins

Le maintien des capacités d'hospitalisation est accompagné des effectifs nécessaires pour en assurer le fonctionnement dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Pour autant, la question des effectifs ne doit pas être envisagée uniquement d'un strict point de vue quantitatif. En effet, les ressources humaines sont, par essence, un domaine dans lequel la dimension qualitative est fondamentale. Ainsi, la Direction a souhaité que la question de la qualification des agents ne soit pas occultée. Lorsque des aides-soignants

sont remplacés par des agents des services hospitaliers⁶¹ ou lorsque des infirmières expérimentées sont remplacées par de jeunes infirmières « fraîchement » diplômées, il y a tout lieu de s'interroger sur la compétence. Du fait des renforts extérieurs, on constate que les équipes sont moins structurées qu'à l'habitude car les agents ne se connaissent pas, que l'investissement personnel des professionnels est moindre compte tenu du laps de temps assez court de présence dans le service, que le manque d'attractivité de l'établissement (lourdeur de la charge de travail) ne permet pas toujours de réaliser une véritable sélection, faute d'un nombre suffisant de candidats sur les postes proposés⁶².

La Direction des soins exige désormais que les agents recrutés aient au minimum soit un diplôme dans le secteur sanitaire et social, soit un minimum d'expérience professionnelle. La Direction des soins travaille également à une limitation des glissements de tâches. Notons, cependant, que son action n'est guère facilitée par la réglementation relative aux contrats aidés. Ainsi, il sera vraisemblablement difficile de positionner l'ensemble des personnels recrutés sur la base d'un contrat d'avenir sur le bionettoyage. Or, il n'est pas souhaitable que ces agents soient au lit du malade.

- Permettre aux agents qui le souhaitent de partir trois semaines consécutives en congés durant l'été

Etant donné la situation balnéaire de l'établissement, une mesure restreignant les congés annuels d'été à deux semaines aurait pu être retenue, à l'image de ce qui s'est fait dans certains centres hospitaliers bretons (Centre hospitalier de Quimper notamment). Cependant, la volonté de ne pas pénaliser le personnel a conduit la Direction à refuser toute décision autoritaire de ce type et à privilégier le dialogue au sein des services et la responsabilité des équipes.

- Proposer aux remplaçants des contrats plus longs

Les difficultés de recrutement que nous détaillerons plus avant imposent aux établissements publics de santé un effort particulier pour se rendre attractifs. Sans entrer dans la surenchère à laquelle se livrent certains hôpitaux, le Centre hospitalier de Saint-Malo a souhaité proposer des contrats plus longs aux remplaçants et s'est également engagé à les faire bénéficier du paiement des congés annuels attachés à leur propre contrat.

⁶¹ Ce glissement de tâches a fait l'objet d'une recommandation dans le rapport d'accréditation de l'HAS.

- Limiter le nombre de mensualités de remplacement

Bien que cet objectif ne soit évidemment pas affiché comme tel, la nouvelle politique de congés annuels vise non pas à faire des économies mais à contenir le paiement des mensualités de remplacement. En effet, le niveau de consommations des mensualités de remplacement est déjà assez élevé tout au long de l'année, du fait notamment d'un absentéisme non négligeable (taux de présence effectif : 90%). Or, en 2004, l'activité estivale a généré plus de 200 mensualités de remplacement⁶³ -essentiellement pour du personnel soignant⁶⁴-, soit également 200 mensualités supplémentaires par rapport au niveau de consommation moyen ; ce qui, en termes strictement financiers, représentent un coût additionnel de l'ordre de 460.000 euros⁶⁵...

En outre, ce niveau élevé nuit à l'emploi en général dans l'établissement puisqu'il est vraisemblablement acquis que les recettes liées à la T2A seront prioritairement affectées aux mensualités de remplacement avant d'envisager le financement de créations d'emplois pérennes.

Les difficultés de mise en place du dispositif

Ce nouveau dispositif a été imaginé en fin d'année 2004. Il a tout d'abord été présenté et négocié avec les représentants du personnel au cours de nombreuses réunions organisées par la Direction du Personnel et des Relations Sociales entre novembre 2004 et janvier 2005. D'abord ouverts à la discussion, les syndicats ont, courant janvier, lancé une pétition dans laquelle ils appelaient à rejeter l'imposition de quatre périodes fixes de congés annuels pour les vacances d'été 2005. Cette pétition a rencontré un certain écho dans l'établissement.

Pour autant, le front syndical s'est progressivement lézardé. Certains syndicats se sont peu à peu raidis, n'hésitant pas à revenir sur des points de la négociation qui, pourtant, avaient été actés. Alors que les discussions progressaient et que divers amendements proposés par les syndicats avaient été acceptés par la Direction, la CGT et SUD ont choisi de s'opposer frontalement à la Direction sur ce dossier en lançant un mouvement de grève. Cette décision, prise au nom de l'intersyndicale, a provoqué le retrait de la CFDT. FO a, pour sa part, regretté que certains agents aient profité de la présentation

⁶² Ainsi, en 2004, il y avait davantage de postes que de candidats.

⁶³ 234 exactement si l'on inclut les mois de juin et septembre (*source : bilan social*)

⁶⁴ Réparties comme suit : 55% AS/ASH, 16% IDE, 29% pour les services administratifs (secrétaires médicales essentiellement), logistiques et techniques.

⁶⁵ Calcul réalisé sur la base du coût moyen de la mensualité sur poste de remplacement.

des vœux par la Direction et de la remise des médailles, «cérémonie où le Centre hospitalier remercie les personnels de leur services rendus », pour manifester leurs revendications sur le thème des congés annuels.

Devant l'impossibilité de trouver un compromis, la Direction s'est donc retrouvée dans l'obligation de mettre en œuvre par note de service le dispositif décrit ci-dessus.

Cependant, ce nouveau dispositif n'a, semble-t-il, pas entièrement porté ses fruits puisque certains services n'ont pas joué le jeu de l'étalement des congés. En fait, lorsque l'on dresse un premier bilan de cette expérimentation⁶⁶, en faisant abstraction de cas extrêmes (nombre non significatif d'agents, volonté d'opposition), il apparaît que la règle est loin d'avoir été respectée dans tous les services, malgré les divers renvois de plannings pour non-conformité effectués par la Direction des soins.

Demi succès -l'idée d'une meilleure régulation des congés annuels au Centre hospitalier progresse- ou demi échec –compte tenu de la culture sociale locale, l'institution n'est pas parvenue à mettre en œuvre une politique déjà minimaliste au regard de ce qui se pratique dans d'autres établissements-, il conviendra de repenser le dispositif en 2006. Faut-il se contenter d'appliquer le même dispositif ou faut-il imposer une organisation plus contraignante, au prix d'un passage en force susceptible de générer une certaine mobilisation sociale ? Faut-il sanctionner un encadrement incapable de relayer une politique d'établissement ? Faut-il mettre sur le devant de la scène les problématiques d'ordre financier en soulignant l'impact négatif des remplacements sur le niveau d'emplois ?

c) *analyse de la problématique*

Cette épisode illustre, à mon avis, fort bien les écarts existant entre les potentialités offertes par le droit positif et les obstacles rencontrés par le management pour mettre en œuvre une politique compatible avec les besoins sanitaires de la population. En effet, au-delà des questions de pure gestion et même si les contingences locales sont

⁶⁶ Notons d'ailleurs que la réalisation d'un premier bilan n'est pas aisée dans la mesure où certains cadres de santé ne souhaitent pas nécessairement faire remonter l'information sur l'organisation des congés dans leur service. Certains ont positionné d'office un remplacement dans les plannings alors que précisément l'élaboration des plannings avait pour objectif de faire apparaître les besoins de remplacement ; d'autres ont positionné des RTT sur les mois d'été...

incontestables⁶⁷, la mise en place de ce nouveau dispositif de congés annuels renvoie à des interrogations majeures sur l'évolution de la place du service public.

Bien qu'il soit sans doute possible d'invoquer des conditions de travail dégradées et les contraintes liées au calendrier scolaire pour refuser tout compromis dans l'organisation des congés annuels, il n'en demeure pas moins que l'on ne peut qu'être étonné du peu d'attention accordé par les personnels et leurs représentants à des questions aussi fondamentales que la nécessité d'assurer une couverture soignante suffisante l'été ou de maintenir un niveau de compétences satisfaisant. En fait, ces questions s'effacent devant les intérêts individuels des agents. L'intérêt général au sein du service public hospitalier semble parfois se résumer à la somme des intérêts particuliers de ses agents...

Le discours porté par l'institution - les effectifs doivent pouvoir être ajustés en fonction des besoins des patients et non en fonction des congés des personnels - n'a jamais réellement trouvé d'échos favorables. Surtout, l'esprit du dispositif n'a pas rencontré l'adhésion des personnels. Par exemple, des agents en congés maladie pendant plusieurs semaines en juin ou juillet exigent que leurs congés annuels leur soient octroyés au mois d'août. Bien entendu, la Direction n'est pas en mesure de refuser ce type de demandes. Pour autant, elles sont révélatrices d'un refus délibéré de toute prise en considération des contraintes de l'établissement et des nécessités sanitaires de la population.

B) La politique de remplacement et de recrutement

Dans son rapport d'accréditation, l'HAS note que « les besoins de remplacement d'été sont anticipés par une planification des congés annuels et le recrutement de personnels qualifiés ».

a) *la recherche de l'attractivité face aux difficultés de recrutement*

Les difficultés de recrutement dans les hôpitaux sont liées à divers facteurs aujourd'hui bien identifiés : pénurie de professionnels de santé formés (contexte de démographie

⁶⁷ Aussi surprenant que cela puisse paraître, il me semble qu'il existe une culture propre au pays malouin qui, en matière sociale, se traduit par un certain refus de l'autorité. D'autres centres hospitaliers comme le Centre hospitalier des Sables d'Olonne ont, depuis des années, mis en place un dispositif estival beaucoup plus contraignant sans que cela provoque un quelconque mouvement social.

soignante défavorable), modification des comportements (négociation des conditions de travail), effet de l'aménagement et de la réduction du temps de travail...

Si, de façon générale, le Centre hospitalier de Saint-Malo n'éprouve pas de difficultés particulières à recruter, son attractivité apparaît plus limitée en période estivale et ce pour les motifs suivants :

- des conditions de travail jugées dégradées. La charge de travail est vraisemblablement plus importante, tous les départs en congés annuels ne pouvant donner lieu à remplacement systématique. Néanmoins, les données fournies par le PENDISCAN ne font pas apparaître de particularités propres à la période estivale et ce quel que soit le service pris en considération. Il semblerait, cependant, que la pertinence de cet outil soit discutable en la matière, ce dernier visant davantage à analyser le degré de complexité de la réponse des soignants face à la dépendance des patients qu'à évaluer la charge de travail réelle.
- une durée de contrat souvent insuffisante : en 2005, les contrats proposés sont des contrats de quatre mois. Ils n'étaient que de quelques semaines auparavant mais ils peuvent atteindre six mois dans certains établissements. Or, la durée du contrat est un facteur déterminant pour fidéliser des agents jeunes.

A noter que le Centre hospitalier de Saint-Malo n'est pas concerné par une programmation inadaptée des études des IDE. L'organisation de la scolarité relevant désormais de la compétence de chaque IFSI, les sorties d'école généralement réalisées en juin le sont aujourd'hui plutôt en octobre, ce qui a pour conséquence d'écarter du marché du travail des IDE disposées à travailler durant l'été qui suit leur diplôme. A Saint-Malo, les sorties ont lieu en avril, ce qui s'avère donc plutôt favorable.

b) le recours limité à l'intérim

En dépit de ces difficultés, le recours à l'intérim apparaît limité, essentiellement pour des raisons de coût.

En 2005, il n'a pas été fait appel à l'intérim : des remplaçantes ont été trouvées en direct à chaque besoin sur arrêt. Ces dernières années, le recours à l'intérim n'a été que ponctuel : il s'agit de faire face à des besoins imprévisibles et de très court terme. Ainsi, à titre d'exemple, seulement deux contrats concernant les secrétaires médicales ont été signés en 2004 avec les deux principales entreprises d'intérim dans le secteur de la santé (Quick médical et l'Appel médical) : un contrat de deux semaines (16 au 31 août) et un contrat de deux jours (5 et 6 août) pour un coût respectif de 2560 euros et de 378 euros.

c) *la mobilité des personnels entre les services : privilégier les redéploiements entre services*

Dans la perspective de bon fonctionnement d'un service public, il est sans doute nécessaire de concentrer les moyens et les compétences, l'été, sur les services d'urgence et de réanimation ainsi que sur l'aval «direct» du SAU (médecine interne, chirurgie orthopédique et traumatologique). Ainsi, le SAU bénéficie de renforts ponctuels l'été. Deux ETP IDE supplémentaires sont affectés à ce service entre juin et septembre. Pour les AS et les ASH, les renforts ne sont pas systématiques mais fonction de deux variables : le besoin objectif du service et la possibilité d'avoir un agent disponible. Toutefois, ce besoin étant désormais incontestable, un renfort en ASH est prévu dès 2006.

Les redéploiements peuvent permettre d'assurer un maintien des compétences au sein d'un service. Ils sont évidemment réalisés de façon systématique depuis le service de chirurgie urologique fermé durant les mois d'été vers le service de chirurgie viscérale ainsi que vers l'effectif volant.

Néanmoins, un fonctionnement très réactif s'avère cependant extrêmement difficile à mettre en œuvre, en particulier parce qu'il suppose la mobilité du personnel. Or, si en période de crise sanitaire ou de grève, cette nécessité de mobilité est bien comprise, elle l'est moins en période normale. En outre, cette perspective bute sur un certain manque de polyvalence du personnel –le passage d'un service de médecine à un service de chirurgie n'est pas neutre- qui nécessiterait des actions de formation régulières. Mais, le coût de ces actions pourrait s'avérer supérieur aux gains découlant d'une mobilité régulière accrue. D'autant que la formation initiale des IDE permet normalement d'exercer dans n'importe quel service, à l'exception des services très spécialisés tels que la réanimation, la dialyse, les soins intensifs de cardiologie... Cette polyvalence est d'ailleurs la règle au sein du pool de remplacement.

Si la réduction de la dispersion des moyens est un véritable objectif pour les Centres hospitaliers dont l'activité régresse en période estivale, cet objectif n'apparaît pas tenable en zone touristique, compte tenu de la nécessité d'assurer le fonctionnement de tous les services. Ainsi, au Centre hospitalier de Saint-Malo, les seuls redéploiements concernent le personnel du service de chirurgie urologique qui ferme ses lits durant la période estivale.

d) *Solutions alternatives*

En premier lieu, on peut envisager un recours accru aux heures supplémentaires. Pour l'instant, il est effectif au bloc opératoire qui fonctionne sans remplacement d'été (hors effectif volant), essentiellement pour des questions de qualification du personnel. Il est

d'ailleurs intéressant de noter que les remplacements médicaux impactent le quota d'heures supplémentaires : la « dextérité variable » des chirurgiens détermine le temps d'intervention au bloc et donc le temps de présence des équipes soignantes.

En second lieu, à l'image de ce qui se fait au CHU de Rennes et qui a permis de diminuer le nombre de remplacements demandés, il pourrait être envisagé de proposer aux agents contractuels à temps non complet d'augmenter leur quotité de temps pour la période estivale. Toutefois, cette solution se heurte à une réalité simple : rares sont les contractuels à temps non complet.

En troisième lieu, il peut être opportun de réfléchir à des dispositifs d'incitations. Par exemple, il est tout à fait concevable que le montant de la prime de service soit modulé en fonction de l'assujettissement de chaque agent aux nécessités de service dictées par l'activité saisonnière. Cependant, les dispositifs visant à octroyer des bonifications de congés aux agents posant des congés annuels en dehors de la période estivale, dispositifs expérimentés dans certains établissements, ne semblent pas toujours avoir donné satisfaction.

2.2.2 La ressource humaine médicale

A) La planification des congés des praticiens

Il est difficilement concevable d'admettre une réduction des effectifs médicaux alors même que la charge de travail, au moins dans certains services, s'accroît. Pour autant, il est également nécessaire d'accorder aux praticiens leurs congés annuels. Par conséquent, l'enjeu pour le Centre hospitalier consiste à organiser en amont de la saison estivale les vacances de ces praticiens afin d'anticiper au mieux les besoins de recrutement⁶⁸. Comme pour le personnel soignant, l'objectif est de limiter au maximum les recrutements, tant pour des motifs d'ordre budgétaire que pour des motifs de compétences ou de rareté de la ressource⁶⁹. Reste que si la compétence de certains praticiens à diplôme étranger est parfois sujette à caution, le nombre de plaintes

⁶⁸ Rappelons qu'aucun recrutement n'a lieu au SAU qui fonctionne sur la base de son effectif habituel.

⁶⁹ L'attractivité du Centre hospitalier de Saint-Malo semble toute relative pour les médecins.

enregistrées et le nombre d'actions en responsabilité engagées contre des recrutements estivaux ne sont pas plus élevés.

Les vacances des praticiens sont généralement prévues plusieurs mois à l'avance. Il leur est demandé de s'organiser afin d'éviter un chevauchement des périodes d'absence et donc une rupture dans la continuité de services qui, dans certaines spécialités, reposent uniquement sur quelques médecins. Dans nombre d'hôpitaux de taille moyenne, le fonctionnement des services étant très opérateur-dépendant, les médecins doivent nécessairement être consultés très en amont afin que la Direction puisse, par la suite, inciter le personnel non médical à positionner ses jours de congés à la même période. En outre, cette planification des congés médicaux évite des programmations à tort de consultations et des déplacements inutiles des patients.

En 2004, 536 jours ETP de remplacements médicaux pour congés annuels en période estivale⁷⁰ ont été assurés, soit 17.67 mensualités pour un coût de 141.350 euros. Si l'on ajoute à cette somme le coût des mensualités de remplacement supplémentaires pour le personnel non médical, on aboutit à un montant total de l'ordre de 600.000 euros.... A titre de comparaison, cela représente près de 80% du montant des « gains » liés, en 2004, à la T2A (différence entre les recettes perçues en 2004 et ce qui aurait été perçu en système de budget global, *ceteris paribus*).

La planification des congés permet donc bien de mieux anticiper les recrutements estivaux. Toutefois, si un praticien recruté temporairement venait à faire défection, l'organisation estivale s'en trouverait profondément remise en cause, au moins dans certaines disciplines. Il en va de même en cas d'absence non programmée (congé maladie) d'un praticien titulaire, le roulement de gardes pouvant s'avérer particulièrement éprouvant pour les médecins...et difficilement compatible avec la réglementation européenne sur le temps de travail des médecins (paiement de plages additionnelles⁷¹). On se rend donc bien compte que ce fonctionnement à flux tendu n'est pas sans risque potentiel... Même si un système de rappel des praticiens en congé a été organisé en 2005, il serait sans doute nécessaire de procéder à quelques transferts vers le CH de Dinan ou, plus vraisemblablement, vers le CHU de Rennes et ce, au détriment d'une prise en charge de proximité. Il n'en demeure pas moins que, comme ce dernier ferme une part

⁷⁰ La période estivale est entendue au sens large : de juin à septembre.

⁷¹ Le temps additionnel est le temps de travail effectué au-delà des 48 heures définies dans la Directive européenne. Ce temps additionnel ne peut être effectué que sur la base du volontariat individuel. La plage additionnelle est l'unité qui permet de comptabiliser le temps additionnel.

non négligeable de ses capacités en juillet et août, il rencontrerait également des problèmes de capacité. On peut donc regretter que la qualité du service public hospitalier puisse, le cas échéant, être « victime » de ce type de contingences.

B) Le problème de l'organisation médicale des prises en charge dans les services d'urgence

Le niveau d'activité des services d'urgences situés en zone touristique connaît d'importantes variations au cours d'une année comme l'ont illustré les données chiffrées présentées en introduction. En outre, on observe une déformation de la structure d'activité au sein même des services d'urgences, la proportion de passages externes par rapport aux passages donnant lieu à hospitalisations étant plus élevée.

Ce constat semblerait devoir imposer une mise en adéquation de l'organisation médicale à la demande de soins qui, contrairement à l'organisation soignante généralement renforcée, n'est pas toujours la règle. Ce décalage tient essentiellement à deux raisons.

D'une part, certains hôpitaux sont confrontés à de permanentes difficultés de recrutement que l'évolution de la démographie médicale risque de rendre à l'avenir plus prégnantes encore. Des postes budgétés ne trouvent pas preneur. En effet, leur attractivité, déjà parfois limitée en cours d'année, est encore plus faible en période estivale : les médecins des services d'urgences ont la certitude d'avoir une lourde charge de travail et des conditions d'exercice jugées dégradées (recrudescence du nombre de gardes). C'est la raison pour laquelle certains établissements n'hésitent pas à loger à leurs frais des médecins recrutés temporairement.

Une opportunité, néanmoins : il existe de nombreuses modalités facilitantes pour le recrutement des médecins, les gestionnaires disposant d'une liberté non négligeable pour adapter le contrat et la rémunération au profil du médecin. Reste que cette diversité des modalités est génératrice de fortes inégalités salariales⁷² et, surtout, de comportements médicaux déontologiquement discutables. Il en va ainsi des praticiens hospitaliers dits « mercenaires » : la disponibilité étant un position statutaire de droit chez les praticiens hospitaliers, certains d'entre eux font le choix de faire des remplacements ponctuels de plus ou moins longue durée, de préférence dans des hôpitaux publics jugés peu attractifs,

⁷² Ces inégalités sont, néanmoins, généralement en corrélation avec les qualifications du praticien.

et négocient alors une rémunération plus favorable (par exemple, au forfait journalier⁷³). Si ce phénomène demeure encore circonscrit, il devrait s'étendre avec la raréfaction de la ressource médicale. Cette situation ne semble, cependant, pas émouvoir les autorités de tarification et de tutelle pour qui, sans doute, elle est un puissant facteur d'accélération des restructurations.

D'autre part, les médecins avancent un argument d'une toute autre nature qui, à la lumière de l'analyse de la clientèle réalisée, peut expliquer leur apparente absence de réactivité. Ils soutiennent que l'activité d'un service d'urgences ne doit pas uniquement être appréciée d'un point de vue quantitatif. En effet, l'été, l'importante activité numérique semble aller fortement de pair avec des prises en charge certes nombreuses mais relativement simples à assurer (notamment en petite traumatologie). Elle s'accompagne d'un turnover accéléré qui permet de disposer à bref délai de lits d'aval. En revanche, l'hiver, la difficulté à diagnostiquer certains patients –personnes âgées polypathologiques en décompensation- et à les faire admettre en hospitalisation –parfois faute de lits, parfois, faute de trouver une orientation adéquate- complique le travail des urgentistes.

a) *Le cas du Centre hospitalier de Saint-Malo*

Au Centre hospitalier de Saint-Malo, si les effectifs médicaux sont adaptés aux courbes de fréquentation journalière, ces mêmes effectifs sont allégés le week-end –alors que l'activité du samedi et du dimanche est, en moyenne, légèrement supérieure à celle du reste de la semaine, le différentiel n'étant cependant pas très significatif-. Surtout, les effectifs sont allégés durant les mois d'été. De fait, les week-ends et l'été, l'effectif médical du SAU ne dépasse guère le minimum imposé par la réglementation⁷⁴. Celle-ci impose la présence de deux médecins seniors 24 heures sur 24, l'un pouvant être à tout moment mobilisé pour une intervention du SMUR.

Aucun remplacement n'est financé au Centre hospitalier de Saint-Malo depuis 2004 : l'octroi de moyens supplémentaires en termes d'effectifs médicaux tout au long de l'année a pour contrepartie l'obligation pour les praticiens du service de mieux répartir leurs congés annuels pour pouvoir gérer l'activité saisonnière sans renforts spécifiques. Compte tenu des effectifs médicaux, seuls trois médecins sur les onze que compte le service peuvent partir simultanément en congés annuels. Cette nouvelle organisation impose des prises de garde un week-end sur deux à trois. Par conséquent, un allègement

⁷³ Le forfait journalier remplace les rémunérations à la vacation.

⁷⁴ Article D712-54 du code de la santé publique issu du décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

des effectifs d'hiver au profit des effectifs d'été conduirait inévitablement à accélérer encore le rythme des gardes. Dans ces conditions, on peut comprendre la réticence du chef de service à mettre en place cette réorganisation souhaitée par la Direction des affaires médicales et des coopérations... Cette réorganisation apparaît d'autant moins acceptée que les urgentistes jugent les conditions de fonctionnement hors saison déjà minimalistes compte tenu de la lourdeur de la prise en charge de certains patients.

b) *Mise en perspective de l'organisation médicale du SAU avec le problème particulier des délais d'attente*

Il y a tout lieu de penser que les délais d'attente, un des problèmes récurrents des services d'urgences, sont plus importants l'été. Or, envisagés d'un point de vue strictement juridique, ces délais d'attente ne sont pas sans conséquences. Ces délais peuvent être incompressibles car dépendants d'éléments externes (exemple : temps d'analyse d'un prélèvement sanguin). Cependant, ils découlent parfois d'organisations défailtantes, notamment sur le plan de la présence médicale. Or, ce type de difficultés ne permet pas d'exempter un établissement public de santé de sa responsabilité en matière d'organisation et de fonctionnement du service. Ce concept, suffisamment flou pour permettre aux juridictions administratives d'apprécier en opportunité une faute hospitalière, peut conduire à des condamnations. Même si celles-ci sont encore rares, l'intégration par le juge administratif de la notion de perte de chance pourrait les multiplier. Ainsi, dans un arrêt du 16 novembre 1998⁷⁵, le Conseil d'Etat a jugé « qu'un diagnostic rapide aurait conservé à la victime des chances de récupération totale » et a donc mis en cause de façon implicite l'organisation du services d'urgences.

Par conséquent, il apparaît nécessaire au Centre hospitalier de Saint-Malo de mettre en place une organisation médicale davantage en adéquation avec les besoins des patients et ce même si, réglementairement, rien n'impose la mise en place d'une organisation à géométrie variable⁷⁶. Ainsi, aux Centres hospitaliers des Sables d'Olonne et de Royan, une présence médicale renforcée est assurée pendant les deux mois d'été par la présence d'un médecin urgentiste supplémentaire 24h/24 sauf les week-ends. Un

⁷⁵ CE, 16 novembre 1998, *Melle Reynier*.

⁷⁶ CE, 20 janvier 1989, *CH de Compiègne-Hôpital St Joseph c/ Tavares* : le Conseil d'Etat se refuse à condamner un hôpital pour absence de mise à disposition de personnel qualifié dès lors que l'effectif réglementaire était respecté. Il est, toutefois, permis de s'interroger sur la validité actuelle de cette jurisprudence compte tenu du passage de la faute lourde à la faute simple à l'occasion du fameux arrêt *Epoux V*.

arbitrage doit donc être rendu entre une meilleure organisation des médecins en place et la nécessité de procéder à des recrutements temporaires qui pourraient être financés grâce à l'activité saisonnière élevée.

2.3 La gestion des circuits de recouvrement

Quel est l'impact de l'activité saisonnière sur le montant des créances irrécouvrables et, plus généralement, sur la gestion des circuits de recouvrement du Centre hospitalier ?

2.3.1 Présentation de la problématique

A) Le recouvrement ou la difficulté à concilier obligation d'accueil et obligation de payer⁷⁷ à l'hôpital public

La problématique des irrécouvrables illustre la tension existant entre l'obligation d'accueil qui s'impose aux établissements publics de santé et l'obligation de payer qui incombe aux usagers du service public hospitalier.

Les établissements de santé qui participent au service public hospitalier doivent, en vertu de l'article L6112-2 du Code de la santé publique, garantir un égal accès à tous les patients, sans distinction aucune. Cette obligation n'est autre qu'une déclinaison du principe d'égalité - un des trois principes fondateurs du service public évoqués en introduction-, appliquée au secteur sanitaire. Ces établissements ne peuvent refuser des soins, notamment au motif que le patient ne serait pas en mesure de payer.

L'article R716-9-1 du Code de la santé publique issu de l'article 3 du décret n°92-776 du 31 juillet 1992⁷⁸ dispose, cependant, que « dans le cas où les frais de séjour des malades ne sont pas susceptibles d'être pris en charge soit par les services de l'aide médicale, soit par un organisme d'assurance maladie (...), les intéressés ou, à défaut leur famille ou un tiers responsable souscrivent un engagement d'acquitter les frais de toute nature afférents au régime choisi. Ils sont tenus, sauf dans les cas d'urgence, de verser au moment de leur entrée dans l'établissement une provision renouvelable calculée sur la

⁷⁷ CORMIER M., *L'obligation de payer*. Revue général de droit médical, n°11, 2003, p.96.

⁷⁸ Abrogé par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

base de la durée estimée du séjour ». Ce système d'avances est notamment appliqué pour les patients étrangers, plus nombreux durant la période estivale. Il est une illustration de l'obligation pour le patient de payer quelle que soit la nature du lien qui l'unit à l'établissement de santé -contractuel dans le privé, légal et réglementaire dans le public-. Il y a donc tout lieu de penser que cet article R716-9-1 est une référence textuelle fondant l'obligation de payer et que le principe de gratuité ne s'applique pas au service public hospitalier, dont le recours n'est pas obligatoire (principe de libre choix) et dont les prestations sont parfaitement individualisées.

Néanmoins, s'est progressivement installée l'idée de la gratuité sous l'effet des lois et règlements, que cette gratuité soit réelle pour l'utilisateur (prise en charge à 100% dans le cadre de la CMU) ou ressentie comme telle (dispense d'avance de frais en cas de conventionnement avec des mutuelles). Le recouvrement ne concerne d'ailleurs que la part des frais d'hospitalisation à la charge de patients ou de tiers, à savoir le ticket modérateur (20% en hospitalisation, 30% pour les actes externes⁷⁹). Il n'y a donc pas de recouvrement sur 80% des prestations d'hospitalisation. En outre, les cas d'exonérations du ticket modérateur ne sont pas rares (séjours de plus de 30 jours, affections de longue durée, titulaires d'une pension d'invalidité, victimes d'un accident du travail...).

Ainsi, malgré l'obligation de payer, le patient ne prend en charge, en définitive, qu'un peu plus de 10% des dépenses de santé.

B) Créances irrécouvrables et activité saisonnière au Centre hospitalier de Saint-Malo

La mise en place de la couverture maladie universelle⁸⁰ à compter du 1^{er} janvier 2000 qui a institué une couverture de base et une couverture complémentaire gratuite pour les personnes exclues ou en situation de précarité a permis de solvabiliser toute une frange de la clientèle des hôpitaux qui, auparavant, générait un important flux de créances irrécouvrables⁸¹. Cependant, en pratique, l'ouverture de leurs droits n'a pas été systématique, faute d'une démarche en ce sens des intéressés. A ce titre, il faut souligner

⁷⁹ Les patients ressortissants de l'UE munis de la carte européenne de sécurité sociale (elle se substitue progressivement au formulaire E111) ne paient également que le ticket modérateur.

⁸⁰ Loi n°99-641 portant création d'une couverture maladie universelle.

⁸¹ Encore que ce constat peut être nuancé par le fait que, contrairement à l'aide médicale, l'ouverture de droits au titre de la CMU ne peut être rétroactif.

le rôle joué par les Assistants d'Insertion Santé (AIS) qui ont incontestablement contribué à améliorer le taux de recouvrement de cette population marginalisée.

Dans les établissements situés en zone touristique, la difficulté à recouvrer les créances est accrue par la présence de patients non issus du secteur, notamment ceux de nationalité étrangère.

D'une part, les patients hors secteur n'étant généralement pas connus au préalable, il est souvent impossible de recouper les informations transmises et donc de s'assurer de leur fiabilité. Si les usurpations d'adresses sont rares, de nombreuses factures sont, en revanche retournées à la trésorerie pour NPAI (N'habite Pas à l'Adresse Indiquée) : l'adresse indiquée par le patient en vacances n'était pas erronée mais temporaire. Une analyse des admissions en non valeur (ANV) est en cours. Toutefois, les premiers résultats tendent d'ores et déjà à démontrer que les ANV concernent majoritairement des consultations ou des hospitalisations réalisées durant la période estivale.

D'autre part, si la solvabilité des patients étrangers n'est pas, en tant que telle, spécialement problématique, la recherche des débiteurs est incontestablement rendue plus délicate par la complexité des relations avec les tiers payants étrangers. Les délais de recouvrement des créances des hospitalisés étrangers sont donc plus longs et, bien souvent, le résultat des poursuites judiciaires internationales s'avère inopérant. En outre, il existe un seuil minimum pour encaissement défini par les services du Trésor, une créance inférieure à 14,40 euro (montant le plus fréquent pour les pays membres de l'Union européenne) ne pouvant être encaissée ! Une étude réalisée sur les restes à recouvrer pour l'année 2003 fait apparaître que plus de 100 titres concernant des consultations de patients étrangers pour un montant total approchant les 9000 euros n'ont pas encore été perçus au 1^{er} septembre 2005 alors que le nombre de consultants de cette catégorie de patients (département 99) ne dépasse guère les 600. Ces créances ont trait, pour les 2/3 d'entre elles, à des soins externes dispensés en juillet et août.

Ajoutons qu'il est tout à fait intéressant de noter que, si les passages au SAU ont lieu à plus de 75% entre 8h et 21h, la réalisation d'une petite étude portant sur les émissions « douteuses » entre janvier et juillet 2005 démontre que celles-ci concernent les passages entre 21h et 8h (c'est à dire en dehors des horaires d'ouverture de la cellule administrative) à hauteur de près de 75% (29 dossiers sur 41)⁸². Or, une forte

⁸² La population qui fréquente le SAU la nuit est une population confrontée à davantage de difficultés sociales (absence de mutuelle voire de sécurité sociale, absence de domicile, CNH sans aucun papiers...) et par le fait que les dossiers en cause concernent de faibles montants (généralement une consultation avec majoration de nuit).

augmentation des passages nocturnes (+ 51% contre «seulement » +24% pour les passages de jour) est enregistrée durant les deux mois d'été.

Pour éviter que la trésorerie⁸³ recoure aux voies d'exécution habituelles en cas de non-recouvrement, le bureau des entrées classe certains dossiers en «non facturables », après avoir pris en soin de vérifier que les patients concernés n'ont pas de droits ouverts à la Sécurité sociale. Même si cette pratique n'est sans doute pas conforme à la réglementation, elle permet d'empêcher des mises en recouvrement coûteuses et dont l'issue serait plus qu'incertaine. Elle ne concerne que des dossiers de faible montant pour un montant total mineur (environ 2000 euros).

2.3.2 Mesures correctrices à engager dans le contexte de la T2A

En régime de dotation globale, la facturation n'avait d'autre finalité que de traiter des différents cas de prise en charge des assurés sociaux. Avec la T2A, la facturation devient le support de la valorisation financière des pathologies traitées et des actes pratiqués pour chaque séjour. Les hôpitaux publics sont donc fermement encouragés à maximiser toutes leurs sources de revenus. Néanmoins, la légitime préoccupation concernant la protection des deniers publics ne doit pas prendre le pas sur la nécessité d'assurer à tous des soins de qualité.

Il est probable que la T2A et, notamment la facturation au fil de l'eau aux caisses de sécurité sociale⁸⁴ à hauteur de 30% des frais d'hospitalisation sur le secteur MCO⁸⁵, risque de générer d'importants restes à recouvrer et donc des déséquilibres infra-annuels de trésorerie (alors que la dotation globale permettait un lissage de la trésorerie) et ce pour deux raisons majeures. D'une part, les délais de paiement de certaines caisses sont particulièrement longs. D'autre part, compte tenu du contexte de maîtrise des dépenses, certaines caisses sont très pointilleuses sur les ouvertures de droits et peuvent demander communication de pièces justificatives plusieurs mois après émission des titres.

⁸³ Elle dispose, à ce titre, d'une délégation générale donnée par le Directeur.

⁸⁴ En système de dotation globale, il n'y a pas d'émission de titres aux caisses d'assurance maladie ; seules des informations relatives au séjour (dates, service...) sont envoyées à la caisse pivot qui doit les valider.

⁸⁵ Initialement prévue à compter du 1^{er} janvier 2006 , l'application de cette mesure a été reportée au 1^{er} janvier 2007

L'amélioration de la qualité de la facturation relève de l'ordonnateur qui est à la source de l'action ultérieure du comptable. Quelle politique active pourrait être menée pour limiter les créances irrécouvrables ? Deux grands axes peuvent être envisagés :

a) *Organiser l'émission de titres*

améliorer la qualité de l'information

La parfaite identification du débiteur ainsi que la connaissance exhaustive des droits ouverts est vraisemblablement la meilleure garantie pour s'assurer du règlement des frais. Si les agents du bureau des entrées s'efforcent, dans la mesure du possible, de recueillir le maximum d'informations sur les droits des patients accueillis (numéro de sécurité sociale, affiliation à une mutuelle, à une assurance privée susceptible d'assurer la prise en charge d'un éventuel rapatriement...), ils ne sont pas, bien entendu, en mesure de refuser une admission sous prétexte que le patient ne disposerait pas d'une pièce d'identité –elle est, en théorie, obligatoire- ou ne serait pas affilié à un organisme tiers susceptible d'assurer le paiement de ses soins.

Le déploiement du système SESAME-VITALE a permis l'identification complète et précise du débiteur même si l'Assurance-Maladie est, semble-t-il, confrontée à un problème non négligeable de fraudes. Néanmoins, le fichier CPAM souffre aujourd'hui, précisément à cause de la télétransmission⁸⁶, d'un manque d'actualisation des adresses qui complique indéniablement la recherche du débiteur.

accélérer l'émission des titres de recettes

L'amélioration de l'émission passe avant tout par une amélioration des relations avec les caisses de sécurité sociale et les organismes tiers – entre autres, chez nos partenaires européens- afin que celles-ci informent plus rapidement le service facturation du Centre hospitalier de leur accord ou non de prise en charge (affections de longue durée, accidents du travail, rapatriement sanitaire...).

b) *Améliorer les circuits de recouvrement*

accélérer le recouvrement

⁸⁶ Les feuilles de soins « papier » comportent un cadre invitant à signaler tout changement d'adresse.

Plus l'action de recouvrement est entreprise tôt et plus l'encaissement effectif des recettes sera assuré. Deux types de mesures peuvent être proposées :

- mise en place d'une régie aux urgences

Il pourrait être envisagé d'encaisser les sommes dues dès la sortie du patient. Pour inciter le patient à s'acquitter immédiatement de sa dette, la carte Vitale ou, à défaut, la pièce d'identité du patient pourrait être conservée. Toutefois, un tel système peut poser des problèmes de sécurité.

- mise en place d'un système de veille et d'alerte

Principe fondamental du droit budgétaire public, le principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable est sans doute un obstacle à la réactivité de l'hôpital face à des difficultés de recouvrement. En effet, celui-ci empêche l'ordonnateur de connaître l'état d'un règlement : une fois l'émission d'un titre réalisé, l'ordonnateur n'en connaît pas le devenir. Il ne peut donc pas mettre en œuvre à brefs délais des mesures correctrices.

Sans doute, compte tenu de ce principe, serait-il intéressant de mieux formaliser les relations existant entre le CH et la trésorerie⁸⁷ et ce même si les contacts sont nombreux⁸⁸. Par exemple, des seuils d'alerte pourraient être définis de façon à ce que la trésorerie entre immédiatement en contact avec le CH lorsque la masse des impayés atteint une certaine somme ou lorsqu'un volume important de patients donnant lieu à poursuites est atteint.

mise en place d'indicateurs de suivi

Un meilleur suivi des restes à recouvrer et des créances irrécouvrables pourrait être réalisé par la mise en place, en lien avec la trésorerie, d'indicateurs dont voici quelques exemples⁸⁹ :

⁸⁷ Elle repose, pour l'instant, sur une convention de partenariat avec la trésorerie municipale datant de 1995 et inspirée de la convention-type.

⁸⁸ Par exemple, le bureau des entrées porte une attention particulière aux patients, notamment en psychiatrie, qui génèrent des séjours à répétition. En fonction de l'état de la dette, renseigné par la trésorerie, il prend contact soit avec un médecin afin de procéder à la désignation d'un tuteur pour le patient soit avec les assistantes sociales afin de procéder à l'ouverture de droits à la Sécurité sociale.

⁸⁹ DEPINAY M., *Optimiser sa trésorerie par amélioration du recouvrement des créances et mise en place d'une gestion active de la dette*, Mémoire EDH, 2000.

- mesure de la qualité de l'information par taux de « NPAI » par rapport au total des émissions,
- délai de facturation moyen écoulé entre la sortie du patient et l'émission du titre,
- taux de recouvrement après facturation,
- part des irrécouvrables liée aux patients hors département ou aux patients étrangers (ce qui pourrait justifier éventuellement un financement MIGAC),
- nombre de dossiers classés en « non-facturables » ou demeurant incomplets.

mise en place d'une cellule administrative de nuit au SAU

Les horaires d'ouverture de la cellule administrative au SAU (8h-21h) pourraient être élargis en période estivale. En effet, ce sont les équipes soignantes qui sont chargées du recueil des informations administratives la nuit ; ce qui s'avère moins efficient. La présence nocturne d'un agent administratif (admissionniste) à la cellule administrative du SAU ne serait peut-être pas susceptible d'être compensée par une réduction d'un montant au moins égal des créances irrécouvrables directement liées à l'activité saisonnière⁹⁰. Cependant, une telle mesure pourrait améliorer la chaîne de facturation dans son ensemble : outre la réduction des impayés, elle permettrait d'améliorer la qualité de la facturation, autrement dit le recueil d'activité qui sert de base au financement dans le cadre de la T2A. L'agent administratif présent pourrait alors contrôler le recueil des actes infirmiers et médicaux.

La mise en place de cette cellule de nuit a d'ailleurs été préconisée par l'HAS non pas tant pour « lutter » contre les irrécouvrables que pour améliorer l'accueil administratif de nuit et dégager du temps infirmier pour les soins.

encaissement d'avances

L'admission se faisant généralement en urgence, il paraît difficile et peu humain de procéder systématiquement à la perception d'avances. En fait, conformément à l'article R716-9-1 CSP précédemment cité, ce système n'a pas vocation à être étendu.

Si un système d'avances est bel et bien en place pour les patients étrangers, un seul système d'avances est actuellement appliqué (avec succès) à tous les patients : il concerne le paiement des produits subsidiaires (téléphone). Néanmoins, si ce fonctionnement semble bien accepté par les patients pour des prestations non hospitalières, il paraît difficilement applicable s'agissant de prestations de soins. Si, par

⁹⁰ Le coût complet de la présence permanente d'un agent de 21h à 2h est compris entre 2500 et 3500 euros par mois suivant les modalités d'organisation du travail retenues.

exemple, un système d'empreinte de carte bancaire avant prise en charge n'est pas nécessairement contraire à l'article R716-9-1 (cette empreinte servirait bien à couvrir les frais de séjour non susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie, comme le ticket modérateur ou le forfait journalier) et pourrait même améliorer la prise en charge administrative (le patient n'aurait plus besoin de faire la démarche de régler lors de la réception du titre de recette), sa perception par le public et par le personnel de l'hôpital serait sans doute très négative.

CONCLUSION

L'impact non négligeable de l'activité saisonnière apparaît finalement plus limité qu'on peut l'imaginer. Cela révèle la capacité d'une institution comme l'hôpital public à s'adapter aux changements. La réactivité des responsables hospitaliers et des équipes médicales et soignantes avait déjà été soulignée lors de l'épisode de la canicule. Elle est d'autant plus remarquable que l'hôpital évolue dans un cadre relativement rigide : système de financement longtemps déconnecté de l'activité réelle, contraintes de personnel (liées notamment au statut de la fonction publique), normes de sécurité et conditions techniques de fonctionnement toujours plus prégnantes... La mise en place d'une organisation interne, anticipée et concertée, affinée chaque année en fonction du retour d'expérience, permet de gérer l'afflux de patients dans des conditions globalement satisfaisantes.

Au Centre hospitalier de Saint-Malo, on ne peut pas parler de saturation mais simplement d'activité soutenue. D'ailleurs, le problème des capacités d'accueil se pose autant l'hiver que l'été. La pression liée à l'activité saisonnière n'apparaissant pas insoutenable, le Centre hospitalier parvient à s'organiser de façon efficiente avec des moyens moindres, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Il n'y a de solution globale à la problématique de l'activité saisonnière tant les situations sont contrastées d'un établissement à l'autre.

Néanmoins, faute d'une prise en compte globale des conséquences des flux touristiques sur les structures sanitaires, certains établissements fonctionnent en flux tendus, avec des « bouts de ficelle »⁹¹ ; ce qui n'est pas sans risque en cas de réalisation d'un événement ayant des conséquences sanitaires graves. Cette situation est d'autant plus regrettable que, d'une part, les besoins sanitaires liés à l'activité saisonnière sont connus – ce sont des besoins « traditionnels » (peu d'hospitalisations de jour ou d'hospitalisation à domicile) orientés vers certaines disciplines : urgences, réanimation, chirurgie spécialisée (essentiellement la traumatologie)- et que, d'autre part, leur meilleure prise en compte ne nécessite pas, dans le contexte de la montée en charge de la tarification à l'activité, d'allouer d'importants moyens supplémentaires.

⁹¹ « Pour l'hôpital de Saint-Malo, l'été tourne au casse-tête », *Les Echos*, 28 juillet 2003.

Bibliographie

LEGISLATION

- Loi n°99-641 portant création d'une couverture maladie universelle.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Décret n°2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des 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.
- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- Décret n°2005-336 du 8 avril 2005 fixant les listes des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques donnant lieu à un financement au titre de la dotation mentionnée à l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale.
- Décret n°2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles.
- Arrêté du 12 avril 2005 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale.
- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions des hôpitaux locaux.
- Circulaire DHOS/O1 n°587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
- Circulaire DHOS/O1/2005/214 du 29 avril 2005 relative à la programmation des fermetures de lits dans les établissements de santé publics et privés.

RAPPORTS

- IGAS, *Rapport sur le Centre hospitalier de Saint-Malo – Situation et perspectives* – Rapport n°2002-147, mars 2003.
- IGAS, *Mission d'enquête sur les fermetures de lits en milieu hospitalier durant l'été 2003* – Rapport n°2003-141, décembre 2003.

MANUELS

- CHAPUS R., *Droit administratif général*. Paris : Monchrestien, 15 édition, 2002.
- FAURE A., *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*. Paris : Berger-Levrault, 2004.

ARTICLES

- BARRE S., *Le personnel des établissements de soins : acteur ou frein à la coopération interhospitalière*. Jurisanté, avril 1997, p11.
- CORMIER M., *L'obligation de payer*. Revue général de droit médical, n°11, 2003, p69.
- EOCHE-DUVAL C., *La notion de lit autorisé*. Note sur l'arrêt CE, 7 juillet 2000, *Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée*. RDSS, avril-juin 2001.
- LEMOYNE DE FORGES J.M., *A propos de la responsabilité des services d'urgence des hôpitaux*, L'Entreprise médicale, n°210, 19 mars 001, p9.
- LE PAPE A., *Santé et départ en vacances enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992*. CREDES, 1997 .
- LE PAPE A., *Morbidité et consommation médicale en été*. CREDES, 1996.
- MOQUET-ANGER M.L., *La mobilité dans la fonction publique hospitalière*, Jurisanté, avril 1997, p20.
- SEGUI S., *Appréciations des conditions d'admission dans un service hospitalier inadéquat*, Gestions hospitalières, janvier 2002, p67

MEMOIRES

- DEPINAY M., *Optimiser sa trésorerie par amélioration du recouvrement des créances et mise en place d'une gestion active de la dette*, Mémoire EDH, 2000.
- DUMAS B., *L'hôpital en vacances ou l'influence du phénomène touristique sur l'activité et les structures hospitalières*, Mémoire de fin d'assistantat, ENSP, octobre 1978.
- JOLLIVET Stéphanie, *La prise en charge sanitaire, l'été, dans un département touristique, la Vendée*, Mémoire IASS 1998, OF98/0037.

Liste des annexes

Annexe I : grille d'entretien

Annexe II : données d'activité (CH Saint-Malo)

ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTRETIEN

Données générales

- présentation de l'établissement : nombre de lits MCO, SAU ou UPATOU, pôle de référence

Données d'activité

- nombre de passages aux urgences : répartition consultations externes / hospitalisations
- nombre de sorties SMUR en saison / hors saison
- nombre de transferts

Structure de la clientèle

- origine des patients :
 - secteur sanitaire
 - hors secteur sanitaire
 - ❑ nationalité française
 - ❑ étrangers
 - communautaire
 - non communautaire
- âge des patients : baisse l'été ?
- hypothèse de substitution de clientèle

Nature de l'activité saisonnière

- services fréquentés
- DMS
- évolution de la programmation
- hospitalisations en service inadéquat

Organisation médicale

- congés des praticiens : caractère opérateur-dépendant de certains services
- éventuelles difficultés à trouver des remplaçants l'été
- modalités d'organisation spécifiques au SAU : adaptation des effectifs aux flux de patients ?

ANNEXE 2 : DONNEES D'ACTIVITE (CH SAINT-MALO)

Evolution des passages externes au SAU

	2002	2003	Moyenne par jour 2002	Moyenne par jour 2003	en % année 2002	En % année 2003
janvier	1387	1298	45	42	7%	7%
février	1238	1200	44	43	7%	6%
mars	1518	1401	49	45	8%	8%
avril	1561	1545	52	52	8%	8%
mai	1611	1591	52	51	9%	9%
juin	1603	1675	53	56	9%	9%
juillet	1880	2132	61	69	10%	11%
août	2083	2316	67	75	11%	12%
septembre	1465	1419	49	47	8%	8%
octobre	1398	1353	45	44	8%	7%
novembre	1418	1360	47	45	8%	7%
décembre	1341	1329	43	43	7%	7%
TOTAL	18503	18619	51	51	100%	100%

Evolution des passages hospitalisés au SAU

	2002	2003	Moyenne par jour 2002	Moyenne par jour 2003	En % année 2002	en % année 2003
janvier	1018	902	33	29	9%	8%
février	854	846	31	30	8%	7%
mars	907	916	29	30	8%	8%
avril	896	934	30	31	8%	8%
mai	912	969	29	31	8%	8%
juin	905	972	30	32	8%	9%
juillet	1023	1026	33	33	9%	9%
août	1065	1073	34	35	9%	9%
septembre	909	972	30	32	8%	9%
octobre	981	918	32	30	9%	8%
novembre	958	882	32	29	8%	8%
décembre	949	1018	31	33	8%	9%
TOTAL	11377	11428	31	31	100%	100%

Répartition des passages au SAU selon le lieu de résidence

	secteur sanitaire 5	secteur sanitaire 6	Etrangers	Hors Bretagne	non renseigné	autres secteurs bretons
avr-03	3%	85%	2%	9%	1%	1%
mai-03	4%	83%	1%	8%	2%	1%
juin-03	4%	85%	2%	7%	1%	1%
juil-03	6%	68%	4%	20%	0%	1%
août-03	7%	62%	5%	25%	0%	1%
sept-03	3%	84%	2%	9%	0%	2%
oct-03	2%	89%	1%	6%	0%	1%
nov-03	3%	91%	0%	5%	0%	1%
déc-03	3%	90%	0%	5%	0%	1%
janv-04	2%	92%	1%	4%	0%	1%
févr-04	3%	89%	0%	6%	0%	1%
mars-04	3%	92%	1%	4%	0%	1%
avr-04	4%	83%	1%	10%	0%	1%
mai-04	4%	85%	1%	8%	0%	2%
juin-04	4%	86%	2%	7%	0%	1%
juil-04	6%	72%	4%	17%	0%	1%
août-04	6%	64%	5%	23%	0%	2%
sept-04	3%	86%	2%	8%	0%	1%
oct-04	3%	89%	1%	6%	0%	1%
nov-04	3%	91%	1%	4%	1%	1%
déc-04	3%	89%	1%	6%	0%	1%
janv-05	2%	93%	0%	3%	0%	1%
févr-05	3%	91%	0%	5%	1%	1%
mars-05	3%	90%	1%	5%	0%	1%
total	4%	83%	2%	9%	0%	1%
moyenne mensuelle	4%	85%	2%	9%	0%	1%
médiane mensuelle	3%	87%	1%	7%	0%	1%

Répartition des hospitalisés selon leur lieu de résidence et la spécialité

Du 01/04/2003 au 31/03/05

	secteur sanitaire 5	Secteur sanitaire 6	Autres secteurs bretons	étrangers	hors Bretagne
Autres chir.	2,2%	90,6%	0,4%	1,5%	5,3%
Chir. Orthopédi	3,6%	87,5%	0,9%	1,6%	6,3%
Gynéco/mater	2,2%	93,0%	0,4%	0,4%	4,0%
Médecine	2,2%	92,0%	0,6%	0,7%	4,6%
Pédiatrie	2,4%	84,9%	0,9%	1,5%	10,3%
Réanimation	2,8%	87,4%	1,0%	0,9%	7,8%
SSR	1,3%	95,6%	0,5%	0,2%	2,4%
Total	2,3%	91,2%	0,6%	0,9%	5,0%

Période estivale

	Secteur sanitaire 5	Secteur sanitaire 6	Autres secteurs bretons	étrangers	hors Bretagne
Autres chir.	3,2%	81,5%	0,2%	3,9%	11,1%
Chir. Orthopédi	6,7%	73,8%	0,8%	3,3%	15,4%
Gynéco/mater	3,0%	86,6%	0,7%	1,0%	8,6%
Médecine	3,4%	83,6%	0,8%	1,7%	10,5%
Pédiatrie	4,2%	64,7%	3,0%	2,8%	25,2%
Réanimation	4,3%	77,7%	1,1%	1,6%	15,4%
SSR	1,0%	94,8%	0,0%	0,5%	3,6%
Total	3,7%	81,9%	0,8%	2,0%	11,6%

DMS des hospitalisés selon le lieu de résidence

	Secteur sanitaire 5	secteur sanitaire 6	autres secteurs bretons	Etrangers	hors Bretagne	total
avr-03	3,7	6,4	4,3	2,7	3,4	6,2
mai-03	3,2	6,2	2,4	3,5	4,9	6,0
juin-03	6,6	6,3	3,7	3,6	4,7	6,2
juil-03	5,6	6,0	4,2	2,1	3,9	5,7
août-03	3,1	6,2	2,5	4,5	4,1	5,8
sept-03	2,6	5,9	4,1	3,4	5,0	5,7
oct-03	7,0	6,5	2,8	6,5	5,0	6,4
nov-03	5,7	6,3	5,1	5,2	3,9	6,2
déc-03	4,4	6,0	10,4	2,9	4,0	5,9
janv-04	7,1	6,3	2,7	2,5	5,1	6,2
févr-04	5,1	6,1	3,7	6,3	6,7	6,1
mars-04	7,7	5,9	4,2	5,5	4,1	5,8
avr-04	5,1	6,0	3,4	7,5	4,1	5,9
mai-04	4,8	6,2	4,6	2,6	3,6	6,0
juin-04	4,1	5,5	4,9	3,8	4,7	5,5
juil-04	4,5	5,8	2,3	3,3	5,1	5,6
août-04	4,3	5,8	3,4	4,8	4,5	5,5
sept-04	3,8	6,0	3,2	3,6	4,6	5,9
oct-04	6,5	6,3	6,8	5,4	5,4	6,3
nov-04	5,3	6,0	3,7	2,6	4,8	5,9
déc-04	4,1	5,9	2,3	4,8	3,7	5,7
janv-05	6,6	5,6	4,3	5,4	5,6	5,6
févr-05	4,6	5,5	4,0	8,7	4,6	5,6
mars-05	3,8	4,0	2,0	8,6	2,4	4,6
total	4,8	6,0	3,8	4,1	4,5	5,8