



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Directeur d'hôpital**

*Date du Jury : Décembre 2000*

---

**Entre hôpital de jour et consultations externes : zone grise et  
critères de distinction.**

**Problématique reposant sur des cas traités au Centre Hospitalier Lyon Sud  
des Hospices Civils de Lyon**

**ROBIN-BELLOT Véronique**

## REMERCIEMENTS

A **Monsieur Didier Guidoni**, Directeur de l'unité d'Audit Interne et du Département du Conseil en Gestion des Hospices Civils de Lyon et encadrant de mémoire pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

A **Madame Christine Fabry**, Directrice du Centre Hospitalier Lyon Sud pour m'avoir confié des dossiers riches d'enseignements et de réflexions

A **Madame Catherine Heuclin**, Contrôleuse de gestion, pour ses explications pédagogiques des systèmes d'informations.

A **Madame Lénaïck Tanguy**, Directrice des services financiers du CHLS, qui a bien voulu me suivre durant ce stage et m'a encouragée dans mon choix de mémoire.

A ces mêmes personnes qui ont bien voulu se livrer au travail laborieux mais fort utile de relecture.

*Et aux nombreuses autres personnes qui ont prêté une oreille attentive à mes questions tortueuses et m'ont donné des réponses lumineuses sans lesquelles ce mémoire n'aurait pu voir le jour.*

# SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	7
<b>I. ENTRE HÔPITAL DE JOUR ET CONSULTATIONS : VIDE JURIDIQUE ET ZONE GRISE.....</b>	<b>10</b>
<b>A. L'HÔPITAL DE JOUR : UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE.....</b>	<b>12</b>
1. <u>La notion d'alternative</u> .....	12
2. <u>La définition positive de l'HTPJ</u> .....	12
3. <u>La définition négative de l'hôpital de jour</u> .....	13
a) L'hôpital de jour n'est pas une structure de chirurgie ambulatoire.....	13
b) Hôpital de jour et consultations : des prestations distinctes?.....	14
La distinction du Code de la Santé Publique.....	14
Une crainte ancienne de confusion .....	15
Des efforts de précision mais au profit d'autres alternatives .....	16
<b>B. LA CONSULTATION HOSPITALIÈRE : UNE ZONE DE NON DROIT ?.....</b>	<b>17</b>
1. <u>Il n'existe plus aucune définition réglementaire de la consultation</u> .....	17
2. <u>La circulaire du 12-02-1983 : un texte obsolète</u> .....	19
3. <u>Une réalité hospitalière à l'image de l'incertitude réglementaire : la toxine botulique</u> .....	20
a) Diversité spatiale des modes de prise .....	22
b) Diversité temporelle du mode de prise en charge .....	23
<b>C. L'ENCADREMENT DE L'HTPJ DANS LES HÔPITAUX PUBLICS : UNE CONTRAINTE LIMITÉE .....</b>	<b>24</b>
1. <u>La procédure d'autorisation</u> .....	24
a) Une procédure d'autorisation classique .....	24
b) Les spécificités des autorisations relatives aux SSAH.....	26
Les notions de places .....	26
La notion de taux de change .....	27
2. <u>Un encadrement plus souple que celui de la chirurgie ambulatoire</u> .....	27
a) Les exigences communes : la structure de soins.....	27
Une condition forte de structure .....	27
L'existence de la structure .....	28
Fonctionnement de la structure.....	28
b) Les exigences spécifiques aux unités d'ACHA .....	29

3.	<i>Esquisse d'une politique de renouvellement des places de jour en Rhône-Alpes</i> .....	29
a)	Une exigence de structure identique à celle de la chirurgie ambulatoire ? .....	29
b)	L'exigence d'un dispositif d'évaluation : la circulaire du 18 novembre 1999 .....	31
<b>II.</b>	<b>DIVERSITES ET IMPERFECTIONS DES REPRÉSENTATIONS DE L'HOPITAL DE JOUR AU CHLS</b> .....	<b>34</b>
<b>A.</b>	<b>REPRÉSENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR ISSUE DU DISCOURS MÉDICAL</b> .....	<b>34</b>
1.	<i>Méthode de l'enquête</i> .....	34
a)	Le champ de l'enquête .....	34
b)	Les logiques du questionnaire .....	35
c)	Le questionnaire sur la réalité des hôpitaux de jour au CHLS .....	36
2.	<i>Résultats de l'enquête de terrain</i> .....	38
a)	Des réponses de qualité .....	38
b)	Des réponses homogènes .....	38
	Une pratique médicale qui pallie le vide juridique .....	38
	Unanimité sur la prépondérance du critère d'ordre médical .....	38
	• L'hôpital de jour : le temps condensé de la complexité et du geste technique .....	39
	• La consultation externe : acte intellectuel, relationnel et individuel .....	39
c)	Le contenu des actes réalisés en hôpital de jour au CHLS .....	39
<b>B.</b>	<b>DES REPRÉSENTATIONS DÉCRITES PAR DES SYSTÈMES D'INFORMATION INADAPTÉS</b> .....	<b>42</b>
1.	<i>Approches de l'hôpital de jour à partir du PMSI</i> .....	44
a)	Par les GHM .....	44
b)	Par unité fonctionnelle .....	47
c)	Une approche restreinte de l'hôpital de jour par les actes .....	48
2.	<i>Les résultats : trois types d'unité fonctionnelle d'hôpital de jour</i> .....	48
3.	<i>La nécessité de compléter l'analyse issue des résultats du PMSI</i> .....	50
<b>C.</b>	<b>ANALYSE COMPARATIVE DE LA DENSITÉ TECHNIQUE DES ACTES MÉDICO-TECHNIQUES RÉALISÉS EN HÔPITAL DE JOUR ET EN CONSULTATION</b> .....	<b>50</b>
1.	<i>Méthode utilisée</i> .....	50
2.	<i>Résultats</i> .....	51
a)	Une densité technique en général supérieure en hôpital de jour .....	52
b)	Des résultats complémentaires de l'approche par le PMSI .....	52

### III. DES CRITERES DE DISTINCTION POUR UN ENJEU DE GESTION 53

#### A. LES ENJEUX DE LA DISTINCTION HÔPITAL DE JOUR ET CONSULTATIONS ..... 53

##### 1. Conséquences du mode de distribution des soins pour le patient..... 53

a) Les points communs : absence de forfait journalier et permanence du ticket modérateur ..... 54

b) Des tarifications très différentes ..... 54

La facturation des actes en consultation..... 54

Les tarifs d'hôpitaux de jour..... 55

##### 2. Les enjeux financiers pour l'établissement..... 56

a) Avant 1996 : un impact budgétaire neutralisé..... 56

b) Depuis 1996 : le choix d'un mode de prise en charge : un enjeu médico-économique..... 57

L'hôpital de jour pour pallier l'insuffisante valorisation des consultations multidisciplinaires ..... 59

L'hôpital de jour pour couvrir des coûts de revient ..... 61

#### B. PROPOSITION DE CRITÈRES DE DISTINCTION ..... 62

##### 1. Les réflexions institutionnelles sur les critères de distinction hôpital de jour et consultation..... 62

a) La réalité des cliniques privées : des critères tarifaires d'hôpital de jour..... 63

Les forfaits de l'hôpital de jour..... 63

La classification des actes tarifés en hôpital de jour : accord tripartite du 1/03/96 ..... 63

b) Esquisse des critères médicalisés dans les hôpitaux publics : le CHRU de Lille..... 66

Les critères proposés par le Coredim ..... 67

Les critères de l'hospitalisation d'un jour retenus par l'ARH Nord-pas de Calais. .... 67

##### 2. Nos critères de l'hospitalisation de jour ..... 68

a) Les grands critères retenus avant discussion..... 68

b) Discussion des critères..... 68

Le passage dans une structure d'hôpital de jour : un critère nécessaire. .... 68

L'acte réalisé : un critère complémentaire ..... 68

La complexité numérique et organisationnelle : un critère essentiel mais peu opérationnel..... 70

La durée de la prise en charge : un critère de synthèse ..... 70

c) Schéma d'une politique d'orientation vers l'hôpital de jour..... 72

d) Proposition de conditions de mise en place des critères ..... 73

L'établissement des critères de distinction ..... 73

La mise en oeuvre des critères ..... 73

#### CONCLUSION ..... 75

#### BIBLIOGRAPHIE ..... 1

#### ANNEXES ..... 7

## LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

ACHA	Anesthésie chirurgie ambulatoire
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CdAM	Catalogue des actes médicaux
CHLS	Centre Hospitalier Lyon Sud
CIM 10	Classification Internationale des maladies, 10 ème version
CHRU	Centre régional hospitalier universitaire
COREDIM	Comité régional des départements d'information médicale
CSP	Code de la Santé Publique
DASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DP	Diagnostic principal
FACS	Forfait d'accueil et de suivi
GHM	Groupe homogène de malades
HAD	Hospitalisation à domicile
H.CL	Hospices Civils de Lyon
HGE	Hépto-gastro-entérologie
HTPJ	Hospitalisation à temps partiel de jour
IRM	Image par résonance magnétique
ISA	Indice synthétique d'activité
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
RUM	Résumé d'unité médicale
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
RSA	Résumé anonyme de sortie
RSS	Résumé standardisé de sortie
SSAH	Structure de soins alternatives à l'hospitalisation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UF	Unité fonctionnelle
UHIM	Unité hospitalière d'information médicale

## INTRODUCTION

« *Rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme* » : le monde hospitalier n'échappe pas à cette règle de la chimie et les modes de distribution des soins ne cessent de se transformer. Si les grandes évolutions du soin hospitalier, passé d'un soin alimentaire au Moyen-Age au soin médical et technique de la fin du vingtième siècle, sont bien identifiées, les transformations actuellement à l'œuvre dans les modes de distribution des soins sont moins bien perçues.

Pourtant, l'une d'entre elles, l'hospitalisation ambulatoire, a vocation à transformer l'hôpital et les modes d'offre de soins traditionnels comme l'hospitalisation et la consultation. Ambulatoire se dit d'un acte médical ou chirurgical qui n'interrompt pas les activités habituelles du malade ou qui ne nécessite pas une hospitalisation prolongée. Ainsi, font partie intégrante de la médecine ambulatoire les hospitalisations à temps partiel, les séances et l'activité externe<sup>1</sup>.

Les hospitalisations partielles que sont l'hôpital de jour et la chirurgie ambulatoire ont transformé le mode de distribution traditionnel des soins hospitaliers en réduisant la durée d'hospitalisation. A ce titre, l'impact du développement de l'hôpital de jour sur l'hospitalisation conventionnelle est beaucoup étudié. En revanche, la question de l'impact du développement de l'hôpital de jour sur la consultation hospitalière est peu abordée.

Peut-on penser que la création d'un nouveau mode de distribution de soins, l'hôpital de jour, ne transforme que l'hospitalisation conventionnelle sans modifier la conception et la réalité d'autres modes de distribution des soins comme les consultations externes?

L'hôpital de jour se dit d'une hospitalisation où les malades ne sont pris en traitement que pendant la journée et dans une structure dite d'hôpital de jour.

---

<sup>1</sup> Définition de l'ambulatoire donnée sur le site du PMSI : [www.le-pmsi.fr](http://www.le-pmsi.fr)

C'est une notion administrative qu'il convient de distinguer de la chirurgie ambulatoire (nécessitant au moins une anesthésie, ou un acte opératoire ou un passage au bloc opératoire) et de l'hospitalisation d'un jour qui recouvre les hospitalisations effectuées dans des unités d'hospitalisation conventionnelle mais dont les dates d'entrée et de sortie sont les mêmes.

Trois raisons majeures ont présidé à l'essor de l'hôpital de jour : la recherche d'une rationalisation de l'offre de soins à travers une durée d'hospitalisation réduite au maximum de ce que la sécurité et les prescriptions médicales autorisent, une adaptation de l'offre à l'évolution des demandes des consommateurs de moins en moins favorables à la nuitée hospitalière et une adaptation de l'offre à la réalité médicale modifiée par l'évolution technologique.

La reconnaissance législative de l'hôpital de jour dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a permis le développement de ce mode de prise en charge et visait également à harmoniser les pratiques du secteur privé et du secteur public en retard. Cette loi est en effet la première qui s'efforce de définir l'hôpital de jour comme permettant :

*"la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitement de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale".*

Mais la définition de l'hôpital de jour reste imparfaite et ce défaut de précision de la nature médicale des soins qui y sont dispensés favorise un rapprochement voire une confusion entre hôpital de jour et consultation, matérialisée par des consultations lourdes. Par consultations lourdes, il faut entendre une consultation longue qui requiert plusieurs examens et/ou avis spécialisés.

Cette problématique de la frontière entre l'hôpital de jour et la consultation intéresse les Hospices Civils de Lyon. A l'échelon d'un établissement comme le Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS), praticiens et direction sont confrontés à la question des modes de distribution des soins : que peut-on, que doit-on prendre en charge en hôpital de jour? Cette question s'est posée au CHLS suite à la disparition d'une place de jour par transformation en place de chirurgie ambulatoire : l'activité qui perdurait, en l'occurrence des injections de toxine botulique, nécessitait-elle la demande d'autorisation d'une place de jour? Cette première question sous-tend une seconde interrogation : les injections de toxine actuellement réalisées relèvent-elles de la définition de l'hôpital de jour?

Plus généralement, la question des modes de prise en charge en hôpital de jour est posée par des praticiens soucieux de valoriser au mieux leur activité.

La problématique de la frontière entre la consultation et l'hôpital de jour dépasse les seuls établissements pour concerner les directions centrales des Hospices Civils de Lyon. En effet, la préparation du volet médical du Contrat d'Objectifs et de Moyens qui devrait être élaboré d'ici à l'automne, est l'occasion d'aborder la question de "l'évolution des modes de prise en charge à travers une réflexion sur l'organisation médicale visant à éviter l'émiettement des initiatives".

A ce titre, il est opportun de mener un travail de définition des modes de prise en charge qui est conçu comme une première approche de l'hôpital de jour.

L'hypothèse avancée est celle d'une zone grise, les consultations lourdes, entre deux modes de distribution des soins, l'hôpital de jour et la consultation. L'idée est alors de connaître le contenu des prises en charge en hôpital de jour pour élaborer des critères de distinction et savoir comment orienter le patient vers les différents modes de prise en charge.

L'analyse des éléments de définition de l'hôpital de jour et des consultations ne permet pas de donner une image précise de la nature des soins dispensés par ces deux modes de distribution : vide juridique et imprécision des frontières qualifient les définitions présentes dans la littérature (I). Ce vide juridique n'a pourtant pas empêché l'hôpital de jour et les consultations de se développer au sein des hôpitaux et du Centre Hospitalier Lyon Sud. Ainsi, quotidiennement, les acteurs tant médicaux que gestionnaires effectuent des choix pour orienter les patients nécessitant une consultation lourde tantôt en hôpital de jour, tantôt en consultation.

Il convient donc de connaître la pratique de l'hôpital de jour sur un établissement précis, le Centre Hospitalier Lyon Sud (CHLS), mais les réalités et représentations des hôpitaux de jour sont diverses et imparfaites (II).

La connaissance de la pratique en matière d'orientation des patients entre hôpital de jour et consultations ne pallie pas complètement l'absence de définition réglementaire précise. Tout juste donne-t-elle une idée plus palpable de l'hôpital de jour. Or, le choix entre hôpital de jour et consultation représente un enjeu de gestion qui rend nécessaire une clarification de la frontière entre ces deux modes de prise en charge par l'élaboration de critères d'orientation : des critères de distinction pour un enjeu de gestion (III).

## **I. ENTRE HÔPITAL DE JOUR ET CONSULTATIONS : VIDE JURIDIQUE ET ZONE GRISE**

La définition de l'hôpital de jour est à la fois peu aisée à cerner et évolutive dans le temps. D'ailleurs, de nombreuses tentatives de définition ont précédé la loi de 1991 qui donne à l'hôpital de jour une base législative. En effet, la loi hospitalière du 31 décembre 1970 était assez mal adaptée à la réalité des structures alternatives à l'hospitalisation : pour les hôpitaux publics il était uniquement fait mention des hospitalisations qui pouvaient « se prolonger à domicile pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant »(article 4).

En revanche, pour les établissements privés, la loi prévoyait un système d'autorisation pour « tout centre ou services de jour ou de nuit d'hospitalisation à domicile répondant à la définition donnée par décret ». Mais le décret n'est jamais paru, laissant inachevée la définition des alternatives à l'hospitalisation. Ainsi, le grand mérite de la loi hospitalière de 1991 est de donner une base législative forte à ces offres de soins sans hébergement, sans pour autant leurs donner un contour très net.

En effet, jusqu'au début des années 1990, l'appellation d'hôpital de jour recouvrait l'ensemble des hospitalisations réalisées sans hébergement et d'une durée journalière inférieure à 12 heures quand bien même la réalité de l'hospitalisation de jour était multiple allant des consultations de gériatrie aux séances de chimiothérapie, en passant par une chirurgie dite ambulatoire, encore à ses débuts. Cette situation pour le moins complexe résultait d'une évolution dans la distribution des soins amorcée dès l'après-guerre et singulièrement accélérée à partir de la fin des années 1970. C'est en 1946, à Montréal, que fut mis en place la première forme d'hospitalisation diurne : elle concernait les patients relevant de la psychiatrie qui étaient suffisamment compensés. Les années 60 sont marquées par le développement d'une hospitalisation de jour en psychiatrie et en gériatrie, soulignant ainsi l'usage social de ce mode de prise en charge.

Mais très vite, l'hospitalisation de jour devient aussi une réponse médicale à un besoin médical comme ce fut le cas en 1968 avec la création du premier hôpital de jour en France, le service d'hématologie de Saint Louis. Dès lors, l'hôpital de jour va se développer dans des disciplines dont les pathologies nécessitent des examens ou des soins complexes, itératifs mais de durée restreinte dans le temps : l'hématologie et la cancérologie feront figure de pionnière dans cette expansion. Au début des années 1980, quasiment toutes les grandes disciplines recourent à l'hospitalisation de jour y compris la chirurgie, suivant en cela la pratique américaine de la chirurgie ambulatoire développée à partir de la fin des années 1970.

Face à cette diffusion, la réflexion et la mise en place d'un encadrement réglementaire adéquat tardent à prendre corps. Aussi, en 1989, un jeune médecin inspecteur de santé<sup>2</sup> peut-il s'interroger à juste titre : « l'hôpital de jour existe, doit-il avoir une réalité ? ». Le Ministère de la Santé répondra à travers un ensemble de textes qui composent aujourd'hui la colonne vertébrale de la réglementation relative aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation. Cependant, au-delà de la réalité hospitalière incontournable, se pose une question sous-jacente mais gênante : doit-on faire exister ce nouveau mode de prise en charge c'est-à-dire lui donner une réalité réglementaire ? Car, toute naissance à la réglementation et entrée dans un corpus juridique ne peut faire l'économie d'une définition de la notion et par-là même situer ce mode de prise en charge par rapport aux autres modes de prise en charge existant comme la consultation, l'hospitalisation complète ou le passage aux urgences.

Or, si aujourd'hui, la notion d'hôpital de jour existe dans les textes sous l'appellation d'hospitalisation à temps partiel de jour (HTPJ)<sup>3</sup>, sa définition est telle qu'il est impossible à partir d'une seule analyse des textes d'imaginer la réalité du contenu de la prise en charge en hôpital de jour et notamment ce qui la distingue d'une consultation externe spécialisée. C'est ce que nous allons nous attacher à démontrer à travers une étude des textes disponibles relatifs aussi bien à l'hôpital de jour qu'aux consultations externes à l'hôpital.

---

<sup>2</sup> Docteur Pascale Rogez-valez : Etude de Quatre Hôpitaux de Jour non Psychiatriques de la Région Nord pas de Calais : Pour une recherche de la définition et d'un cadre d'analyse de l'hôpital de jour, mémoire de formation de Médecin inspecteur de la santé - Promotion 1989, 1990

<sup>3</sup> HTPJ : abréviation de l'hospitalisation à temps partielle de jour, terme consacré par le Code de Santé Publique en son article 712-2.

## **A. L'HÔPITAL DE JOUR : UNE ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION COMPLÈTE**

### **1. La notion d'alternative**

La notion d'hôpital de jour, en tant que telle, est absente des textes au profit de la notion d'hospitalisation à temps partiel de jour qui est l'une des alternatives possibles à l'hospitalisation complète introduites par la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991. La conception des structures de soins alternatives à l'hospitalisation (SSAH) est d'emblée très large, le décret du 31 décembre 1991<sup>4</sup> précisant que toute discipline peut s'exercer dans des SSAH qu'elle soit médicale, chirurgicale, obstétricale, psychiatrique ou relevant des soins de suite et de réadaptation ou des soins de longue durée.

Les SSAH se définissent par leur objectif : celui d'éviter ou de diminuer la durée de l'hospitalisation complète (art. R 712-2-1). Pour ce faire, il existe trois types de SSAH :

- les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit
- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire
- les structures dites d'hospitalisation à domicile (HAD).

Il ressort de la lecture attentive de l'article R 712-2-1 du Code de la Santé Publique (CSP) que l'HTPJ est définie par ce qu'elle est (définition positive) mais également par ce qu'elle ne peut pas être (définition négative).

### **2. La définition positive de l'HTPJ**

L'hospitalisation de jour n'existe que par rapport à l'hospitalisation complète c'est-à-dire une hospitalisation programmée sur une durée supérieure de 12 heures avec prestations d'hébergement. Se présentant comme une alternative, l'HTPJ a vocation à remplacer, sur un mode facultatif pour les usagers, l'hospitalisation classique.

---

<sup>4</sup> Décret N° 91-1410 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires, pris pour application de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991.

Ainsi, le développement de l'HTPJ constitue une réponse nouvelle à une demande de soins qui est identique dans son contenu médical. La différence majeure entre l'HTPJ et l'hospitalisation classique semble résider dans la durée d'hospitalisation dans la mesure où l'HTPJ doit permettre :

*« la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitement de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale »*

La définition des soins dispensés en HTPJ est donc tout à fait classique, reprenant les trois composantes du soin : diagnostique-thérapeutique-réadaptation. On peut toutefois noter l'absence de la dimension préventive du soin, mais cette absence est si fréquente dans les textes relatifs à l'activité hospitalière qu'elle pourrait ne pas être significative pour le sujet qui nous intéresse.

Le contenu même des prestations d'hôpital de jour n'est envisagé que d'un point de vue comparatif avec l'hospitalisation complète : « Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet » (art.D.712-30., décret n°92-1102 du 2 octobre 1992).

Par ailleurs, l'hôpital de jour partage avec la chirurgie ambulatoire des critères de définition comme une durée de dispense des soins inférieure ou égale à 12 heures, une absence d'hébergement et donc la réduction de la dimension hôtelière de l'hospitalisation et enfin le caractère diurne de la prise en charge. Cependant, cette identité de critère ne doit pas faire illusion et l'HTPJ se différencie de l'anesthésie-chirurgie ambulatoire (ACHA).

### **3. La définition négative de l'hôpital de jour**

a) L'hôpital de jour n'est pas une structure de chirurgie ambulatoire

Si des critères de définition sont communs à l'ACHA et à l'HTPJ, il n'en reste pas moins que ces deux modes de prise en charge sont profondément différents tant par leur nature que par leur niveau d'encadrement réglementaire. En effet, la chirurgie ambulatoire se définit avant tout par la nature des actes pratiqués.

Trois grands types d'actes sont susceptibles d'être réalisés en chirurgie ambulatoire pour peu qu'ils nécessitent :

- soit une anesthésie
- soit un recours au bloc opératoire
- soit une anesthésie et un recours au bloc opératoire.

La réglementation de l'ACHA est par ailleurs quasi complète et fort bien présentée par Monsieur Merle dans son mémoire d'Elève Directeur<sup>5</sup>.

La définition de la chirurgie ambulatoire par les actes est remarquable à deux points de vue. D'une part, elle est extrêmement précise dans la mesure où l'accord tripartite du 14 décembre 1992 participe de l'énumération des actes réalisables en chirurgie ambulatoire. D'autre part, elle souligne la différence d'approche des pouvoirs publics entre l'HTPJ et l'ACHA : bien que l'hôpital de jour soit une réalité plus ancienne que la chirurgie ambulatoire, l'état de sa définition est beaucoup moins avancé. Ici encore, se pose la question de savoir pourquoi le contenu de la prise en charge en hôpital de jour n'est pas encore clarifié ?

Or, l'opacité de la définition de l'HTPJ s'accroît quand les pouvoirs réglementaires s'efforcent d'en délimiter les contours et la frontière avec la consultation.

#### b) Hôpital de jour et consultations : des prestations distinctes?

##### La distinction du Code de la Santé Publique

Le principe d'une distinction entre l'HTPJ et les consultations externes est clairement posé par le Code de la Santé Publique. La rédaction du code est en effet lapidaire : « les prestations qui y (dans les SSAH) sont dispensées se distinguent de celles délivrées en consultation ou de visites à domicile ». Il semble que le souci de distinction entre consultation et SSAH concerne avant tout l'HTPJ, l'HAD, quant à elle, devant naturellement se différencier des visites à domicile. Et, vu la définition de la chirurgie ambulatoire, il est évident qu'elle ne devrait pas se confondre avec les consultations.

---

<sup>5</sup> Faire le Choix de la Chirurgie Ambulatoire à l'Hôpital Public : l'exemple de la mise en conformité de la pratique de la chirurgie ambulatoire au CHLS par l'ouverture d'une structure d'Anesthésie et de chirurgie ambulatoire commune à trois services de chirurgie. Mémoire d'Elève-Directeur- Promotion 98-2000

Ce texte lapidaire est discret si ce n'est muet sur les critères de distinction entre l'HTPJ et les consultations : sont-ce des différences de nature, de durée, de complexité, de coûts qui distinguent les prestations ? La liste des interrogations peut être très longue, d'autant plus que le soupçon de confusion entre consultation et hôpital de jour est ancien et bien répandu.

### Une crainte ancienne de confusion

En effet, J.P. Laconique émettait déjà cette opinion sous forme de mise en garde : « l'hôpital de jour ne doit pas être une consultation de luxe réservée à une clientèle active et pressée »<sup>6</sup>. Il est aisé de concevoir la préférence des gens pressés pour un regroupement sur une demi-journée d'un ensemble d'exams au lieu de revenir plusieurs fois pour plusieurs consultations.

Le Médecin Inspecteur de Santé Publique, P. Roger-Valez<sup>7</sup> pointait le risque d'un dépassement de l'hôpital de jour au détriment des consultations externes. Ainsi, des biopsies, soins de pied chez les diabétiques ou endoscopie gastrique sont cités par l'auteur comme soins de consultations externes réalisés en hôpital de jour. L'auteur évoque alors la surmédicalisation des pathologies mais refuse une définition des activités d'hôpital de jour par une liste d'actes trop stricte.

Peu après la reconnaissance législative de l'hospitalisation partielle, le souci est toujours présent et clairement exprimé par Jean-François Bauduret<sup>8</sup> pour qui : « ces prises en charge [celles dispensées par les structures alternatives à l'hospitalisation] requièrent toutefois des interventions suffisamment complexes pour qu'elles soient clairement distinguées de celles délivrées dans le cadre de consultations ou de visites à domicile ». La préoccupation de la frontière entre HTPJ et les consultations est partagée par d'autres systèmes sanitaires.

---

<sup>6</sup> Cité dans le Mémoire de P. Roger-Valez, 1989-90 : Etude de quatre Hôpitaux de Jour

<sup>7</sup> Mémoire de Pascale Rogez-Valez, ENSP

<sup>8</sup> Chargé de la Sous-Direction de l'évaluation et de l'organisation hospitalière. Revue Administration- N° 165 de décembre 1994 : Un nouveau cadre législatif et réglementaire pour les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Ainsi, en Italie, les gestionnaires hospitaliers posent clairement la problématique du filtre d'accès à l'hôpital de jour et tentent de tracer des critères de distinction dans la mesure où l'hôpital de jour est conçu comme différent des consultations par « le degré de complexité, l'aspect multidisciplinaire et la limite temporelle fixée à ses prestations ».<sup>9</sup>

#### Des efforts de précision mais au profit d'autres alternatives

Sujet d'inquiétude, la nature de la distinction entre l'hôpital de jour et les consultations n'en est pas moins tue. Ce silence est d'autant plus surprenant que pour l'HAD, pour laquelle se posent également des difficultés de distinction par rapport à la visite à domicile, l'article R 71-2-1 du CSP esquisse des éléments de distinction. En effet, les «soins de l'HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. » Plus récemment, la circulaire du 30 mai 2000<sup>10</sup> relative à l'hospitalisation à domicile définit les missions de l'HAD et dispose que « les services doivent disposer de critères pour l'admission d'un malade qui soient cohérents avec la définition de l'HAD » et ceci afin d'éviter de prendre en charge en HAD des malades qui pourraient bénéficier d'une offre de soins plus efficace.

Ainsi, la différence de traitement entre l'HAD et l'HTPJ présente dans les règlements est encore accrue avec l'édition de cette circulaire. En effet, aucune précision similaire n'existe dans l'ensemble du corpus juridique pour tenter d'établir les critères de distinction entre l'HTPJ et les consultations.

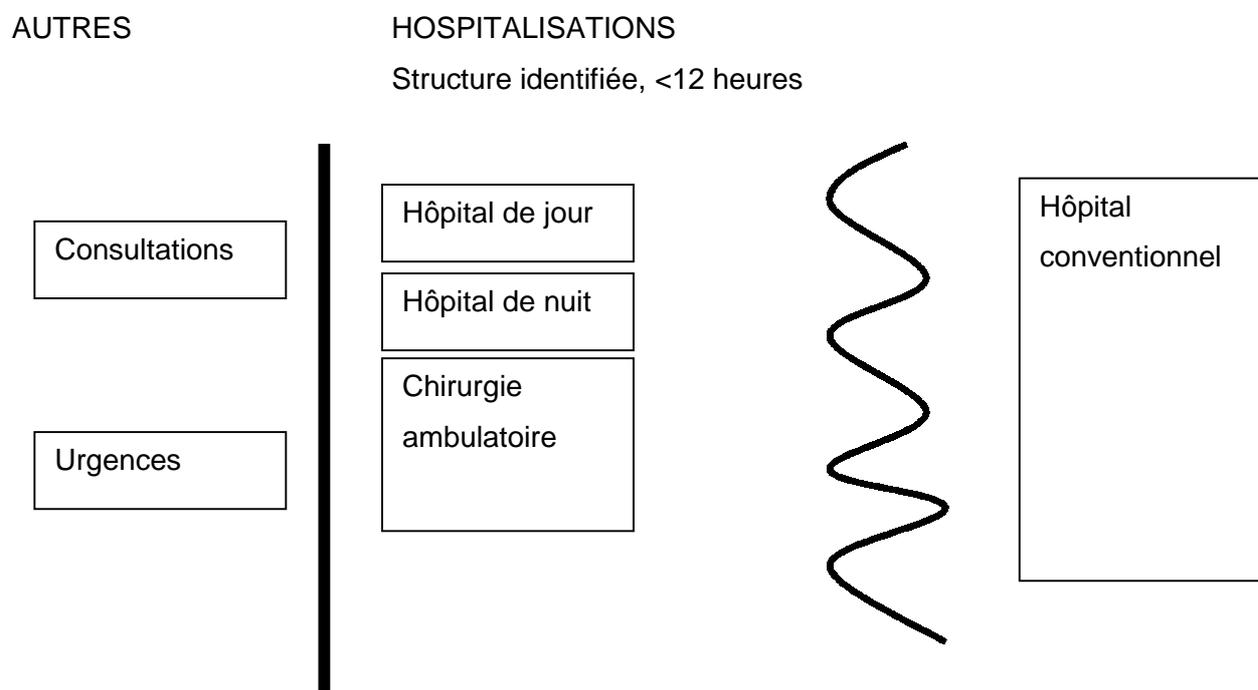
L'hospitalisation de jour se présente donc comme un nouveau mode de distribution de soins et vient prendre une place dans une chaîne de prise en charge qui part de la consultation pour finir par l'hospitalisation complète.

---

<sup>9</sup> Colloque APHP-hôpital de Monza( Italie).

<sup>10</sup> Circulaire n° DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000

Les différents modes de prise en charge hospitalière peuvent être représentés comme suit :



Finalement, les textes sont clairs sur un point : l'hôpital de jour relève de l'hospitalisation et non pas de la consultation. Mais, pour être vraiment clairs, encore faudrait-il pouvoir donner un contour certain à la consultation. Or, la consultation externe de l'hôpital public ne fait pas l'objet d'une définition précise ce qui accroît la difficulté à distinguer la consultation et l'hôpital de jour par le contenu des soins.

## B. LA CONSULTATION HOSPITALIÈRE : UNE ZONE DE NON DROIT ?

### 1. Il n'existe plus aucune définition réglementaire de la consultation

La consultation n'est plus aujourd'hui définie par aucun texte si ce n'est par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Pourtant les consultations externes à l'hôpital ont longtemps fait l'objet de l'attention des pouvoirs réglementaires et législatifs. Ainsi, leur existence fut consacrée par la loi du 21 décembre 1941 puis par le décret d'application du 3 août 1959 pris en application de l'ordonnance du 11 décembre 1958 qui établit leur caractère

obligatoire. L'ensemble de ces textes est abrogé et aujourd'hui les consultations ne peuvent être considérées que comme :

*« une partie de l'activité de soins organisés et dispensés sans hébergement par les services et départements médicaux des établissements de santé »<sup>11</sup>.*

La consultation tout comme l'hôpital de jour est un mode de distribution de soins sans hébergement. En l'absence d'autres précisions, force est de se tourner vers les textes réglementant l'activité de médecine de ville. Et, en effet, la NGAP propose une définition dans son article 15 :

*« la consultation ou la visite comporte un examen clinique et, s'il y a lieu une prescription thérapeutique ».*

Cet énoncé lapidaire résume bien à lui seul l'essence de la consultation médicale qui est un acte avant tout intellectuel et relationnel. Cette dimension intellectuelle n'interdit pas la réalisation de petits actes techniques comme les prises de tension, de sang, les piqûres intraveineuses ou la pose de pansements. De même, certaines consultations cardio-vasculaires ou cardiologiques incluent par nature la réalisation d'actes d'imagerie comme un électrogramme ou une échographie et impliquent « la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques » (art. 15-1).

En faisant abstraction de l'obsolescence du texte eu égard à l'évolution des techniques médicales, il ressort de la NGAP que deux types de consultations sont reconnus : une consultation de base et une consultation à visée diagnostique. Il faut souligner que la consultation qui a pour objectif de donner un diagnostic implique un recours à des moyens techniques plus élaborés. La question de l'utilisation d'un plateau technique peut donc modifier la conception simple que l'on peut avoir de la consultation médicale.

Or, le recours au plateau technique hospitalier est l'une des caractéristiques des consultations externes soulignées par la circulaire du 12 février 1983 relative à l'humanisation des consultations externes dans les établissements publics hospitaliers.

---

<sup>11</sup> Droit Hospitalier ; Ed Dalloz 1999, p.93

## 2. La circulaire du 12-02-1983 : un texte obsolète

Ce texte indique que la consultation externe réalisée dans un établissement hospitalier est plus large que la consultation en médecine de ville dans la mesure où «sa caractéristique est de mettre à disposition des patients en un lieu unique une variété de spécialités et d'équipement et de leurs offrir ainsi un accès à un plateau technique performant».

Ainsi, l'unité de lieu et la diversité de l'offre médicale définissent la consultation externe. Cette situation est corroborée par les analyses de clientèle qui révèlent que les soins dispensés en hôpital sont plus lourds et plus spécialisés qu'en cabinet : ils donnent moins souvent lieu à une prescription pharmaceutique et plus fréquemment à une prescription d'analyse ou examens<sup>12</sup>. Ainsi, les actes réalisés lors des consultations à l'hôpital sont des actes de spécialistes pour 22% d'entre eux et à 50% des actes nécessitant un bloc opératoire.<sup>13</sup>

Malgré cette forte composante techniciste (c'est-à-dire qui implique un recours important tant en fréquence qu'en complexité au plateau technique) la consultation à l'hôpital ne doit pas être dénaturée par le milieu hospitalier et les conditions d'un véritable colloque singulier doivent être maintenues, ce qui implique, par exemple, une limitation du nombre d'étudiants participant à la consultation.

La circulaire met également l'accent sur la durée de la consultation à l'hôpital, qui apparaît alors comme une conséquence de la dimension techniciste de la consultation. Ainsi, «aux malades dont les examens nécessitent une présence prolongée dans l'établissement, il convient d'assurer de bonnes conditions et la possibilité de se reposer et de se restaurer ». Les examens entrant dans le déroulement d'une consultation risquent donc d'en prolonger la durée jusqu'au déjeuner, ou pour le moins d'entraîner une présence dans l'hôpital au delà de la durée habituelle d'une consultation spécialisée.

Cette durée pourrait être si longue qu'au « *cas où des examens complémentaires pratiqués le jour même [aient] pour corollaire des délais d'attente inévitables* » il faudrait proposer au patient de revenir.

---

<sup>12</sup> Solidarité Santé. N° 1, 1994. Les consultations dans les établissements de santé : qui s'y rend et pourquoi ?

<sup>13</sup> Idem note 12

Ainsi, dans l'hypothèse d'examens complémentaires à la consultation, et d'un recours important au plateau technique, la durée de la consultation ne semble pas limitée.

Cette circulaire est encore en vigueur mais il faut bien penser qu'en 1982, trois éléments majeurs de l'offre de soins hospitaliers n'étaient pas encore perçus :

- le haut degré de technicité du plateau technique et la complexité de certains examens
- l'évolution des pratiques médicales vers un recours massif à l'imagerie et aux examens d'aide au diagnostic
- l'essor de l'hôpital de jour dans les hôpitaux et sa reconnaissance par la réglementation.

La portée de ce texte est donc réduite. Il n'en demeure pas moins qu'une conception extensive de la consultation externe et une définition vague de l'hôpital de jour sont deux éléments qui conduisent à se poser la question de la frontière (s'il en existe une) entre ces deux modes de prises en charge. En d'autres termes, il s'agit de savoir à partir de quel moment et selon quelle logique, on quitte le domaine de la consultation pour se retrouver dans une offre d'hôpital de jour.

Certes, on pourrait se contenter d'affirmer que la question ne se pose pas car il existe une différence de nature entre la consultation qui n'est pas de l'hospitalisation et l'hôpital de jour qui est une forme alternative certes mais une forme quand même d'hospitalisation. Cette affirmation est insuffisante voire tautologique lorsqu'on a la curiosité de se pencher sur la réalité des modes de distribution de soins dans les hôpitaux publics français.

### **3. Une réalité hospitalière à l'image de l'incertitude réglementaire : la toxine botulique**

L'existence de cette zone grise entre consultations et hôpital de jour représente un espace de décision laissé à la disposition tant des praticiens que des gestionnaires hospitaliers. A ce titre, l'exemple des injections de toxine botulique est remarquable et commence à être bien connu dans le système hospitalier français. Ces injections sont réalisées uniquement par des médecins neurologues ou ophtalmologues. La toxine a pour effet de neutraliser des nerfs qui se contractent de façon involontaire et fréquente se traduisant par des spasmes. Les indications les plus fréquentes sont les blépharospasmes et les torticolis.

Bien que le prix de la toxine soit particulièrement élevé, environ 1600 francs un flacon de 100 unités, et que le bénéfice thérapeutique soit reconnu par le corps médical, cet acte n'est pas inscrit dans la NGAP ce qui interdit tout remboursement par la sécurité sociale.

Pour cet acte non reconnu et ayant un prix de revient élevé en raison du produit, l'absence de clarté des définitions de la consultation externe et de l'hôpital de jour va conduire les établissements hospitaliers tantôt à le facturer en consultation et tantôt à le facturer et le réaliser en hôpital de jour ce que soulignent les résultats d'enquêtes effectuées par le Centre Hospitalier Lyon Sud. En 1996, l'enquête a été réalisée par le médecin réalisant des injections au CHLS auprès de ses confrères : les résultats présentés ici ne sont pas exhaustifs des réponses données. En 1999, la Direction du CHLS a interrogé les Directions des établissements hospitaliers concernés par ces injections : toutes les réponses données sont citées.

Il faut préciser que les modalités de prise en charge ont tout-à-fait pu évoluer depuis les dates de ces enquêtes : les réponses communiquées ici le sont uniquement dans le but de souligner la diversité des modes de prise en charge et n'ont pas vocation à être utilisées à d'autres fins.

a) Diversité spatiale des modes de prise

Le mode de prise en charge des patients est donc extrêmement variable sur tout le territoire français comme l'a souligné une étude réalisée par le Centre Hospitalier Lyon Sud.

Autre	Consultation externe :	Hôpital de jour	Année de l'enquête
CHRU x		Ophtalmologie et neurologie	1999
Ch de x	K70,sous electromyographie	Ophtalmologie	1999
Ch région x	Cs + EMG		1999
CH x	K 50		1999
Ch de x	Consultation		1999
CH intercommunal de x		Hôpital de jour	1996
CH Intercommunal de x		Hôpital de jour	1996
CHG x	Cs		1996
CHRU x	Cs		1996
CHU x	K 30+K20		1996
Hôpitaux de x	K30+20+20		1996
CHU x	K70 (neurologie)		1996
Hôpital x	K30 ou K30+30/2		1996
CHU x	Cnpsy (Hôpital x) C3 (Hôpital x)		1996
APHP /x	EMG en neuro et CS en ophtalmologie		1996
APHP/x	Blépharospasmes et hémispasmes	Torticolis spasmodiques	1996
APHP / x		Ophtalmologie	1996

Le mode de prise en charge et la réalisation d'un acte peuvent donc varier autant de fois qu'il y a d'établissements et même autant de fois qu'il y a de praticiens, comme l'attestent les quelques exemples relatifs aux hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris. Cette situation n'est pas exempte de risque juridique.

Ainsi, une affaire relative à la toxine botulique est actuellement pendante devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.<sup>14</sup> En effet, une patiente s'est plainte de la différence de prise en charge entre deux établissements, l'un, le Centre Hospitalier Universitaire de

<sup>14</sup> Procès-verbal de la réunion des Directeurs financiers des CHU du 5 mai 2000

Bordeaux, ayant facturé l'injection en hôpital de jour alors qu'un autre établissement lui avait facturé une simple consultation.

#### b) Diversité temporelle du mode de prise en charge

Le mode de prise en charge d'un soin peut également varier dans le temps dans la mesure où la complexité d'un acte diminue par l'effet d'apprentissage et par une meilleure connaissance des patients présents dans la file active. C'est l'une des hypothèses avancées pour expliquer l'évolution des modes de prise en charge. Ainsi, les injections de toxine au CHLS sont effectuées depuis 1988 en hôpital de jour car à cette époque la dangerosité du produit, le manque d'apprentissage du médecin effectuant ces injections sont autant d'arguments en faveur d'une prise en charge en hôpital de jour, ce mode de distribution des soins présentant des conditions de sécurité nécessaires.

Mais, 12 ans plus tard la pratique médicale a évolué. Contrairement aux premières descriptions de l'activité, une visite sur place révèle que les patients restent certes longtemps dans la structure de soins, environ 4 heures, mais que cette durée est beaucoup plus la conséquence d'une organisation du médecin que le résultat d'impératifs médicaux et notamment d'un besoin de surveillance médicale.

En effet, les injections de toxine botulique se déroulent le samedi matin, toutes les trois semaines environ, en consultation d'ophtalmologie. Il ne peut y avoir un lit ou un fauteuil au sens strict du terme car il y a environ quarante patients par séance.

Les patients restent environ 4 heures dans le service mais c'est en raison de l'attente entre la consultation médicale préalable qui permet de prescrire la dose à injecter et l'injection elle-même, réalisée par le même médecin. Il y a rarement besoin d'une surveillance médicale car le médecin connaît bien les patients et le produit. La plupart des patients repartent ainsi dès l'injection faite.

La difficulté rencontrée dans l'entreprise de détermination d'un soin d'hôpital de jour et d'un soin de consultation conduit donc à des situations où un acte peut glisser avec le temps et les effets de la courbe d'apprentissage d'une prise en charge d'hôpital de jour à un acte de consultation.

Il reste à savoir si l'exigence réglementaire d'une structure d'hospitalisation de jour constitue ou non une limitation de ces évolutions des prises en charge. Autrement dit, cette exigence participe-t-elle de la distinction entre les deux modes de prise en charge.

## **C. L'ENCADREMENT DE L'HTPJ DANS LES HÔPITAUX PUBLICS : UNE CONTRAINTE LIMITÉE**

### **1. La procédure d'autorisation**

Depuis la loi hospitalière du 31 juillet 1991, les structures de soins alternatives à l'hospitalisation bénéficient d'une base juridique solide et sont soumises à la procédure d'autorisation.

Pour les places de jour, un système de déclaration d'activité fut mis en place en 1991 faisant office de procédure d'autorisation. Ainsi, d'une part, la portée exacte de cette soumission à la procédure d'autorisation est inconnue de la plupart des hôpitaux publics et plus particulièrement des Hospices Civils de Lyon et , d'autre part, la plupart des autorisations décennales arrivent à expiration à partir de 2001, ce qui rend d'autant plus nécessaire l'analyse des impératifs liés à la procédure d'autorisation.

Pour le CHLS, la quasi totalité des places de jour sera concernée par les renouvellements d'autorisation à demander avant 2003 (voir annexe 1). Or, toute demande de renouvellement doit être déposée un an avant la date d'échéance de l'autorisation, ce qui conduit à déposer les dossiers en 2002.

#### **a) Une procédure d'autorisation classique**

La procédure d'autorisation des places de jour s'apparente aux procédures d'autorisation d'activité médicale. La structure et la logique du dossier d'autorisation sont définies par l'arrêté du 11 février 1993. Ce dossier s'articule en trois sous-dossiers , administratif, personnel et financier.

Les périodes et délais de dépôts des dossiers appelés “fenêtres “ sont identiques à ceux des demandes de renouvellement d’autorisation pour les activités Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et soins de suite et de réadaptation (SSR).

<b>Structure</b>	<b>Période N° 1</b>	<b>Période N° 2</b>	<b>Autorités compétentes</b>	<b>Durée de validité</b>
Structure d’hôpital de jour	Du 1 <sup>er</sup> février au 30 avril	Du 1 <sup>er</sup> août au 31 octobre	Agence Régionale d’Hospitalisation	10 années

Le dossier est transmis à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS) qui l'instruit à l'issue de la période de dépôt. Ainsi, tous les dossiers relevant du même domaine sont traités au même moment et indépendamment de leur date d'arrivée.

L'autorisation est donnée par la Commission exécutive de l'Agence Régionale d'Hospitalisation après avoir pris connaissance de l'avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire. Mais l'agence n'étant pas obligée de suivre cet avis, elle est à même de mener sa propre politique sanitaire en matière de développement des hôpitaux de jour, comme de toutes les autres alternatives à l'hospitalisation.

Dans le cadre d'une demande de renouvellement, l'absence de réponse de l'ARH dans un délai de 6 mois à compter de la fermeture de la « fenêtre » de dépôt vaut acceptation (Article L 712-16). Il importe donc de bien identifier la nature de la demande (première demande ou renouvellement) car pour une première demande d'autorisation, le silence de l'ARH 6 mois après la date de fermeture de la fenêtre vaut refus tacite.

Enfin, l'autorisation est valide pendant 10 ans. C'est la visite de conformité positive qui fait courir le délai de validité des autorisations.

Même si le détail de la procédure n'entre pas dans le champ de ce mémoire, il convient toutefois de préciser les notions spécifiques à la procédure d'autorisation des structures alternatives à l'hospitalisation.

## b) Les spécificités des autorisations relatives aux SSAH

Le développement des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation partielle de jour, ont transformé l'approche de l'activité hospitalière : l'analyse en terme de lits et de journées est désormais insuffisante si elle ne s'accompagne pas d'une approche en terme de places et de séances.

### Les notions de places

De prime abord il est prudent de souligner et de mettre en garde contre la polysémie de cette notion. En effet, il convient de distinguer la place administrative qui est un terme consacré par les textes réglementaires et la place, terme couramment employé pour désigné tout lit ou fauteuil présent dans une unité de soins. Ce second sens est tout à fait correct mais entre ces deux acceptions de la signification de places, la différence est grande dans la mesure où de façon arithmétique 1 place administrative n'a pas toujours pour équivalent 1 place physique. Au contraire, 1 place administrative autorisée peut se traduire par 2 voire 3 places physiques dans un service. En la matière, il n'existe pas de limitation. Mais le décret du 2 octobre 1992 fixe un volume annuel maximum d'activité par place autorisée : il s'élève à 365 séances par an et par place.

Dès lors, le nombre de places à demander et qui peuvent être autorisées par l'ARH est déterminé par un calcul fort simple :

$\text{Nombre de séances prévues} / 365 = \text{Nombre de places administratives}$
--

La notion de taux moyen d'occupation des places n'est pas utilisée quand il s'agit de places de jour, mais rien n'empêche de calculer des taux de remplissage des places de jour. Ceci est d'autant plus nécessaire que le médecin-conseil du CHLS estime qu'une place qui aurait une activité inférieure de 50% par rapport au maximum autorisé, soit 168 séances annuelles, devrait être retirée au moment de la demande de renouvellement d'autorisation.

## La notion de taux de change

L'intervention de cette notion dans la procédure d'autorisation des places d'hôpital de jour illustre l'objectif de la réglementation de l'hôpital de jour : il s'agit avant tout de diminuer les coûts de santé en réduisant la durée d'hospitalisation d'une part et en fermant des lits d'autre part et ce, de façon structurelle. Ainsi, l'autorisation d'une place de jour est l'occasion de réorganiser l'offre hospitalière en fermant des lits si la zone sanitaire et la spécialité médicale concernées disposent de moyens d'hospitalisation excédentaires par rapport aux besoins théoriques.

Si l'excédent est inférieur à 25 %, l'autorisation d'une place de jour aura pour corollaire la fermeture d'un lit d'hospitalisation complète : le taux de change est de 1 pour 1. Mais si l'excédent dépasse les 25 % alors le taux de change s'élève à une place pour deux lits d'hospitalisation. Seuls les lits de médecine, obstétrique, soins de suite et réadaptation peuvent être fermés suite à une conversion.<sup>15</sup>

### **2. Un encadrement plus souple que celui de la chirurgie ambulatoire**

Si les activités de chirurgie ambulatoire ont fait l'objet de textes détaillés à la suite des décrets du 2 octobre 1992, notamment quant à l'organisation des blocs, seuls ces deux décrets sont applicables à l'hospitalisation de jour.

#### a) Les exigences communes : la structure de soins

##### Une condition forte de structure

Le choix de l'appellation « structure de soins alternatives à l'hospitalisation » effectué dès la loi hospitalière du 31 juillet 1991, s'éclaircit au regard des exigences des pouvoirs réglementaires en terme de structure. En effet, l'hôpital de jour est avant tout une structure identifiable au sein de l'hôpital : cette structure doit disposer de ses propres moyens et d'un personnel dédié à son activité durant ses heures d'ouverture.

---

<sup>15</sup> Décret n° 92 1100 du 2 octobre 1992.

## L'existence de la structure

L'existence de la structure doit être palpable et appréhendable par toute personne entrant à l'hôpital grâce à une signalisation et une identification physique marquée (comme la présence d'un encadrement de porte surmonté de la mention hôpital de jour au sein d'une unité d'hospitalisation complète) et la rédaction d'un règlement intérieur. Ainsi on peut dire que la structure existe dès lors qu'une place autorisée est installée dans un lieu répondant aux exigences ci-dessus. La place autorisée peut se matérialiser par un ou plusieurs « fauteuils ou lits » exclusivement destinés à l'activité pratiquée.<sup>16</sup> Cette exclusivité est temporelle, c'est-à-dire qu'elle fonctionne durant l'ouverture de la structure, elle-même limitée à 12 heures par jour. Ainsi, dès lors que la structure est fermée, et sous réserve de satisfaire aux conditions de sécurité et à la pratique médicale, elle peut servir pour un autre type d'offre de soins, des consultations par exemple.

## Fonctionnement de la structure

Le fonctionnement est décrit dans le règlement dont il constitue l'un des éléments. Il doit avant tout assurer la sécurité des patients, à travers :

- l'assurance de la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture de la structure d'HTPJ
- l'accès immédiat à des locaux et des moyens permettant une prise en charge d'une complication
- l'existence d'un personnel dédié composé au minimum d'un médecin qualifié et d'une infirmière.

Le nombre d'infirmières nécessaire est proportionnel non pas au nombre de places autorisées mais au nombre de places physiques installées dans la structure d'hôpital de jour. Les textes n'indiquent pas de ratio, mais d'après le médecin-conseil du CHLS il faut au moins une infirmière pour cinq patients présents dans la structure afin d'assurer un fonctionnement satisfaisant de la structure et la sécurité des patients.

---

<sup>16</sup> Circulaire n° 52 du 15 décembre 1992 relative aux modalités de la déclaration des SSAH existant à la date de promulgation de la loi du 31 juillet 1991.

### b) Les exigences spécifiques aux unités d'ACHA

Les structures d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire sont soumises à des exigences spécifiques détaillées par des textes postérieurs à 1992 et notamment dans l'arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire. Ainsi, les structures de chirurgie ambulatoire doivent comporter un secteur opératoire protégé, clairement signalé et délimité.

### **3. Esquisse d'une politique de renouvellement des places de jour en Rhône-Alpes**

Depuis la publication des arrêtés du 2 octobre 1992, peu de dossiers de renouvellement d'autorisation présentés en CROS Rhône Alpes ont concerné les structures d'hospitalisation à temps partiel. Il n'est donc pas possible de connaître la politique de l'ARH en la matière. En revanche, il est possible d'esquisser les grands traits de la future politique de l'ARH à partir de deux éléments : le degré d'exigence fixé lors du renouvellement des places de chirurgie ambulatoire et les premières circulaires de la Direction des Hôpitaux relatives au contenu des dossiers de renouvellement d'autorisation.

#### a) Une exigence de structure identique à celle de la chirurgie ambulatoire ?

Bien que les normes de structure soient beaucoup moins développées pour l'hôpital de jour que pour la chirurgie ambulatoire, il n'en reste pas moins que l'exigence de la structure risque d'être aussi forte pour l'hôpital de jour qu'elle le fut pour la chirurgie ambulatoire, dans le respect de la spécificité de chacune des structures.

L'idée d'une tolérance quant à l'exigence de la structure est à écarter car, comme nous l'avons dit la structure est l'un des éléments de distinction entre la consultation et l'hôpital de jour. Par ailleurs, 10 ans après la publication des textes, le délai de mise à niveau laissé aux structures devrait raisonnablement être épuisé, ce qui place les structures d'HTPJ dans une situation identique à celle de la chirurgie ambulatoire aux Hospices Civils de Lyon.

Or, en 1997, sur 15 places d'ACHA dont l'autorisation avait été renouvelée, 14 ont été autorisées sous réserve d'une mise en conformité rapide au regard des normes de personnel et d'individualisation de la structure. Ces normes visent à garantir l'efficacité et la sécurité des soins apportés aux malades, ce qui justifie la position tranchée tenue par la tutelle.

Mais, lors du renouvellement, la conformité de la structure constitue également l'une des rares exigences que la tutelle peut manifester vis-à-vis d'un établissement public financé sous dotation globale. En effet, c'est un critère aisé à vérifier lors d'une visite sur place et peu contestable, ce qui n'est pas le cas pour le contenu des soins délivrés dans la structure.

Ces derniers, constituant le second grand type de critères d'identification de la prise en charge en hôpital de jour, peuvent difficilement servir de fondement à un refus de renouvellement car le choix du mode de prise en charge relève essentiellement de la décision médicale. Et, il n'existe pas telle quelle une liste d'actes médicaux relevant de l'hôpital de jour.

Cette absence s'explique par le mode de financement des établissements de santé financés par dotation globale : la part des actes pris en charge par la Sécurité Sociale est fondue dans la dotation globale. Le montant de cette dernière sert ainsi de limitation d'activité y compris sur les places de jour.

C'est pourquoi, l'engagement sur un volume maximum d'activité ( 365 séances par an et par place) souscrit par le responsable de l'établissement lors du dépôt de dossier de demande d'autorisation est d'une portée limitée pour les établissements sous dotation globale. Cette disposition importe avant tout aux cliniques privées qui sont susceptibles de reverser à la Sécurité Sociale le montant des forfaits encaissés au-delà du volume maximum d'activité autorisé.

Pour toutes ces raisons, le CHLS, comme les autres établissements, ne pourra faire l'économie d'une réorganisation du fonctionnement des places de jour avant de demander le renouvellement de leur autorisation.

Or, cette exigence de structure devra également satisfaire aux impératifs de bonne gestion ou au moins aux impératifs de gestion rationnelle des moyens financiers et humains. Dès lors, pour satisfaire aux exigences en personnel (au moins un médecin et une infirmière) il est évident que les structures d'hospitalisation à temps partiel devront compter au moins 5 lits physiques.

Le temps des places de jour isolées dans des services d'hospitalisation complète est révolu. Il en est de même des places uniques par spécialité : les structures d'HTPJ regrouperont à moyen terme un ensemble de place de jour indépendamment de leur spécialité.

b) L'exigence d'un dispositif d'évaluation : la circulaire du 18 novembre 1999

Sur la question de l'existence d'un dispositif d'évaluation, là encore les structures d'hôpital de jour sont dans une situation particulière. En effet, la plupart d'entre elles ont fait l'objet d'une autorisation déclarative en 1991 qui ne s'est accompagnée d'aucun contrôle sur place ou sur dossier de la pratique et du contenu des hôpitaux de jour. De la même manière, les établissements n'ont pas eu à satisfaire à l'exigence de mise en œuvre de l'évaluation, requise par l'arrêté du 11 février 1993 relatif au dossier à produire à l'appui d'une demande de l'autorisation ou de renouvellement. Cet arrêté rendait obligatoire le mise en œuvre de

*"l'évaluation en déterminant à l'avance les critères retenus et les méthodes utilisées, et à en communiquer les résultats à l'administration, en précisant les conditions de réalisation de cet engagement »*

Ainsi, alors que pour le renouvellement des autorisations d'activité par exemple, la tutelle est en droit d'exiger les premiers résultats de l'évaluation, les dossiers de renouvellement d'autorisation des places de jour satisferont aux dispositions de l'arrêté en indiquant le dispositif mis en œuvre, les résultats ne seront exigés que lors du prochain renouvellement décennal.

La circulaire DH/EO3 du 18 novembre 1999<sup>17</sup> est très claire : « ces éléments [d'évaluation] seront indispensables pour permettre l'évaluation lors du prochain renouvellement décennal, et ne peuvent donc être absents des demandes présentées pour le présent renouvellement ».

---

<sup>17</sup> Circulaire n° 99/632

En revanche, il importe de souligner que la tutelle devrait être ferme sur la présentation du dispositif, la circulaire indiquant

*« qu'en cas de carence à produire cette partie D, y compris dans le délai , qui peut être considéré comme suffisant, de quatre mois après la clôture de la période de dépôt, il n'y aura pas lieu de manifester une particulière indulgence, et le dossier peut être réputé incomplet définitivement »*

Le dossier de demande de renouvellement doit donc comporter un volet évaluation qui se compose :

- -de l'énoncé des objectifs proposés au regard du SROS et notamment de l'accessibilité des soins et de la continuité de la prise en charge du patient
- -de la description des indicateurs et des méthodes retenus pour apprécier le réalisation des objectifs proposés
- de la description du système de recueil et de traitement des données médicales et administratives nécessaires à la mise en œuvre de l'évaluation comprenant les caractéristiques et l'origine géographique de la clientèle, les pathologies prises en charge et le volume des actes par nature et par degré de complexité
- de la description du dispositif d'information et de participation des personnels médicaux impliqués dans la procédure d'évaluation
- de la description des procédures ou des méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients.

Si les dispositifs d'évaluation mis en place pour les structures d'HTPJ suivaient ce descriptif, ils permettraient alors de suivre et de connaître précisément la nature des actes réalisés en hôpital de jour, ce qui rendrait plus aisé la distinction HTPJ et consultations externes dans la mesure où le contenu de la prise en charge en hôpital de jour serait connu.

Il ressort de l'analyse des textes disponibles traitant de l'hôpital de jour sous un angle ou un autre que deux grands types de définition sont proposés : l'une par rapport à l'hospitalisation complète et l'autre par rapport aux consultations externes.

Pour distinguer l'HTPJ d'autres modes de prise en charge, deux critères semblent plus particulièrement pertinents :

- les critères médicaux
- le critère de la structure

Mais, ces critères ressortent de l'analyse textuelle et ne suffisent pas à décrire l'ensemble des logiques à l'œuvre lors du choix de mode de prise en charge. De plus, ils sont insuffisants pour décrire le contenu d'une prise en charge en hôpital de jour. Il est donc nécessaire de compléter et de comparer cette approche textuelle par une recherche et une analyse de la réalité des hôpitaux de jour dans un établissement des Hospices Civils de Lyon, le Centre Hospitalier Lyon Sud.

## **II. DIVERSITES ET IMPERFECTIONS DES REPRÉSENTATIONS DE L'HOPITAL DE JOUR AU CHLS**

L'activité d'hôpital de jour et sa connaissance par les acteurs hospitaliers oscillent entre réalité et représentation de la réalité. En effet, la réalité de l'activité hospitalière peut être appréhendée, d'une part, grâce à une observation quotidienne du terrain et d'autre part, par le biais des représentations produites par le discours des personnels médicaux (A) et par le programme médicalisé des systèmes d'information (B). Or, s'il est plus aisé de connaître les représentations que de mener une observation de terrain, ces deux sources d'informations ne sont pas toujours cohérentes entre elles. Ce défaut illustre la difficulté à laquelle se heurte toute tentative de connaissance de l'activité d'hôpital de jour.

### **A. REPRÉSENTATION DE L'HÔPITAL DE JOUR ISSUE DU DISCOURS MÉDICAL**

#### **1. Méthode de l'enquête**

##### *a) Le champ de l'enquête*

Trouver et se satisfaire d'une définition de l'hôpital de jour et de la consultation est difficile tant les informations sont rares ou peu exploitables. Pourtant, la question du choix de mode de prise en charge se pose quotidiennement dans les services. L'intérêt de connaître la pratique médicale est alors double :

- Mesurer l'écart qui existe entre les éléments de définition et la réalité hospitalière
- Contribuer à l'émergence de critères de définition de l'hôpital de jour et de la consultation à partir de l'identification des pratiques.

L'enquête couvre l'ensemble des services du CHLS qui offrent une prise en charge en consultations et en hôpital de jour excepté les services pour l'activité de jour desquels il ne se pose pas de problème de frontière avec les consultations (radiothérapie, dialyse,

chimiothérapie) Les services concernés sont la médecine interne, la pneumologie (deux services), l'hématologie, l'hépatogastro-entérologie, la pédiatrie, l'endocrinologie et la rééducation fonctionnelle infantile.

L'objectif du questionnaire est de connaître la pratique de l'hôpital de jour au Centre Hospitalier Lyon Sud. C'est pourquoi, ni l'existence d'une structure d'hôpital de jour<sup>18</sup>, ni l'existence du PMSI<sup>19</sup> ne furent nos critères de sélection des services.

Le choix de l'interlocuteur s'est porté sur les chefs de services pour leur connaissance historique du service et leur perception du concept même d'hôpital de jour.

#### b) Les logiques du questionnaire

Le questionnaire proprement dit fut mis au point après l'analyse des textes relatifs aux hôpitaux de jour et aux consultations et après un premier travail ponctuel sur la toxine botulique. Il s'articule en trois parties.

La première vise à identifier le type de places de jour présentes dans l'unité concernée.

Il s'agit ensuite de savoir si le problème de l'orientation d'un patient entre une consultation lourde et un hôpital de jour se pose et de quelle façon il est résolu par le service. Tout l'intérêt de cette seconde partie réside dans l'identification d'une politique claire d'orientation des patients. L'entretien est alors semi-dirigé car les critères d'orientation ont été définis au préalable quand nous les pensions susceptibles d'entrer en jeu dans l'orientation du patient. De cette façon, l'entretien devait valider ou infirmer un certain nombre d'hypothèses émises lors de l'analyse de la réglementation.

Enfin, dans un troisième temps, les questions se concentrent sur le contenu même des prises en charge en hôpital de jour pour finir sur une proposition de définition des consultations et de l'hôpital de jour.

Les interlocuteurs ont reçu le questionnaire vierge peu avant la date du rendez-vous, en général un jour avant afin de désarmer toute méfiance.

---

<sup>18</sup> L'utilisation de ce critère s'inscrit plus dans un travail de vérification de la conformité des hôpitaux de jour à la réglementation.

<sup>19</sup> L'utilisation de ce critère aurait conduit à supprimer la rééducation fonctionnelle de notre étude

c) Le questionnaire sur la réalité des hôpitaux de jour au CHLS

**Questionnaire sur la réalité des hôpitaux de jour aux CHLS**

**1/ Vous prenez en charge vos patients soit en hospitalisation traditionnelle, soit en hospitalisation de jour, soit en consultation. C'est la coexistence de places de jour et d'une consultation qui va nous intéresser ici.**

- De quand date la mise en place de l'unité d'hôpital de jour ?
- Vous souvenez-vous des raisons qui ont conduit à créer cette unité ?
- Où se situe l'hôpital de jour par rapport aux consultations, aux unités d'hospitalisation ?
- Cette localisation est-elle satisfaisante ?
- Les places de jour sont-elles regroupées avec un personnel et des locaux propres ?
- La coexistence des deux modes de prise en charge (consultation et hôpital de jour) vous pose-t-elle problème :
  - a) dans l'orientation des patients ? Si oui, quel type de problème
  - b) dans votre pratique professionnelle ?

**2 /Si vous devez choisir entre ces deux modes de prise en charge, sur quelle base fondez-vous votre décision ?**

- Le profil du patient intervient-il ?
  - a) son âge
  - b) sa pathologie
  - c) sa couverture sociale
  - d) son activité ou inactivité professionnelle ( en activité, au chômage, retraité)
  - e) son lieu de résidence
  - f) son entourage familial

Les questions d'organisation interviennent-elles ?

1. temps total passé dans la structure hospitalière
2. disponibilité du plateau technique
3. disponibilité ou non des places en hôpital de jour

Les questions de prise en charge interviennent-elles ?

- a) prise en charge soignante
- b) prise en charge médicale
- c) nombre et complexité des actes médico-techniques nécessaires
- d) moment de prise en charge : prévention, diagnostic, thérapeutique, rééducation

Quels autres critères de choix peuvent intervenir ?

**3/ Avez-vous une idée précise des actes réalisés de façon systématique dans votre service soit en hôpital de jour, soit en consultations externes ?**

Si oui, pouvez-vous me les indiquer ?

Si oui, la répartition entre CE et HJ a-t-elle évolué ou pensez-vous qu'elle va évoluer à moyen terme ? Pourquoi ?

**4/ Pouvez-vous définir en quelques mots ce qu'est pour vous une consultation et une hospitalisation de jour ?**

## 2. Résultats de l'enquête de terrain

### a) Des réponses de qualité

L'appréciation tant qualitative que quantitative des réponses est positive. Sur les huit entretiens menés, un seul s'est révélé peu satisfaisant, notre interlocuteur ne souhaitant pas manifestement centrer son discours sur le thème de l'entretien. Mais, par ailleurs, l'activité de jour de son service est clairement définie par rapport aux consultations.

La durée des entretiens a oscillé entre 45 minutes et 1 heure trente.

### b) Des réponses homogènes

#### Une pratique médicale qui pallie le vide juridique

Les praticiens n'éprouvent pas de difficulté d'orientation des patients due à la coexistence des deux modes de prise en charge. L'unanimité des réponses est surprenante à deux égards. D'une part, cette affirmation semble remettre en cause l'hypothèse principale de l'enquête à savoir qu'il existe une zone grise entre les consultations et l'hôpital de jour constituée par des consultations lourdes et multidisciplinaires. Mais, d'autre part, dans la suite de l'entretien les médecins ont détaillé et explicité leur politique d'orientation des patients. Il faut donc relativiser la négation de l'existence du problème de la zone grise entre consultation et hôpital de jour : que le problème ne se pose pas aux yeux des praticiens ne signifie pas qu'il n'existe pas mais signifie qu'ils résolvent ce problème par leur pratique quotidienne.

#### Unanimité sur la prépondérance du critère d'ordre médical

Les réponses aux questions relatives au type de critère utilisé dans l'orientation des patients se révèlent tranchées. Certes, il n'existe pas de réponse identique en tous points, mais un critère est cité dans 7 cas, c'est à dire dans tous les cas où l'entretien est exploitable. Il s'agit du critère relatif à la complexité et au nombre des actes médico-techniques.

Si l'âge et le profil socio-économique du patient interviennent, ce n'est qu'à la marge et de façon exceptionnelle pour les praticiens.

- *L'hôpital de jour : le temps condensé de la complexité et du geste technique*

Sans nul doute, la référence à **la complexité des actes réalisés et à la présence de geste** caractérise, aux yeux des praticiens, l'hôpital de jour par rapport à la consultation.

La notion de complexité est duale. En effet, il faut distinguer une complexité technique due à l'acte lui-même (la scintigraphie par exemple) et la complexité organisationnelle découlant de la succession d'examens et/ou d'avis spécialisés<sup>20</sup> sur une durée journalière de prise en charge inférieure à 12 heures.

Le contenu de la prise en charge en hôpital de jour est lié à l'évolution d'une pratique médicale qui recourt de plus en plus aux examens et à des avis variés pour établir un diagnostic. En conséquence, on comprend bien le rôle incontournable des acteurs médicaux dans la politique du choix des modes de distribution des soins.

Enfin, on note qu'en aucun cas l'hospitalisation de jour n'est définie par une durée si ce n'est celle de la journée. En revanche, la référence à la durée est omniprésente dès lors qu'il s'agit de définir une consultation externe.

- *La consultation externe : acte intellectuel, relationnel et individuel*

Contrairement à l'hôpital de jour, la définition de la consultation par les praticiens est plus aisée et plus concise. La consultation se définit avant tout comme un acte intellectuel, relationnel et individuel. Lors de la consultation, le médecin établit souvent un premier contact avec le patient, constitue son dossier et décide des modalités de prise en charge à suivre. Le nombre d'intervenants est réduit à un ou deux praticiens de spécialités différentes. La consultation doit également durer un certain temps. Ainsi, la durée de la consultation oscille entre un minimum de 10 à 30 minutes et un maximum d'une heure.

c) Le contenu des actes réalisés en hôpital de jour au CHLS

---

<sup>20</sup> Il peut s'agir soit d'une succession d'examens médico-techniques, soit d'une succession d'avis spécialisés ou encore une succession d'examens et d'avis.

<b>Spécialité</b>	<b>Critères de distinction</b>	<b>Actes réalisés en Hôpital de jour</b>
<b>Pneumologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Plusieurs examens ou plusieurs consultations</li> <li>→ Présence de gestes techniques</li> </ul>	Endoscopie Bilans sanguins + test allergologie Fibroscopie bronchite Association : scanner thoracique + EFR +test cutané d'allergologie Association de consultations : ORL + dermatologie +médecine du travail
<b>Pneumologie 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Si plus de deux examens et s'ils sont réalisés hors du pavillon de pneumologie</li> </ul>	Bilans Scanner + autre examen Deux examens à jeun Scintigraphie osseuse : 4 heures Fibroscopie + autre examen
<b>Médecine Interne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Si un geste technique</li> <li>→ Si un alitement nécessaire</li> <li>→ Si complexité de l'acte</li> <li>→ Si plusieurs examens</li> </ul>	Perfusion Ponction d'ascite Endoscopie Imagerie Biopsie Saignée + dynamap
<b>Rééducation fonctionnelle infantile</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Nécessité d'une évaluation impliquant l'ensemble de la structure : médecins, soignants et paramédicaux</li> <li>→ Réalisation d'appareillages</li> </ul>	Bilan complet : neurologique, intellectuel Préparation de la prise en charge globale de l'enfant : relations avec l'école, l'assistance sociale, l'ORL etc

<b>Hépatogastro-entérologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Plusieurs examens</li> <li>→ Plusieurs médecins</li> </ul>	Endoscopie
<b>Endocrinologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Ensemble d'examens simultanés</li> <li>→ Ensemble d'examens et de consultations</li> </ul> <p>Prise en charge sous forme d'un module qui combine plusieurs approches cliniques, psychologiques, éducationnelles et d'imagerie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ <b>Module pour les diabétiques non insulino dépendants : première prise en charge après une première consultation</b></li> <li>-Une entrée à jeun, bilans sanguins</li> <li>-Des consultations en ophtalmologie, cardio-vasculaire et cardiologie</li> <li>-Des temps éducatifs car les patients doivent contrôler eux-mêmes leur diabète.</li> <li>→ <b>Module pour la thyroïde (rare en hôpital de jour, a surtout pour avantage de regrouper des actes))</b></li> <li>-Echographie</li> <li>-Ponction de la thyroïde</li> <li>-Scintigraphie (parfois)</li> <li>-IRM, scanner : moins fréquent</li> <li>→ <b>Module pour les troubles métaboliques : un ensemble d'explorations</b></li> <li>-Métaboliques : le bilan lipidique</li> <li>-Hormonale : tests dynamiques de stimulation ou de freinage</li> <li>-Gynécologiques : échographie ovarienne</li> <li>-Psychologique et diététique</li> <li>-Pathologies concernées : hirsutisme, obésité, stérilité, aménorrhée.</li> </ul>
<b>Pédiatrie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre et technicité des examens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IRM sous anesthésie</li> </ul>
<b>Hématologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complexité des actes</li> <li>- Succession d'examens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biopsie de moelle osseuse</li> <li>- Tous les actes thérapeutiques : chimiothérapie et transfusion</li> <li>- Tous les actes en K</li> </ul>

L'étude des actes réalisés en hôpital de jour corrobore les définitions de l'hôpital de jour données par les praticiens : dans tous les cas, la présence d'au moins un examen lourd comme un scanner ou une IRM, ou la réalisation d'un geste invasif induit une prise en charge en hôpital de jour.

La représentation de l'hôpital de jour et de la consultation issue des discours des praticiens apparaît au final clairement définie, l'impression dominante étant celle d'une politique relativement systématique d'orientation des patients. Dès lors, il est intéressant de confronter ces premiers résultats à la description du contenu des prises en charge découlant de l'analyse des outils d'information disponibles au Centre Hospitalier Lyon Sud : le PMSI et les données issues du logiciel de gestion administrative (GEMA) qui retranscrit une partie des données du dossier patient dont les actes médico-techniques consommés par les unités fonctionnelles d'hôpitaux de jour et de consultations.

## **B. DES REPRÉSENTATIONS DÉCRITES PAR DES SYSTÈMES D'INFORMATION INADAPTÉS**

Deux approches sont possibles : celle à partir des Groupes Homogènes de Malades (GHM) d'hôpitaux de jour fondus dans la Catégorie Majeure 24 et celle à partir des unités fonctionnelles. Les données par unités fonctionnelles sont plus difficilement accessibles dans la mesure où toute transmission par le médecin responsable de l'unité hospitalière d'information médicale (UHIM) des données relatives aux GHM, diagnostics principaux et actes réalisés par unités fonctionnelles<sup>21</sup> doit recevoir l'accord de chacun des chefs de service concernés (disposition de la Charte d'information Médicale des Hospices Civils de Lyon).

---

<sup>21</sup> Au CHLS, toute l'activité des places de jour est identifiée dans des unités fonctionnelles distinctes.

## Rappel sur le PMSI

- Les principaux découpages de l'activité hospitalière

**L'unité médicale (UM)** Origine de toute l'information. L'UM est un regroupement d'unités fonctionnelles (UF).

**L'unité fonctionnelle (UF)** : la plus petite unité de gestion qui présente une homogénéité de lieu, de responsabilité et d'activité.

- Les résumés d'informations issus du PMSI

**Résumé d'unité médicale (RUM)** : les séjours dans les structures alternatives à l'hospitalisation font l'objet d'un RUM, mais pas la venue en consultation qui n'est pas un séjour hospitalier.

La constitution d'un RUM nécessite une observation médicale et l'indication des actes réalisés et les diagnostics

Le **diagnostic principal** : établi à la fin du séjour en répondant à la question suivante : pour quoi ce malade a-t-il été pris en charge pendant ce séjour ? Il n'existe qu'un DP par RUM et par RSS même si le RSS est multi-unité,

Pour coder les diagnostics, le praticien utilise la Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) dans sa dixième version.

**Les actes médicaux** . décrits par le catalogue des actes par nature (CdAM) Ils peuvent être classants (repérés par la lettre Y) et orientent alors les séjours vers des groupes majoritairement chirurgicaux. Les actes opératoires classants sont des actes réalisés au bloc opératoire et sont discriminants en terme de consommation de ressources. Ils orientent le séjours de la CMD vers des GHM chirurgicaux. Les actes non opératoires classants sont des actes non obligatoirement exécutés au bloc mais marqueurs d'une consommation de ressources différente des autres cas. Dans le cadre de la CM 24 ces actes classants non opératoires ne classent jamais dans un GHM chirurgical s'ils sont les seul actes classant du RSS. La notion d'acte du CdAM est différente de celle de la NGAP et il n'existe pas de transcodage entre ces deux nomenclatures.

Le choix du GHM est effectué à partir des actes classants puis à partir du diagnostic principal.

Dans la catégorie majeure 24, le séjour est orienté vers une séance , un décès ou transfert immédiat ou un séjour d'un jour en hospitalisation de jour ou conventionnelle.

**Le résumé standardisé de sortie (RSS)** : constitué par un ou plusieurs RUM même si le patient est passé dans plusieurs unités médicales

Le **résumé de sortie anonymisés (RSA)** : un RSS anonymisé transmis aux Directions d'établissement et à la tutelle.

## 1. Approches de l'hôpital de jour à partir du PMSI

### a) Par les GHM

Les séjours d'hospitalisation de jour sont regroupés dans la CM 24. Une analyse de la structure des effectifs des GHM de la CM 24 est intéressante car elle indique le poids des séjours des hôpitaux de jour dans cette catégorie majeure par rapport à l'activité de jour de l'hospitalisation conventionnelle.

#### Poids de la cancérologie et du GHM 823 en hôpital de jour

Au centre Hospitalier Lyon Sud, les séjours d'hôpital de jour sont concentrés dans deux GHM, le GHM 817 (affections myéloprolifératives et tumeurs du siège imprécis ou diffus) pour 36,8 %<sup>22</sup> des séjours d'hôpitaux de jour et le GHM 823 (facteurs influençant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé) pour 32,3 % des séjours.

En affinant l'analyse du GHM 817 grâce au diagnostic principal, on constate que le diagnostic Z 511 (chimiothérapie pour tumeur) constitue le diagnostic principal le plus fréquent dans le GHM 817 des unités fonctionnelles d'hôpitaux de jour, ce qui laisserait penser que sur les places de jour des unités fonctionnelles où le GHM 817 est bien représenté, l'activité de cancérologie est importante.

Spécialité	Nombre de séjour du GHM 817 par UF	Nombre de DP 511 dans le GHM 817 de l'UF
Hématologie	1877	1034
Pneumologie tous services confondus	1038	780
Médecine interne	191	170

---

<sup>22</sup> L'importance numérique de ce GHM doit être relativisée car de nombreuses séances tombent dans ce GHM au lieu du GHM 681 (chimiothérapie pour tumeurs) en raison d'un mauvais codage.

### Séjours d'hôpital de jour et GHM de la CM 24

Globalement les séjours d'hôpitaux de jour représentent 53 % des effectifs des GHM médicaux de la CM 24 hors séance. Ce pourcentage diminue fortement et tombe à 16 % si l'on inclue les séances<sup>23</sup> du CHLS (32 044 séances en 1999).

La part des séjours d'hôpital de jour dans les GHM de la CM 24 est certes difficile à établir<sup>24</sup>, cependant, pour huit GHM de la CM 24, les séjours d'hôpitaux de jour constituent plus de 70 % de l'effectif des séjours du GHM. Faute de données plus précises, nous avons posé comme principe que cette forte représentation des hôpitaux de jour permettait de travailler sur l'ensemble de l'effectif du GHM et de tirer des conclusions pour les séjours d'hôpital de jour.

---

<sup>23</sup> Dans le PMSI, une séance est identifiée si le médecin coche la case "séance" sur le résumé d'unité médicale. L'essentiel des séances est produit par la radiothérapie et la dialyse.

<sup>24</sup> On retrouve les séances d'hôpital de jour dans la catégorie majeure<sup>24</sup> en croisant les données de cette catégorie avec la production des séjours des unités fonctionnelles d'hôpital de jour

Le poids des séjours d'hôpitaux de jour dans les GHM de la CM 24 du CHLS

N GHM	Intitulé	Nombre total de séjour des GHM médicaux de la CM 24 hors séances	Nombre de séjour d'hôpital de jour dans ce GHM	Poids de l'hôpital de jour dans ce GHM
806	Affections du tube digestif	336	287	85%
808	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique	585	478	82%
807	Affections du système hépato-biliaire et du pancréas	105	85	81%
821	Traumatismes allergies et empoisonnement	204	162	79%
810	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	581	454	78%
823	Facteurs influençant sur l'état de santé et autres motifs de recours au services de santé	3239	2521	78%
816	Affections du sang et de organes hématopoiétiques	122	87	71%
817	Infections myéloprolifératives et tumeurs du siège imprécis	4090	2869	70%
805	Affections de l'appareil circulatoire	117	61	52%
804	Affections de l'appareil respiratoire	1088	567	52%
812	Affections de l'appareil génital masculin	52	24	46%
818	Maladie infectieuses et parasitaires	24	11	46%
809	Affections de la peau	232	76	33%
802	Affections de l'œil	59	17	29%
819	Maladies et troubles mentaux	27	7	26%
813	Affections de l'appareil génital féminin	57	7	12%
820	Troubles mentaux liés à l'absorption de drogues	20	2	10%
890	Transferts immédiats	162	15	9%
803	Affections ORL et stomatologie	234	12	5%
801	Affections du système nerveux	768	33	4%
814	Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	165	2	1%
811	Affections du rein et des voies urinaires	1906	15	1%
885	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions	363	0	0%
880	Décès immédiat	92	0	0%
887	Lithotritie extracorporelle	10	0	0%
815	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	5	0	0%
	SOMME	14643	7792	53%

Sources : UHIM du CHLS, données de 1999

b) Par unité fonctionnelle

L'analyse des unités fonctionnelles a été rendue possible grâce à l'accord des chefs de services concernés. Les données recueillies sont : les GHM par UF et leurs effectifs, la liste des diagnostics principaux et associés et la liste des actes de tous niveaux par GHM.

L'éventail des GHM par unité fonctionnelle est réduit : deux ou quelques fois trois GHM représentant 50 % des séjours. Or, il s'agit bien souvent des GHM 823 et 817 qui sont très vastes et qui traduisent souvent une forte activité de cancérologie. Cependant, pour l'hépto-gastro-entérologie et la rhumatologie, les principaux GHM sont précis et les séjours d'hôpitaux de jour dans ces GHM médicaux constituent la majorité de l'effectif de ce GHM ce qui permet de travailler sur ces GHM sans difficulté.

GHM représentant plus de 50% des séjours d'hôpitaux de jours par UF

Lecture : 92% des séjours d'hôpital de jour du GHM 806 sont produits dans l'unité fonctionnelle d'hôpital de jour du service d'hépto-gastro-entérologie.

Spécialité de l'UF	Nombre de séjours de l'UF	Numéro du GHM	Effectif du GHM dans l'UF	Poids de l'UF dans le GHM	Poids de l'UF dans les séjours d'Hôpital de jour du GHM
Hépto-gastro-entérologie (HGE)	549	806	264	78.5%	92%
		817	110	2.6%	3.8%
Rhumatologie	528	808	424	72.4%	88.7%
Pneumologie St Léon	660	817	404	9.8%	14%
Pneumologie Duffourt	728	804	264	24.26%	46.5%
		821	155	75.9%	95.6%
		823	119	3.6%	4.7%
Pneumologie St Vincent	454	817	230	5.6%	8%
		823	110	3.3%	4.3%
Pédiatrie	864	823	660	20.3%	26.1%
Endocrinologie	514	823	236	7.2%	9.3%
		810	230	39.5%	50.6%
Hématologie indifférenciée	2374	817	1449	35.4%	50%
		823	872	26.9%	34.5%
Hématologie : chimio-hémato	432	817	428	10.4%	14.9%

### c) Une approche restreinte de l'hôpital de jour par les actes

De la même manière que nous avons interrogé les praticiens sur les actes qu'ils réalisaient en hôpital de jour nous pensions pouvoir retrouver ces actes dans les résultats du PMSI.

Mais, le PMSI ne fournit pas une liste exhaustive des actes réalisés durant le séjour car il ne contient que les actes médicaux, chirurgicaux, de radiologie, de radiothérapie et d'anesthésie-réanimation, ce qui ne permet pas d'avoir une connaissance complète de la prise en charge en hôpital de jour.

Pour pallier ce défaut, nous avons pris comme principe d'étude :

- Que si le nombre d'actes était supérieur ou égal au nombre de séjour par diagnostic, alors nous pouvions étudier le diagnostic
- Que si les actes réalisés dans le cadre d'un diagnostic<sup>25</sup> n'étaient pas des actes relevant du CdAM, alors l'étude s'arrêterait au niveau du diagnostic.

## 2. Les résultats : trois types d'unité fonctionnelle d'hôpital de jour

### ☛ Les unités d'hôpital de jour pour lesquelles le PMSI peut décrire correctement l'activité

#### **En raison de la pratique et du codage d'actes classants**

Ainsi, en hépato-gastro-entérologie, 187 séjours sur 549 sont bien renseignés en raison de la présence d'actes classants comme les explorations endoscopiques (fibrocoloscopies, gastroscopies). Dans ce cas, la présence d'un geste décrit bien le contenu de la prise en charge en hôpital de jour.

#### **En raison du libellé explicite de la grande majorité des diagnostics principaux**

L'analyse des hôpitaux de jour d'hématologie est également aisée dans la mesure où pour 2234 séjours sur un total de 2374, le diagnostic principal indique à lui seul l'activité réalisée.

---

<sup>25</sup> Cas du diagnostic Z 513 "transfusion sanguine" dont les principaux gestes sont des prises de sang non incluses dans le CdAM.

Il s'agit :

- De chimiothérapie pour 1034 séjours (DP Z 511)
- De dépistages du sang pour 136 séjours (DP Z130)
- De transfusions sanguines pour 524 séjours (DP Z513)
- D'examens de contrôle après chimiothérapie pour 229 séjours (DP Z082)
- D'autres soins pour 229 séjours (DP 818)

Ainsi, la représentation PMSI de l'activité de jour des unités d'HGE et d'hématologie corrobore en partie les résultats de l'analyse de terrain qui concluait, pour ces deux unités, que la problématique de la zone grise entre l'hôpital de jour et les consultations n'était pas nettement perçue. Et, en effet, ce sont aussi deux spécialités où la technicité des actes requis pour le diagnostic ou la thérapeutique est telle qu'elle induit souvent une prise en charge en hôpital de jour.

☞ Les hôpitaux de jour où quelques séjours sont bien décrits en raison d'un bon renseignement des actes pour certains diagnostics

L'hôpital de jour de rhumatologie se trouve dans cette situation. La rhumatologie représente la quasi totalité des séjours du GHM 808 (affections de l'appareil musculo-squelettique) et environ 360 séjours sur les 424 de la rhumatologie sont exploitables dans la mesure où le nombre d'actes indiqués est au moins égal au nombre de séjour.

☞ Les unités fonctionnelles d'hôpitaux de jour pour lesquelles l'analyse doit se limiter au diagnostic principal

La médecine interne se trouve dans ce cas. En effet, les diagnostics principaux les plus nombreux sont les anomalies du métabolisme du fer, les séances de chimiothérapie, les transfusions sanguines et autres formes de soins médicaux.

Les hôpitaux de jour de pneumologie ont une activité différenciée les uns des autres. Certaines unités comme celle de Saint Léon et celle de Saint Vincent<sup>26</sup> ont une orientation de chimiothérapie marquée. En revanche, l'éventail des diagnostics principaux en pneumologie Duffourt est beaucoup plus étendu.

---

<sup>26</sup> A Saint Léon, 422 des 660 séjours sont en fait des séances de chimiothérapie.

### **3. La nécessité de compléter l'analyse issue des résultats du PMSI**

L'utilisation du PMSI pour décrire l'activité des hôpitaux de jour est donc limitée : bien souvent l'analyse doit se satisfaire des diagnostics principaux. De plus, le PMSI ne couvre pas les consultations externes ce qui rend là encore son usage limité dans le cadre de notre réflexion visant à distinguer par le contenu les soins dispensés en consultation qualifiée de lourde et les prises en charge d'hôpital de jour.

Ainsi, l'inadaptation relative de l'outil PMSI et son incomplétude pour décrire l'activité externe nous a conduit à rechercher une autre méthode de connaissance des actes réalisés lors de ces prises en charge, quitte à ce que cette méthode complémente l'approche PMSI.

## **C. ANALYSE COMPARATIVE DE LA DENSITÉ TECHNIQUE DES ACTES MÉDICO-TECHNIQUES RÉALISÉS EN HÔPITAL DE JOUR ET EN CONSULTATION**

### **1. Méthode utilisée**

En l'absence d'information sur la nature des actes consommés par les unités fonctionnelles d'hôpitaux de jour et des consultations, la comparaison entre l'hôpital de jour et les consultations a porté sur la moyenne des coefficients par grandes lettres clefs de la NGAP et par unité, qu'il s'agisse d'une consultation ou d'un séjour.

Les actes concernés sont ceux qui sont produits par les services et non pas les actes facturables après application des règles de la facturation issues de la NGAP.

Il faut souligner avant toute analyse que les actes issus du dossier du patient sont connus par le biais du logiciel GEMA et qu'il s'agit des actes définis par la NGAP, qui sont donc différents des actes CdAM : notamment sont absents de la NGAP tous les actes médicamenteux.

Des regroupements ont été effectués de la façon suivante :

Intitulé de la moyenne	Lettres clefs regroupées
Moyenne des B	B, BHN, BP, BR
Moyenne des K	K, Kc KCC, KE
Moyenne des Z	Z, Z-2-3-4, ZN

L'objectif poursuivi est de comparer la densité technique des actes réalisés en consultation et en hôpital de jour.

## 2. Résultats

Spécialité	Moyenne des coefficients de B	Moyenne des coefficients de K	Moyenne des coefficients de Z
Pneumologie St Leon HJ	53,3	11,3	14,3
Pneumologie St vincent HJ	3	15,1	23,78
Consultations	69,1	15,8	15
Pneumologie Duffourt HJ	207,7	33,2	16,2
Consultations	47,3	14,9	6,1
Rhumatologie HJ	219,6	10,6	38,2
Consultations	53,2	3,5	4,47
Hématologie HJ	246	3,2	5
Consultations	272	2,6	6,39
Médecine interne HJ	204,8	13,5	11,6
Consultations	189,7	7,4	4,6
Hépatogastro-entérologie HJ	146	64,5	2,5
Consultations	112	13,4	5,2
Endocrinologie HJ	925,6	25	13,7
Consultations	101	8,4	3,6
Pédiatrie HJ	581,8	29,5	35,1
Consultations	136,3	7	8,1

a) Une densité technique en général supérieure en hôpital de jour

Les actes médico-techniques réalisés en hôpital de jour apparaissent en général plus complexes que ceux réalisés en consultation. Ceci est notable pour l'endocrinologie, la pneumologie de Duffourt, la rhumatologie et la pédiatrie pour les trois grandes lettres clefs analysées. L'analyse est valable pour la médecine interne mais surtout sur les actes en K et les actes d'imagerie en Z.

b) Des résultats complémentaires de l'approche par le PMSI

Pour les autres unités fonctionnelles, la différence en terme de densité et de complexité d'actes médico-techniques est moindre. Cependant, il ne faudrait pas en conclure que le contenu de la prise en charge est identique. En effet, les unités fonctionnelles concernées ont des particularités déjà soulignées lors de l'analyse des résultats du PMSI.

Ainsi, l'hôpital de jour d'hépatogastro-entérologie se distingue des consultations par la densité des actes en K, et l'on sait déjà que les endoscopies constituent une part importante de la prise en charge en hôpital de jour (conclusions de l'analyse du GHM 806).

Les cas de la pneumologie de Saint Léon et Saint Vincent ainsi que de l'hématologie s'expliquent par l'importance numérique des chimiothérapies qui n'apparaissent pas dans la liste des actes de la NGAP, étant des actes médicamenteux.

\*\*\*\*\*

Le contenu des prises en charge en hôpital de jour et en consultations n'est donc pas aisé à définir, le défaut d'outils d'information adaptés étant patent. En effet, les seuls résultats tangibles en matière de connaissance de l'activité d'hôpital de jour sont issus de l'enquête de terrain. Ces résultats invalident certaines hypothèses comme le rôle du profil socio-économique du patient dans le choix du mode de prise en charge. Cependant, eu égard aux conséquences de ces choix tant pour le patient que pour l'hôpital, il convient de bien cerner les impacts en terme de gestion pour élaborer des critères d'orientation pertinents.

### **III. DES CRITERES DE DISTINCTION POUR UN ENJEU DE GESTION**

Le mode de financement des hôpitaux publics par dotation globale, en vigueur depuis 1983, et les aménagements apportés par les ordonnances du 24 avril 1996 ont conduit les gestionnaires hospitaliers à beaucoup plus raisonner en terme de rentabilité et de production de points ISA. Or, la possibilité de choisir entre une cotation d'une consultation spécialisée (12.8 points ISA) et une cotation en hôpital de jour pour laquelle le groupage dans un GHM détermine le nombre de points ISA produits, peut générer de tels écarts en terme de valorisation de l'activité que l'analyse médico-économique de certaines prises en charge est nécessaire. Cependant, indépendamment de toute analyse médico-économique, la question de l'orientation du patient vers tel ou tel mode de prise en charge intéresse le patient lui-même dans la mesure où chaque mode de prise en charge génère des coûts qui sont plus ou moins des dépenses pour le patient. Ainsi, le mode de distribution des soins constitue un enjeu aussi bien pour le patient que pour le gestionnaire (A) Eu égard à ces enjeux, il semble opportun de proposer des critères de distinction (B).

#### **A. LES ENJEUX DE LA DISTINCTION HÔPITAL DE JOUR ET CONSULTATIONS**

##### **1. Conséquences du mode de distribution des soins pour le patient**

Deux types de dépenses sont plus ou moins à la charge du patient selon le mode de distribution des soins vers lequel il est orienté. Il s'agit

- du ticket modérateur dont le montant est un pourcentage du prix de la consultation ou du tarif d'hospitalisation
- du forfait journalier qui s'élève à 70,00 francs par jour d'hospitalisation

- a) Les points communs : absence de forfait journalier et permanence du ticket modérateur

Que le patient reçoive des soins dans le cadre d'une consultation ou d'un hôpital de jour, il n'a pas à payer de forfait journalier dans la mesure où « il n'est pas facturé aux consultants externes, aux malades dont le séjour est inférieur à 24 heures... »<sup>27</sup>.

En revanche, le patient est redevable du ticket modérateur perçu sur le tarif de l'hôpital de jour ou sur la consultation et les soins externes.

- b) Des tarifications très différentes

#### La facturation des actes en consultation

Tous les examens réalisés en consultation ne sont pas facturables. En effet, les hôpitaux sont soumis aux règles de facturation des examens précisées par l'article 11 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)<sup>28</sup>.

Ainsi, plus le nombre d'examen réalisés est important, plus la prise en charge en consultation devrait être avantageuse pour le consultant dans la mesure où seuls deux actes sont facturés et le second ne l'est qu'à 50% de son coefficient.

#### **L'article 11 de la NGAP et les règles de non cumul**

- **Le principe du non cumul de la consultation et des actes en K est clair :**

“ les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance” sauf exceptions

Dès lors c'est l'acte dont les honoraires sont les plus élevés qui est inscrit sur la feuille : si un acte en K est réalisé, il ne sera inscrit à la place d'une consultation spécialisée que si son coefficient est supérieur à 12.

- **Le principe de non cumul de plus de deux actes**

Si plusieurs actes inscrits à la Nomenclature sont réalisés au cours de la même séance, par le même praticien, seuls deux actes pourront être facturés : l'acte au plus fort coefficient qui est inscrit avec son coefficient propre et le second acte qui est inscrit avec son coefficient divisé par deux. Tout autre acte réalisé durant la consultation ne donne lieu à aucune facturation sauf quelques exceptions pour les actes opératoires.

Toutefois, sont exclus de cette règle du cumul les actes de biologie, les actes avec des radiations ionisantes et les électromyogramme et électrodiagnostics.

<sup>27</sup> Le Guide de L'assurance Maladie : chapitre 1, Les frais de séjour, article 14.

<sup>28</sup> Annexe à l'arrêté du 27 mars 1972 modifié.

L'application de cette règle aux HCL induit une facturation étendue. En effet, les deux règles de non cumul ne s'appliquent que si les actes sont réalisés durant la même séance et au sein de la même Unité Fonctionnelle (UF). Or, le découpage en UF repose essentiellement sur une logique croisée d'activité et de disciplines médicales. Dès lors, pour peu que le consultant se déplace dans une autre UF pour subir une radio, un examen fonctionnel respiratoire, ces actes seront facturés en plus de la consultation.

En fait, le consultant assuré social des HCL qui subit toute une série d'examens se verra facturer le ticket modérateur portant sur la quasi totalité des examens.

### Les tarifs d'hôpitaux de jour

L'hôpital de jour fait l'objet d'un calcul de tarif journalier qui « représente l'ensemble des frais nécessités pour le traitement du malade à l'hôpital »<sup>29</sup> .:

- -toutes les charges directes
- -les charges des consommations d'actes , de biens, et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat ou de leur prix de revient
- -les autres charges de la section d'exploitation non couvertes par des ressources propres.

Ainsi, le tarif journalier est un forfait tout compris sans rapport direct avec le contenu de la prise en charge réalisée en hôpital de jour. Simplement, le tarif de jour est distinct, entre autre, du tarif de l'hospitalisation complète.

Au CHLS, il existe deux tarifs d'hôpital de jour, l'un normal de 3171 francs, l'autre qualifié d'hôpital de jour coûteux pour la rééducation fonctionnelle infantile qui s'élève à 7110 francs.

Eu égard aux différences de couverture sociale des patients fréquentant l'hôpital, il convient donc d'être attentif au mode de prise en charge proposé, surtout si d'autres modes sont possibles et moins coûteux pour le patient, l'intérêt financier de l'hôpital n'apparaissant pas à ce stade de l'analyse (en revanche, la nouvelle procédure d'allocation budgétaire prenant en compte les résultats du PMSI infléchira fortement la politique de distribution des soins au sein de l'hôpital entre consultation et hôpital de jour).

---

<sup>29</sup> Le Guide de l'Assurance Maladie

Les conséquences financières du mode de prise en charge sont d'autant plus fortes pour le patient que sa protection sociale est faible. C'est pourquoi, cet enjeu mérite d'être bien connu sans pour autant devenir une raison majeure d'orientation d'un patient vers telle ou telle prise en charge.

## **2. Les enjeux financiers pour l'établissement**

### **a) Avant 1996 : un impact budgétaire neutralisé**

Au vu des règles de facturation de la NGAP, la facturation de l'hôpital peut varier selon le type de prise en charge. Mais les sommes perçues n'ont pas vraiment de conséquences positives ou négatives sur le budget de l'hôpital. En effet, la part financée par la Sécurité Sociale est fondue dans la dotation globale évaluée historiquement et ne varie pas selon l'activité et le nombre de consultations réalisées.

De plus, les tickets modérateurs sont certes des produits de l'activité hospitalière du groupe II qui viennent augmenter les recettes de l'hôpital, mais le mécanisme à l'œuvre pour calculer la dotation globale d'un établissement opère une neutralisation budgétaire de l'augmentation des recettes. En effet, si les recettes réalisées sont supérieures aux recettes prévues alors ce surplus de recettes est compensé l'année suivante par une diminution de la dotation globale.

Budgétairement, l'encaissement d'un nombre élevé de produits de l'activité hospitalière ne présente pas un enjeu fort pour un hôpital. Dès lors, du point de vue strictement budgétaire, le choix du mode de distribution des soins entre la consultation et l'hôpital de jour ne représente pas un enjeu. En revanche, ce choix représente un enjeu dans la mesure où l'encaissement des produits de l'activité hospitalière génère de la trésorerie.

Mais, il importe de préciser que la réforme de la procédure d'allocation budgétaire mise en place en 1996 modifie ces affirmations et marque l'entrée du choix du mode de distribution des soins dans la sphère de la stratégie de l'hôpital.

b) Depuis 1996 : le choix d'un mode de prise en charge : un enjeu médico-économique

La mise en place de la nouvelle procédure d'allocation budgétaire fondée en partie sur les résultats du PMSI renouvelle l'approche de la question de la zone grise entre consultations et hôpital de jour.

En effet, en terme de production de points ISA, l'écart est grand entre une consultation qui rapporte 12,8 points ISA (hors production de points liés aux examens réalisés) et un GHM d'hôpital de jour. Or, le souci de valoriser l'activité n'est plus aujourd'hui l'apanage des unités gestionnaires de l'hôpital. En effet, les politiques de communication relative à la surdotation des Hospices Civils de Lyon et la perspective du déploiement des budgets de service participent d'une sensibilisation du corps médical à la valorisation de l'activité.

La diffusion de ces problématiques de valorisation d'activité dans les services cliniques est fondamentale dans la mesure où, en matière d'orientation des choix de mode de prise en charge, l'absence de référence à des actes renforce le rôle majeur des acteurs médicaux. Concrètement, cette sensibilité accrue à la valorisation de l'activité se traduit par des demandes d'extension de prise en charge en hôpital de jour de la part des praticiens.

Cependant, avant de prendre une décision en matière de choix entre une consultation future longue et multidisciplinaire et un hôpital de jour, il convient de réaliser des études. L'analyse peut se dérouler en deux temps : d'une part, on compare les productions en points ISA de chacun des modes de distribution des soins, le contenu de la prise en charge médicale n'étant pas modifié. D'autre part, l'analyse peut se poursuivre par une analyse médico-économique qui a pour but de comparer le coût de revient de l'acte avec la recette produite exprimée en points ISA multipliés par la valeur régionale du point ISA.

## Rappel sur la valorisation de l'activité hospitalière

### La valorisation des consultations

Les consultations n'entrent pas dans le champ du PMSI, ce qui nécessite de les valoriser en points ISA de façon spécifique. Le mode de valorisation des consultations est posé dans la circulaire du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif de valorisation de l'activité médicale

- **Les notions d'actes**

Les actes bruts décrivent en quelque sorte la lourdeur technique de la prise en charge.

Les actes facturables : ce sont les actes bruts après application des règles de facturation de la NGAP

- **La valorisation des actes facturables**

Elle est réalisée par la DRASS qui multiplie les coefficients des lettres clefs par les points ISA correspondants en utilisant l'échelle des points ISA

### Valorisation des séjours en hôpital de jour

La valorisation en points ISA des séjours d'hôpital de jour est réalisée en multipliant pour chaque GHM son effectif par le nombre de points ISA attribué au GHM. Pour cela il est nécessaire de se référer à l'échelle des coûts relatifs par GHM. Cette échelle résulte d'une conversion arbitraire des coûts de référence en points ISA.

- **Le calcul des coûts de référence par séjour**

Le coût d'un séjour est établi en sommant un ensemble de sous-coûts . Concrètement, pour chaque séjour, on prend les dépenses directes imputables au malade, (comme les prothèses), le poids économique des actes réalisés par les services médico-économiques mesurés en indice relatif de complexité (ICR, ou en B ou encore en score Oméga pour les services de réanimation) et le nombre de journées passées par le patient dans chaque service clinique fréquenté au cours du séjour.

- **Le passage du coût au nombre de points ISA**

Le passage du coût au nombre s'effectue de façon logique à partir d'un arbitraire : l'attribution de 1000 points ISA au GHM 540 «accouchement par voie basse sans complication ». Ensuite, l'ensemble des GHM se positionne sur l'échelle en fonction de leur coût relatif par rapport au GHM 540.

## L'hôpital de jour pour pallier l'insuffisante valorisation des consultations multidisciplinaires

L'exemple du suivi des patients atteints de mucoviscidose au CHLS est intéressant dans la mesure où dans ce cas, la frontière entre consultation lourde et hôpital de jour n'est pas claire. Certes, un certain type de soins est prodigué de façon systématique en hôpital de jour mais les praticiens s'interrogent sur une extension d'une prise en charge en hôpital de jour.

### Une prise en charge en hôpital de jour bien définie

Les bilans réalisés en hôpital de jour correspondent à un type de prise en charge clairement établi par le médecin et le cadre infirmier : c'est la **réalisation d'un examen lourd** en sus des examens réalisés habituellement lors d'une consultation spécialisée qui déclenche la prise en charge en hôpital de jour.

Ainsi, pour les adultes, une fois par an sont réalisés des bilans d'hôpital de jour, qui comprennent une consultation et au moins un scanner et une échographie abdominale. Pour les enfants, la prise en charge s'effectue en hôpital de jour pour des soins comportant au moins une prise de sang et un examen lourd de type scanner, scintigraphie, ou densitométrie osseuse

Mais, les patients bénéficient également de consultations multidisciplinaires. Ils reviennent deux à trois fois par an en consultation pour des prises en charge multidisciplinaires relativement longues (entre deux et trois heures de prise en charge). Outre leur durée, ces prises en charge nécessitent l'intervention de plusieurs acteurs, un déplacement du patient et une coordination importante des examens.

Ces consultations posent problème, notamment en terme de valorisation de l'activité du service par défaut de cotation d'une part (consultation de diététicienne, mise en route d'un traitement à domicile) et par insuffisance de la valorisation en points ISA eu égard à la réalité du travail. C'est un fait que la simulation de la valorisation d'activité selon le mode de prise en charge fait apparaître des différences notables.

## Les résultats de la simulation de la valorisation de l'activité

Avec l'aide des médecins, le contenu type d'une consultation de mucoviscidose a pu être établi. La simulation s'est donc effectuée à partir des actes bruts ce qui permet une sur-évaluation de la valorisation d'une consultation par rapport aux actes facturables.

ADULTES			ENFANTS		
Libellés des actes bruts	Cotation	Valorisation	Libellés des actes bruts	Cotation	Valorisation
<i>Consultation complexe</i>		<b>104</b>	<i>Consultation complexe</i>		<b>121</b>
Consultation spécialisée	Cs		une consultation	Cs	
Spirométrie	K20		Radio pulmonaire	Z 16	
Bactériologie de crachat	B150à200		Bactériologie de crachats	B150 à 200	
Kinésithérapie	AMC 7		Kinésithérapie	AMC 7	
Radio pulmonaire	Z16		Prise de sang	AMI 4	
Bilan sanguin	AMI 1,5 + des B		Vaccin anti-grippe à l'automne	Rien	
Diététicienne	néant		EFR	K 20+K20/2	
Mise en route d'une antibiothérapie à domicile			Saturation O2	rien	
			Diététicienne	rien	
			Assistante sociale	rien	
			Pédo-psychiatrie	cnpsy	

Au regard de la durée de prise en charge et des implications organisationnelles de telles consultations, une prise en charge en hôpital de jour permettrait de mieux valoriser l'activité, le groupage dans un GHM 823 rapportant 274 points. Cependant, l'analyse limitée au calcul des points ISA produits selon le type de prise en charge est imparfait dans la mesure où elle fait abstraction des coûts réels de la prise en charge. Or, une prise en charge en hôpital de jour devrait générer des coûts de structure et de personnel beaucoup plus importants que la prise en charge en consultation.

## L'hôpital de jour pour couvrir des coûts de revient

La recherche d'une meilleure valorisation de l'activité peut s'accompagner d'une recherche de couverture des coûts de revient d'un acte. Dans ce cas, l'absence de critère clair pour départager ce qui relève de la consultation de ce qui relève de l'hôpital de jour, favorise une orientation des patients selon une logique de couverture des coûts. C'est cette logique qui a présidé à la prise en charge en hôpital de jour de certains gestes comme les injections de toxine botulique

Au CHLS, les séances d'injection se déroulent dans le service de consultation d'ophtalmologie. En moyenne, le coût d'une injection telle qu'elle est réalisée au CHLS peut être évalué à 807 francs, ce calcul ne prenant en compte que les dépenses de produits pharmaceutiques et les dépenses de personnel (voir annexe 2).

La production de points ISA est alors sans commune mesure entre une prise en charge cotée en hôpital de jour (GHM 801 ou 802 équivalant à 253 points ISA, soit 3168 francs) et une prise en charge en consultation qui rapporte 12,8 points ISA, soit 153 francs environ. La consultation ne rémunère pas suffisamment l'hôpital et cette sous valorisation induit un biais en faveur de l'hôpital de jour.

\*\*\*\*\*

L'analyse médico-économique conduirait en l'absence de toute autre critère à privilégier une prise en charge en hôpital de jour dès lors que la place de jour est autorisée. Il est donc clair que le choix entre l'hôpital de jour et la consultation représente un enjeu de gestion qui grandit au fur et à mesure que l'allocation budgétaire prend en compte la valorisation de l'activité. Or, la procédure d'allocation budgétaire à l'échelon régional fonctionne sur une comparaison entre établissements. Ainsi, si chacun suit une politique d'orientation des patients vers l'hôpital de jour très différente de l'autre, les productions de points ISA s'en ressentent ainsi que les allocations d'enveloppes budgétaires.

Il est donc nécessaire de faire le point sur les critères d'orientation qui pourraient être mis en œuvre afin d'harmoniser les pratiques et de répondre aux interrogations des praticiens et des directions : à partir de quel moment une consultation lourde est-elle susceptible de glisser vers une prise en charge en hôpital de jour?

## **B. PROPOSITION DE CRITÈRES DE DISTINCTION**

Le vide juridique entourant les définitions de l'hôpital de jour et des consultations emporte pour principale conséquence une grande diversité des pratiques. Cette diversité n'est-elle pas naturelle eu égard à la diversité des pratiques médicales ?

Pendant longtemps, l'argument de la pratique médicale a prévalu, mais aujourd'hui, cette diversité des pratiques au niveau d'un établissement mais aussi à l'intérieur d'une région n'est pas satisfaisante dans la mesure où la procédure d'allocation budgétaire établit une relation entre le nombre de points ISA produits et la dotation de l'hôpital. Or, la production des points ISA dépend directement de l'activité hospitalière et du choix du mode de prise en charge du patient.

C'est pourquoi, l'harmonisation, dont les principes de base restent à définir, se présente comme un minimum pour assurer un fonctionnement satisfaisant de la procédure d'allocation budgétaire qui a vocation à ne reposer que sur le PMSI à moyen terme. Ainsi, il nous semble que le choix du mode de prise en charge, quand ce choix est possible, doit s'effectuer dans un cadre simple mais défini où l'efficacité de la prise en charge est assurée.

### **1. Les réflexions institutionnelles sur les critères de distinction hôpital de jour et consultation**

La problématique de la zone grise entre consultations et hôpital de jour n'a certes pas fait l'objet de nombreuses publications. Cependant, certains établissements disposent de fait ou se sont imposés des critères de définition et d'orientation des patients. Dans notre entreprise de définition des critères d'orientation vers l'hôpital de jour pour le dissocier des consultations, il importe de connaître les quelques éléments disponibles en la matière.

a) La réalité des cliniques privées : des critères tarifaires d'hôpital de jour

Les forfaits de l'hôpital de jour

Les cliniques privées sont financées par le paiement par la sécurité sociale de divers types de forfaits. En effet, chaque patient hospitalisé donne droit pour l'établissement à la perception du remboursement des frais :

- ◆ de séjours et de soins
- ◆ de pharmacie
- ◆ de salle d'opération et d'environnement
- ◆ de salle d'accouchement

En matière d'hospitalisation à temps partiel, ces frais sont couverts par des forfaits d'accueil et de suivi (FACS) qui couvrent les soins, les frais d'administration et d'hôtellerie, les médicaments, les pansements et les accessoires. Il existe 5 forfaits ACS dont deux , les numéros 5 et 6 correspondent à la réalisation d'actes endoscopiques nécessitant l'utilisation d'un secteur opératoire d'unité de chirurgie ambulatoire. Le forfait est versé selon le type d'acte réalisé.

La classification des actes tarifés en hôpital de jour :  
accord tripartite du 1/03/96

Le mode de financement des cliniques privées a ceci d'avantageux qu'il oblige à détailler les actes facturables et leur type de facturation. L'accord tripartite « hospitalisation à temps partiel en médecine et obstétrique »<sup>30</sup> du 14 mars 1996 détaille le contenu des prises en charge d'hôpital de jour.

Il faut souligner que ce texte n'a pas vocation à donner une liste d'actes qui relèvent de l'hôpital de jour d'un point de vue médical mais qui relèvent de ce mode de prise en charge quant à leur facturabilité.

---

<sup>30</sup> Daté du 1 mars 1996 et publié au Journal Officiel le 14 mars 1996. Cet accord est rendu caduc par la loi de financement de la Sécurité Sociale du 29 décembre 1999.

La classification fonctionne en deux temps. Elle définit trois groupes tarifaires et indique pour chacun de ces groupes les actes susceptibles d'être facturés en hôpital de jour.

Bénéficient d'un paiement d'hôpital de jour les actes qui répondent à ces deux conditions simultanément :

- - entrer dans un des trois groupes définis par l'accord
- - et être inscrit dans la liste limitative d'acte qui précise le contenu de chacun des groupes.

Les dispositions du texte s'articulent de la façon suivante. Le détail de tous les actes n'est pas repris ici.

Groupe de tarification	Type de FACS	Liste limitative d'acte	Actes concernés
<b>Premier groupe</b> : bilan simple avec éducation	FACS 1	<b>OUI</b>	<u>Endocrinologie</u> : prise en charge et éducation d'un diabète insulino-dépendant <u>Gynécologie</u> : diabète nutritionnel avec éducation, surveillance médicale de grosses après 41 <sup>ème</sup> semaine <u>Neurologie</u> : prise en charge et éducation de neurostimulation transcutanée
<b>Second groupe</b> : actes isolés complexes et bilans complexes	FACS 2	<b>OUI</b>	<u>Allergologie</u> : désensibilisation accélérée <u>Cardiovasculaire</u> : exploration du système adrénergique avec test à la clonidique <u>Endocrinologie</u> : test de simulation pour bilans d'aménorrhée ou hirsutisme, diabète, hypophyse <u>Gastro-entérologie</u> : cytoponction hépatique, ponction d'ascite, ponction biopsie hépatique <u>Gynécologie obstétrique</u> : Amniocentèse, ponction échoguidée d'un ovaire <u>Hématologie</u> : plasmaphérèse, transfusion sanguine de 2 flacons au moins <u>Infectiologie</u> : perfusion d'antiviraux, d'immunoglobulines <u>Neurologie</u> : ponction lombaire, perfusion d'immunoglobulines <u>Pédiatrie</u> : bilans de diarrhées, exploration d'un retard pubertaire <u>Pneumologie</u> : bilan d'un symptôme d'apnée du sommeil, ponction pleurale
<b>Second groupe bis</b> : Bilans complexes réalisés sur des malades lourds	FACS 3	<b>NON</b>	Aucun acte
Bilans ou actes complexes avec endoscopie	FACS 4 et 5	<b>OUI + acte endoscopique</b>	Voire liste du groupe 2

Au vu de cet accord, il importe de souligner la vocation tarifaire de ce texte et de remarquer que la liste des actes est relativement réduite. Cependant, la précision des intitulés des groupes tarifaires permet de comprendre l'essence des soins qui relève surtout du bilan. De plus, le texte offre une souplesse certaine avec le groupe 2 bis et fournit par là même des critères de définition d'une prise en charge en hôpital de jour. Relèverait ainsi d'une hospitalisation de jour « les bilans complexes effectués sur des malades « lourds » justifiant par leur handicap, la mise en oeuvre des mêmes moyens que ceux cités à l'article 4 ».

Ces moyens sont au nombre de quatre , il s'agit :

- de l'utilisation prolongée (au moins trois heures ) d'un lit ou d'un fauteuil
- d'une surveillance médicale
- d'un plateau technique
- de prestations d'hôtellerie.

Dans le cas d'une hospitalisation de jour répondant à ces critères, les deux éléments orientant le choix de la prise en charge **hormis le passage dans une structure d'hôpital de jour** sont donc :

- le profil médico social du patient
- la nature des examens requis

En outre, cet article apporte un élément nouveau à la définition de l'hôpital de jour en indiquant une durée horaire minimum de trois heures. Cette référence horaire pourrait donc servir de borne de délimitation entre une consultation et un hôpital de jour.

b) Esquisse des critères médicalisés dans les hôpitaux publics : le CHRU de Lille

Des réflexions relatives à l'élaboration de critères de distinction de l'HTPJ par rapport aux consultations ont été menées notamment dans la région Nord-pas-de Calais.

## Les critères proposés par le Coredim

En juin 1996, le "comité régional des départements d'information médicale" (COREDIM) a proposé des critères médicalisés de l'hospitalisation de moins de 24 heures. Au-delà des critères maintenant harmonisés de l'anesthésie chirurgie ambulatoire et de la définition d'une séance au sens du PMSI, le COREDIM a proposé comme critère pour l'hôpital de jour : **"soins et diagnostics d'une durée supérieure à 4 heures associant au moins trois actes et/ou surveillance médicale et paramédicale effective."**

Sans préjuger des relations entre les propositions du Coredim<sup>31</sup> et celles de l'ARH Nord-pas de Calais au CHRU de Lille, on peut remarquer que l'ARH Nord-pas de Calais a également élaboré, sous forme de contrat avec le CHRU de Lille, des critères de délimitation de l'HTPJ, mais légèrement différents.

Les critères de l'hospitalisation d'un jour retenus par l'ARH Nord-pas de Calais.

Dans une note en date du 21 janvier 1998, le Directeur de l'ARH précise que la définition de critères médicalisés permettant de définir l'HTPJ est nécessaire pour distinguer l'hospitalisation d'un jour de l'activité de soins externes : il y a hospitalisation d'un jour si la **"durée des soins ou de la surveillance effective est d'au moins quatre heures et si le séjour est effectué dans une unité d'hospitalisation, ce qui exclut les séjours dans les unités médico-techniques et les secteurs de consultation et si l'hospitalisation est justifiée médicalement"**.

La proposition de l'ARH ne fait donc plus référence au nombre d'actes réalisés, ce qui simplifie les critères et fait de la durée de la prise en charge l'un des éléments majeurs de la distinction entre l'HTPJ et les consultations, l'autre élément étant le passage dans une structure d'hospitalisation.

---

<sup>31</sup> Résumé sur [www.univ-lille2.fr](http://www.univ-lille2.fr).

## 2. Nos critères de l'hospitalisation de jour

### a) Les grands critères retenus avant discussion

Pour résumer, l'ensemble de l'étude menée nous permet de mettre en avant quatre types de critères :

- ❑ Le passage par une structure d'hôpital de jour
- ❑ La réalisation d'actes précis
- ❑ La complexité numérique ou technique de la prise en charge
- ❑ Une durée minimum de prise en charge effective de 3 ou 4 heures

### b) Discussion des critères

Le passage dans une structure d'hôpital de jour : un critère nécessaire.

Le passage dans une structure d'hôpital de jour nous semble un critère essentiel pour définir une prise en charge en hôpital de jour. Certes, ce critère de distinction participe d'une logique réglementaire, mais il est aussi un critère de qualité de la prise en charge. En offrant en un lieu et un temps unique une prise en charge globale et coordonnée, l'hôpital de jour améliore le confort du patient. La portée de l'obligation de séjour dans une structure d'hôpital de jour, est actuellement satisfaite aux yeux du médecin conseil du CHLS par l'accueil et le passage du patient dans l'hôpital de jour. Ce critère n'affaiblira donc pas la qualité de souplesse attribuée à l'hôpital de jour.

L'acte réalisé : un critère complémentaire

Seule l'hospitalisation privée dispose d'une liste d'actes tarifables en hôpital de jour. Pourtant, la référence à l'acte présente plusieurs avantages. Elle permet d'une part de bien cerner le contenu de la prise en charge en l'identifiant de façon précise : une perfusion d'immunoglobuline est identifiable par les acteurs hospitaliers.

La référence à l'acte facilite d'autre part la définition des types de soins effectués en hôpital de jour. En effet, derrière l'acte brut cité par un texte, ce n'est pas tant l'acte lui-même que la logique de la prise en charge qu'il importe de retenir. Par exemple, l'amniocentèse peut être réalisée en hôpital de jour en raison des risques encourus par la patiente, si peu fréquente soit la réalisation de ces risques.

Le texte actuel qui détermine les actes facturables en hôpital de jour et les textes à venir doivent donc servir pour l'élaboration des critères de distinction de l'hôpital de jour. En effet, l'hôpital peut partir de cette liste d'actes pour revoir ses pratiques. Cette réflexion menée au CHLS permettrait de mettre l'accent sur l'absence d'hôpital de jour en gynécologie. Cette absence se traduit par une prise en charge en consultation de l'amniocentèse bien que cet acte soit côté K15 et nécessite une échographie et une surveillance de deux heures. Au-delà d'un souci de valorisation, cet exemple souligne bien que la prise en charge en hôpital de jour traduit également une qualité de la prise en charge.

Mais ce critère de distinction de l'hôpital de jour doit être utilisé en complément d'autres critères. En effet, s'il est possible d'embrasser la totalité des prises en charge d'hôpital de jour réalisées dans les cliniques privées au moyen d'une liste d'actes, il ne peut en être de même pour l'hôpital de jour des hôpitaux publics. En effet, vu l'éventail des cas traités dans les hôpitaux de jour du CHLS, il est impossible de réduire cette activité à une liste d'actes.

Le critère de l'acte est par ailleurs trop rigide et trop limitatif. Imaginons que le texte de l'accord national tripartite s'applique tel quel aux hôpitaux : que ferait-on des prises en charge en hôpital de jour réalisées dans des disciplines comme la médecine interne? En effet, la médecine interne n'est pas citée dans l'accord sur l'hospitalisation partielle, mais il est vrai qu'il produit peu d'actes techniques.

De plus, nous avons vus que les actes réalisés en hôpital de jour sont évolutifs dans le temps : leur complexité diminue avec le savoir médical et les effets d'apprentissage. C'est pourquoi, toute entreprise de définition de l'hôpital de jour par les actes risque d'être vaine : une fois établie, l'évolution des pratiques, des thérapeutiques et des techniques médicales risque bien de rendre cette liste caduque.

## La complexité numérique et organisationnelle : un critère essentiel mais peu opérationnel

Ce critère traduit l'essence du soin hospitalier qui est une prestation complexe. Il reste à cerner cette complexité. Nous retiendrons les précisions apportées par le Ministère de la Santé à la définition de l'hospitalisation à domicile dans une circulaire du 18 juin 2000. Dans ce texte, la complexité est définie par trois éléments cumulatifs : la nécessité d'une coordination, une évaluation médicale au moins hebdomadaire et des soins infirmiers quotidiens. Au delà des exigences liées à l'hospitalisation à domicile, comme l'évaluation médicale au moins hebdomadaire, nous retenons pour distinguer l'hôpital de jour :

- la nécessaire coordination
- le recours à des personnels médicaux, soignants et paramédicaux

Ainsi, dès lors que la prise en charge implique l'ensemble de la structure hospitalière, tant dans sa dimension humaine que technique, cette prise en charge est susceptible d'être qualifiée d'hôpital de jour

Vus sous cet angle, les bilans entrent dans le cadre d'une prise en charge d'hôpital de jour. Mais surtout, cette définition de l'hôpital de jour permet d'y intégrer les soins éducatifs coûteux en temps, souvent inclus dans un bilan.

Cependant, si le critère de la complexité est fondamental à nos yeux pour dissocier la consultation de l'hôpital de jour, il apparaît beaucoup plus comme un critère de définition que de distinction. En d'autres termes, il n'est pas assez opérationnel, à moins qu'on ne l'accompagne d'un critère de durée de prise en charge..

## La durée de la prise en charge : un critère de synthèse

Au contraire, le critère de la durée minimum effective de prise en charge répond bien à l'exigence de pragmatisme de notre entreprise. Au préalable, il importe de souligner que la question de la durée est intervenue à plusieurs reprises dans notre étude :

- elle différencie l'hôpital de jour de l'hôpital conventionnel (une frontière fixée à 12 heures)
- elle identifie la consultation qui dure de 10 minutes à 1 heure au grand maximum.

Pour différencier l'hôpital de jour de la consultation, il convient donc de trouver un autre segment temporel entre 1 heure et 12 heures de durée. La durée doit correspondre à une prise en charge effective et non pas à un temps d'attente entre deux examens ou deux consultations ce qui irait à l'encontre de la définition de l'hôpital de jour qui est un espace-temps condensé et coordonné. L'hôpital de jour ne doit pas sanctionner un échec organisationnel de l'hôpital.

En revanche, par prise en charge, il faut entendre le temps médical et le temps des autres personnels (kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales, coordination infirmière...) Est inclus dans le temps médical le temps de la synthèse nécessaire à la rédaction d'un diagnostic suite aux examens et avis multidisciplinaires.

Le critère de la durée minimum a ainsi surtout vocation à délimiter clairement l'hôpital de jour en réalisant une synthèse des autres critères déjà débattus. En effet, cette durée minimum qui doit se situer entre 3 ou 4 heures de prise en charge induit en fait d'autres éléments comme :

- La complexité technique et/ou la dangerosité du geste qui s'accompagne d'une surveillance.
- La complexité numérique et la nécessaire coordination qui s'en suit
- L'état du patient : fatigue, perte d'autonomie.

Une fois l'utilité du critère déterminée, reste à préciser cette durée. Ce choix de durée minimum doit répondre à deux exigences :

-Une durée suffisamment longue pour marquer clairement le passage de la consultation à l'hôpital de jour . Ceci permet de conserver la dimension hôtelière de la prise en charge ce qui n'est pas neutre en terme d'image et de confort

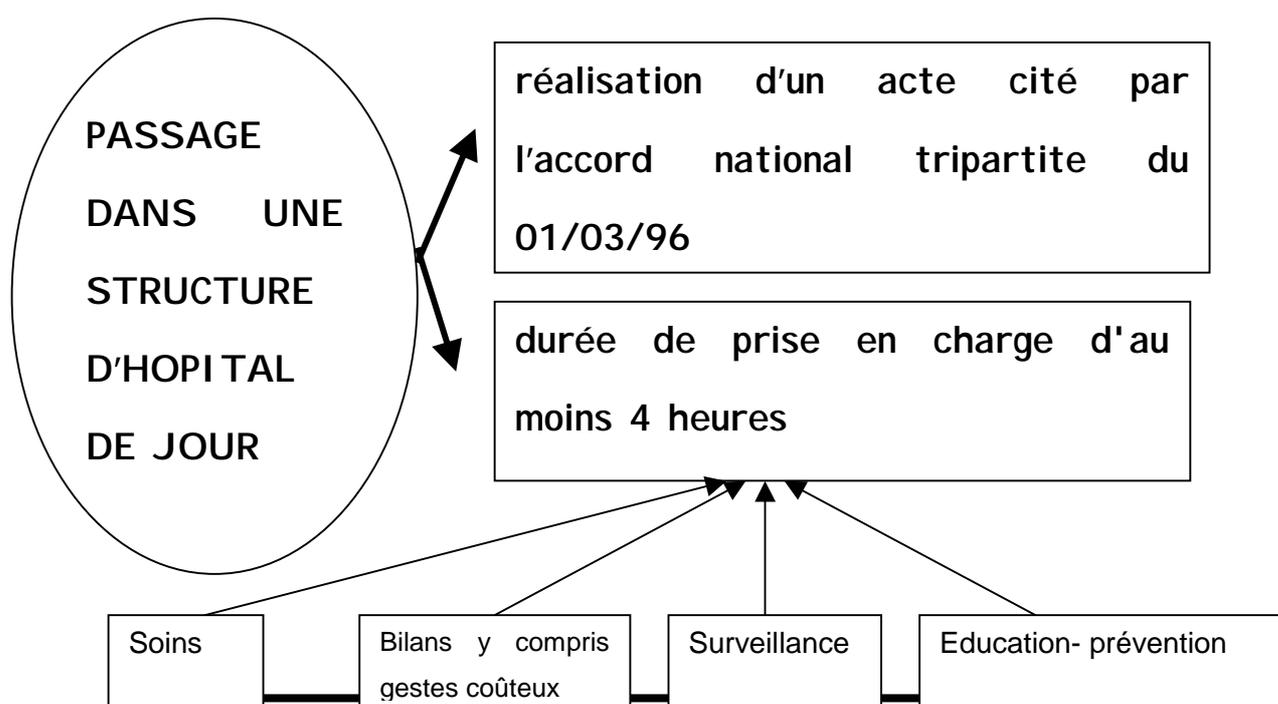
-Une durée cohérente avec la durée maximum d'ouverture d'une structure d'hôpital de jour fixée à 12 heures par jour. Par cohérence, nous entendons qu'une place doit pouvoir servir pour une ou deux séances par jour d'ouverture. Ce principe de cohérence nous a conduit à ne pas retenir comme durée minimum, une durée supérieure à 4 heures. Entre les deux durées de trois ou quatre heures, notre préférence irait à la durée minimum de quatre heures qui semble suffisamment longue pour éviter les abus.

c) Schéma d'une politique d'orientation vers l'hôpital de jour

Pour résumer, la distinction hôpital de jour/ consultations peut être réalisée à l'aide d'un critère incontournable et d'un critère à choisir :

- le passage dans une structure d'hôpital de jour : le critère incontournable
- la réalisation d'un acte inscrit dans la liste des actes tarifables en hôpital de jour par les cliniques privées **ou** la fourniture de soins, y compris les soins préventifs et éducatifs durant 4 heures effectives

Nous n'avons pas discuté du critère de l'acte coûteux car la réalisation d'un acte coûteux est rarement isolée et s'inscrit donc beaucoup plus dans une logique de bilan.



#### d) Proposition de conditions de mise en place des critères

##### L'établissement des critères de distinction

La définition de critères de distinction de l'hôpital de jour à l'échelle d'un établissement nécessite d'impliquer les partenaires clefs.

A maintes reprises, nous avons souligné le rôle et la responsabilité du praticien dans le choix du mode de prise en charge, ce qui implique que toute définition de critères d'orientation un tant soit peu harmonisée au sein d'un établissement ou d'une région doit nécessairement passer par un travail en commun avec le corps médical.

Nous nous sommes rendus compte que certains praticiens avaient une idée très précise et une politique quasi systématique d'orientation des patients vers l'hôpital de jour, à tel point que la rédaction de protocoles de prise en charge en hôpital de jour devrait se réaliser sans problème. Or, à notre avis, tout amorce de travail visant à clarifier la frontière entre consultation lourde et hôpital de jour passe par une mise à plat des pratiques médicales. Ensuite, après avoir mené un certain nombre d'analyse médico-économique, il serait possible de chercher à discuter des critères soit généraux, soit par spécialité notamment quand plusieurs services relèvent de la même spécialité.

A l'issue de la démarche, une double validation par la CME et l'ARH, à l'instar de la démarche suivie au CHRU de Lille, est nécessaire : l'adhésion du corps médical est garante de l'efficacité de la mise en œuvre des critères et l'adhésion de l'agence régionale d'hospitalisation est nécessaire au regard des conséquences de la définition de ces critères sur l'évolution du volume d'activité d'hôpital de jour.

##### La mise en oeuvre des critères

La définition de tels critères de distinction a des implications en terme de gestion qu'il convient de bien cerner , le premier étant une extension prévisible des prises en charge en hôpital de jour malgré une requalification inévitable de certaines prestations d'hôpital de jour en consultation.

Or, le basculement des prises en charge de la consultation vers l'hôpital de jour emporte des conséquences financières pour le patient ou sa complémentaire santé. Il importe donc d'adapter les tarifs proposés à la lourdeur de la prise en charge sans revenir pour autant à une pratique de multiples tarifs. Le but de l'établissement de critère de distinction de l'hôpital de jour est surtout d'améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficacité d'un système de répartition des moyens fondé en partie sur la production d'activité.

Pour bénéficier d'une prise en charge en hôpital de jour de qualité, il est nécessaire de doter les structures d'hôpital de jour de personnel médical expérimenté dans la mesure où le peu de temps laissé par la durée de l'hospitalisation requiert dans le cas d'un bilan une forte capacité à synthétiser les informations médicales et à rédiger un diagnostic en peu de temps.

La question du personnel médical des hôpitaux de jour tout comme la question de la structure d'hôpital de jour (capacité, regroupement de spécialités...) sont des conséquences à moyen terme de la politique de définition de critères d'orientation.

En effet, après avoir défini des critères de distinction de l'hôpital de jour, il devrait être possible d'évaluer le volume d'activité en hôpital de jour. Cette évaluation servira de référence pour la politique de demande ou de renouvellement des places de jour en se référant au volume annuel maximum d'activité. Les questions d'organisation en terme de personnel et de place physique interviendront alors.

## CONCLUSION

Dix années après la reconnaissance législative des alternatives à l'hospitalisation, les transformations induites par l'une d'entre elles, l'hôpital de jour, ne sont pas encore bien identifiées. L'hôpital de jour existe bien mais ses contours ne sont pas encore nets.

Il est opportun pour le gestionnaire de mieux maîtriser ce mode de distribution des soins afin d'atteindre un niveau acceptable de qualité de prise en charge en hôpital de jour. Ici, la qualité doit s'entendre de l'efficacité économique et médicale de la prise en charge et du confort offert au patient. Au delà d'un enjeu qualitatif, l'hôpital de jour représente pour l'hôpital public l'opportunité de rester attractif pour une clientèle active et pressée.

Sans recourir à une nouvelle réglementation sur l'hôpital de jour, l'élaboration de critères de définition trouve sa place à l'échelon local de l'établissement ou de la région sanitaire et dans une logique contractuelle.

Mais, il est clair que la bonne connaissance de l'activité hospitalière est un préalable nécessaire à l'élaboration de critères, ceux ci étant par ailleurs un préalable à toute réflexion sur l'organisation de l'hôpital de jour. En effet, avant de débattre de l'organisation d'une structure mono spécialité ou polyvalente, il convient de savoir ce que l'on fait et ce que l'on devrait faire en hôpital de jour.

Ainsi, pour nous, la question de la distinction de l'hôpital de jour et des consultations est une question encore en devenir : le devenir des politiques d'autorisation et peut-être le devenir des réseaux de soins. En effet, une fois l'hôpital de jour mieux délimité, il sera intéressant de voir quelle sera sa place dans les réseaux. Petite porte d'entrée de l'hôpital, l'hôpital de jour est promis à un grand avenir.

## **BIBLIOGRAPHIE**

## Réglementation

Loi hospitalière N°, 91-748 du 31 juillet 1991

Loi de financement de la sécurité Sociale pour 2000 du 29 décembre 1999.

Décret N° 62-303 du 12 mars 1962 relatif au régime financier des services de consultations et de soins externes dans les hôpitaux publics.

Décret N° 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

Décret N° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Arrêté du 16 février 1988 relatif à la fixation des tarifs des actes et consultations externes hospitaliers

Arrêté du 12 novembre 1992 relatif aux modalités et au contenu de la déclaration prévue à l'article 24 de la loi N°91-748 modifiée portant réforme hospitalière

Arrêté du 7 janvier 1993 fixant le calendrier d'examen des demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation

Arrêté du 11 février 1993 relatif au dossier justificatif prévu à l'article R. 712-40 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation.

Circulaire du 1er avril 1965 relative à la facturation des éléments radioactifs utilisés pour des traitements pratiqués au profit des malades externes dans les hôpitaux publics.

Circulaire N° 03755 du 13 décembre 1982 relative à l'humanisation des consultations externes dans les établissements publics d'hospitalisation, de soins et de cure.

Circulaire N° 52 du 15 décembre 1992 relative aux modalités de la déclaration des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Circulaire N° 23 du 10 mai 1995 relative à la généralisation du dispositif technique de mesure de l'activité et des coûts des établissements hospitaliers sous compétence tarifaire de l'Etat

Circulaire DH/EU N° 99-632, du 18 novembre 1999 relative aux procédures de demande de renouvellement d'autorisation.

Circulaire DH/EO N° 295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile

\*\*\*\*\*

Accord tripartite du 14 décembre 1992, Journal Officiel du 27 janvier 1993

Accord tripartite "hospitalisation à temps partiel" médecine-obstétrique de l'hospitalisation privée, 1<sup>er</sup> mars 1996, publié au Journal Officiel le 14 mars 1996

\*\*\*\*\*

MINISTÈRE DE LA SOLIDARITÉ ET DE L'EMPLOI - Notice relative à la prescription et à la réglementation applicable aux transports des assurés sociaux , Edition Ministère de la Santé, Août 1999.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

SÉCURITÉ SOCIALE -Contrat National Tripartite de l'Hospitalisation privée (contrat type)- Edition Sécurité Sociale 1998

## Ouvrages, rapports et mémoires

**APHP** - Giornata scientifica : Il Day Hospital - L'Hôpital de Jour, Colloque franco-italien, APHP-Hôpital de Monza, 1995.

**COLLECTIFS D'AUTEURS-ENA** - Les Conditions du Développement des Alternatives à l'Hospitalisation : Groupe de travail promotion Léon Gambetta.

**DEFACHELLE (Christian)** - L'Organisation des Soins en Hospitalisation de Jour : quelles contraintes pour quels enjeux?, Mémoire ENSP d'Infirmier Général, ENSP, 1999

**KHALFI (Jeannette)** - Les Alternatives à l'Hospitalisation à l'Hôpital de la Timone : analyse et enjeu d'une prise en charge. Mémoire Elève-Directeur, ENSP, 1995.

**MATHIS (Dominique)** - Les Structures de Soins Alternatives à l'Hospitalisation, édition Hôpital de Taverny, 1997.

**MERLE (Philippe)** - Faire le Choix de la Chirurgie Ambulatoire à l'Hôpital Public, Mémoire d'Elève Directeur, ENSP, 1999.

**ROGEZ-VALEZ (Pascale)** - Etude de Quatre Hôpitaux de Jour non Psychiatriques de la Région Nord-pas de Calais : Pour une Recherche de la Définition et d'un Cadre d'Analyse de l'Hôpital de Jour. Mémoire de Médecin Inspecteur de la Santé, ENSP, 1989/90

**SALLES (François)** - "Le PMSI : réflexions sur la comparabilité des secteurs d'hospitalisation public et privé.", rapport au Conseil d'Administration de la Fédération Hospitalière de France, 1997-98

**SÉRAQUI (Michel)** - Guide de l'Ambulatoire : concevoir et réaliser l'unité de soins ambulatoires, Editions de l' ENSP, 1998

## Articles

**GUILLOMAR (Christine)** - "Les consultations dans les établissements de santé : qui s'y rend et pourquoi?". Solidarité santé, N°1, 1994, p.103-107.

**LEFEBVRE (Jean)** -" Les alternatives à l'hospitalisation en Europe ", Techniques Hospitalières, N°582, mars 1994, p.52-55.

**MAUGOURD M.F., NOIRARD D., HUGONOT L.**- "Les consultations d'évaluation", La Revue Gériatrique, Tome 24, n°9 Novembre 1999.

**PELLERIN J et BOIFFIN A** -"L'attente des familles face aux structures alternatives à l'hospitalisation", La Revue Gériatrique, Tome 24, n°9 Novembre 1999.

**MORIN B., NOIRARD D, RANOVONA C.** - "L'Hôpital de jour, du diagnostic à l'institution" La Revue Gériatrique, Tome 24, n°9 Novembre 1999.

**BAUDURET Jean-François** - "Un nouveau cadre législatif et réglementaire pour les structures de soins alternatives à l'hospitalisation", Administration, N° 165, Octobre-décembre 1994, p. 61-65.

**LEBORGNE Valérie** - "Les principaux textes relatifs aux alternatives à l'hospitalisation", La Revue Hospitalière de France, N° 3, mai-juin 2000,p.55-56

## **Documents internes des Hospices Civils de Lyon**

Travaux préparatoires à l'élaboration du Projet d'Établissement : Synthèse du groupe de travail "les alternatives à l'hospitalisation", Juin 1998

DUCRET Nathalie - Hôpital de Jour : analyse de la littérature - in Rapport Final sur la Catégorie Majeure 24, Département d'Information Médicale, décembre 1998

HEUCLIN Catherine - Analyse médico-économique de l'hôpital de jour aux Hospices Civils de Lyon- in Rapport Final sur la Catégorie Majeure 24, Hôpital de jour, Département d'Information Médicale, décembre 1998.

Estimation du nombre de places de chirurgie ambulatoire à l'Hôtel-Dieu. Département de Conseil en stratégie, Avril 2000

Rapport d'audit sur les Consultations externes : Département de l'Audit Interne, Mai 2000-

Note relative au volet médical du contrat d'objectif et de moyens: Mai 2000

Rapport d'activité de l'Unité Hospitalière d'Information Médicale du CHLS- 2000

## **ANNEXES**

**Numéro 1** : Dates de renouvellement des places de jour au CHLS

**Numéro 2** : Calcul du coût de revient de l'injection de toxine botulique

**Numéro 3** : Liste des personnes contactées et interrogées

## ANNEXE N° 1 : dates de renouvellement des places de jour au CHLS

<b>Service</b>	<b>NOMBRE DE PLACES</b>	<b>Date d'autorisation</b>	<b>Expiration de l'autorisation</b>	<b>Date limite de dépôt de la demande de renouvellement</b>
Hématologie	<b>8</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Néphrologie	<b>6</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Rhumatologie	<b>4</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Médecine interne	<b>5</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Hépatogastro- entérologie	<b>4</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Chimiothérapie	<b>1</b>	30 octobre 1995	19 novembre 2006	19 novembre 2005
Pneumologie	<b>10</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Endocrinologie	<b>3</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Pédiatrie	<b>5</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Neurologie	<b>1</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002
Rééducation fonctionnelle	<b>5</b>	13 juillet 1993	13 juillet 2003	13 juillet 2002

Les places de chirurgie ambulatoire ne sont pas indiquées. En 2003, la quasi totalité des places d'hôpital de jour devra faire l'objet d'une demande de renouvellement d'autorisation.

## ANNEXE N° 2 : Calcul du cout de revient de la toxine botulique

### Dépenses de personnel

Catégorie de personnel	Coût moyen par séances
Personnel médical	
Vacation Oph	434
Ph pharmacien	486
Interne pharmacie	153
<b>Total Personnel médical</b>	<b>1073</b>
Equipe 1 Cadre infirmier	609
Aide soignante	368
<b>Total 1 personnel soignant</b>	<b>977</b>
Equipe 2 Infirmière	486
Aide soignante	368
<b>Total 2 personnel soignant</b>	<b>854</b>
Equipe 3 infirmière	486
Infirmière	486
<b>Total 3 personnel soignant</b>	<b>972</b>
Adjoint administratif	335
<b>Total personnel par séance</b>	<b>2343</b>
<b>Dépense moyenne en personnel par injection</b>	<b>57 francs</b>

NB : calcul à partir des coûts moyens par grade HCL. Pour le personnel soignant, une moyenne de 935 francs a été retenue

### DMPH

Coûts de la toxine	Montants en francs ttc	Coût moyen par séances	Coûts moyens par injection
Coût unitaire Botox	1102.8		
Coût total	156 580.6		
Coût unitaire Dysport	1602.97		
Coût total	302 961		
<b>Dépense total</b>	<b>459541.6</b>	<b>30636.1</b>	<b>747.2</b>

Aux dépenses en produits, il faut ajouter : 0.5 de tampons, 2.44 de seringue, 0.44 de containers soit 3.38 francs TTC de petits matériels.

Coût direct moyen d'une injection :  $747.2 + 3.38 + 57 = 807.58$  francs.

### **ANNEXE N° 3 : Liste des personnes contactées et interrogées**

MONSIEUR LE DOCTEUR AULLEN : DRASS de Rhône-Alpes

MADAME CHRISTIANE BENOIT : CRAM Rhône-Alpes, sous-direction de l'hospitalisation.

MADAME NATHALIE DUCRET : Médecin responsable de l'UHIM d'Henry Gabrielle

MONSIEUR THOMAS LELUDEC, Directeur du Département de Conseil en Stratégie,  
Hospices Civils de Lyon

MADAME MILLAT-CHARPENTIER : Chef du service de planification, DDASS du Rhône

MONSIEUR ERIC PRADAT, Médecin responsable de l'UHIM du CHLS

MONSIEUR LE DOCTEUR STAMM : Médecin conseil du CHLS

#### **Mesdames et Messieurs les Responsables et Chefs de service :**

- Madame Bérard : service de rééducation fonctionnelle infantile
- Monsieur Coiffier : service d'hématologie
- Monsieur David : service de pédiatrie
- Monsieur Descos : service d'hépatogastro-entérologie
- Monsieur Pachéco : service de pneumologie
- Monsieur Orgiazzi : service d'endocrinologie
- Monsieur Souquet : service de pneumologie
- Monsieur Vital-Durand : service de médecine interne