



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT D'ORIENTATION

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé.

Date de validation par le collège : novembre 2015

VERSION COLLEGE

Novembre 2015

L'argumentaire scientifique de cette évaluation est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication – information
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations	4
1. Contexte et Saisine.....	5
1.1 Demandeur et intitulé	5
1.2 Contexte légal.....	5
1.3 Objectifs du demandeur	5
1.4 Impact attendu.....	6
2. Méthode de travail	7
2.1 Cadrage du sujet	7
2.2 Argumentaire scientifique.....	7
2.3 Groupe de lecture et audition	7
3. Analyse de la littérature.....	9
3.1 Définitions.....	9
3.2 Intérêt des hébergements pour patients	9
3.2.1 Pour les patients.....	9
3.2.2 Pour les soignants et l'établissement de santé	11
3.2.3 Pour les financeurs du système de santé.....	12
3.3 Critères d'éligibilité proposés	15
3.3.1 Synthèse de la littérature sur les expériences au niveau international.....	15
3.3.2 Etudes réalisées et critères d'éligibilité utilisés en France	24
3.3.3 Synthèse des critères d'éligibilité retenus en France	29
3.3.4 Synthèse des critères d'éligibilité retrouvés dans la littérature.....	33
3.3.5 Eléments de réflexions sur les indicateurs permettant de déterminer les critères d'éligibilité.....	34
4. Un exemple de coopération établissement de santé-hébergement patient : le cas de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif	42
4.1 Historique de l'accueil des patients à Villejuif	42
4.2 Activité des hébergements pour patients.....	42
4.3 Partenariats	44
4.3.1 Avec l'hôtel à proximité de l'IGR.....	44
4.3.2 Appartement hôtelier	45
4.3.3 Maison des enfants et des parents.....	46
4.3.4 Polynésie.....	46
4.3.5 Transport	46
4.4 Circuit du patient.....	47
4.5 Financement et facturation	47
4.6 Critères d'éligibilité utilisés pour les structures d'hébergement non médicalisé.....	48
5. Critères d'éligibilité.....	49
6. Conclusion	53
<i>Source d'informations.....</i>	<i>55</i>
Bases de données bibliographiques automatisées.....	55
Annexe 1. Participants	57
Annexe 2. Guide d'entretien : visite de l'institut Gustave Roussy	59
Annexe 3. Fiche descriptive.....	61

Liste des abréviations

Afin de faciliter la lecture du texte, les abréviations et acronymes utilisés sont explicités ci-dessous.

Abréviation	Libellé
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
CEESP	Commission d'Evaluation Economique et de Santé Publique
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMS	Durée Moyenne de Séjour
ENC	Echelle Nationale de Coûts
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IGR	Institut Gustave Roussy
SSR	Service de soins de Suites et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'Activité

1. Contexte et Saisine

1.1 Demandeur et intitulé

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a sollicité la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de son programme de travail 2015, pour déterminer les conditions d'accès et des critères d'éligibilité des patients à des prestations d'hébergement temporaire non médicalisées.

1.2 Contexte légal

Cette saisine de la DGOS fait référence à l'Article 53 de la Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

L'Etat peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, de dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières sur la base d'un appel à projets national.

A cet effet, l'Etat peut autoriser, par dérogation à l'article L. 6111-1 du même code, **les établissements de santé à proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation. L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention.**

Un **décret en Conseil d'Etat** doit préciser les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment :

- **les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients** au dispositif prévu par l'expérimentation,
- les caractéristiques de l'appel à projets national,
- les conditions de choix et de conventionnement des tiers pour la réalisation de la prestation d'hébergement, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

1.3 Objectifs du demandeur

Afin de mieux préciser les attentes du demandeur, une réunion a eu lieu le 20 janvier 2015. La DGOS a précisé que cette expérimentation nécessitait **un cadrage par la HAS des conditions d'accès et des critères d'éligibilité des patients** à ces **prestations d'hébergement temporaire non médicalisées**. Ces conditions devaient reposer à la fois sur des **critères médicaux, psycho-sociaux** et **d'éloignement du patient du lieu de prise en charge** en établissement de santé.

Pour le demandeur, cette problématique constitue un changement pour les années à venir, consistant à distinguer de plus en plus les besoins de soins nécessitant une intervention ou une surveillance hospitalière du besoin d'hébergement non médicalisé en amont, pendant ou en aval de ces prises en charge hospitalières.

Il s'agit de recentrer davantage l'hôpital sur ses missions de soins.

La mise en place de lieux d'hébergement pour patients vise à répondre :

- aux besoins de certains patients résidant loin des établissements de santé qui les prennent en charge, et qui nécessitent des transports coûteux et/ou une hospitalisation la veille ou le lendemain de l'intervention ou du soin ;
- à des situations de patients nécessitant, en fin d'hospitalisation, un avis diagnostique, une décision médicale ou une procédure diagnostique proposée par l'établissement, sans nécessiter de surveillance médicale ou paramédicale la nuit.

Ces dispositifs d'hébergement, dont la prise en charge pourrait relever à terme de l'Assurance maladie, offrent une sortie plus rapide des patients hospitalisés, dans des conditions de proximité avec des professionnels et des lieux de soins. Les hébergements temporaires non médicalisés apparaissent également dans de nombreux territoires, comme une condition préalable à l'essor des pratiques ambulatoires qu'il convient d'accompagner (chirurgie ambulatoire notamment).

En termes de calendrier, le projet de décret doit être finalisé en octobre 2015 avec l'intégration des critères d'éligibilité des patients pour permettre un lancement opérationnel des expérimentations dans les meilleurs délais.

1.4 Impact attendu

Il s'agit de déterminer un cadre précis pour définir les modalités de mise en œuvre d'expérimentations de prestations d'hébergement temporaire non médicalisé pour patients en amont ou en aval de leur hospitalisation.

2. Méthode de travail

Le présent document a pour objectif de présenter une synthèse de la littérature disponible au niveau international concernant les hébergements pour patients, en la centrant plus spécifiquement sur les critères d'éligibilité des patients à ce type d'hébergement, puis de présenter les expériences françaises qui existaient au moment de la rédaction du présent rapport.

Il définit ensuite un certain nombre de critères d'éligibilité des patients et présente ceux retenus par un groupe de lecture composé de professionnels de santé et d'associations d'usagers. L'objectif est de fournir au régulateur un cadre précis pour déterminer les modalités de mise en œuvre de son expérimentation hébergements pour patients.

2.1 Cadrage du sujet

Une feuille de route sur le sujet a été rédigée par un chef de projet du Service évaluation économique et santé publique de la HAS, afin d'évaluer l'intérêt de la question posée et d'apprécier la disponibilité de la littérature, de définir le périmètre de l'étude et le calendrier envisagé et de proposer les axes de réponse aux objectifs poursuivis¹. Elle a notamment précisé qu'elle s'appuierait sur un groupe de professionnels de santé (notamment chirurgiens, oncologues, médecins de SSR, gynécologues obstétriciens, ophtalmologues, anesthésistes réanimateurs, sages-femmes, assistants sociaux, cadres de santé) et de représentants de patients ou d'usagers.

La feuille de route a été présentée et validée par la Commission évaluation économique et de santé publique (CEESP) de la HAS le 7 avril 2015, puis par le Collège d'information et d'orientation de la HAS le 23 avril 2015.

2.2 Argumentaire scientifique

L'argumentaire scientifique est fondé sur une revue systématique de la littérature publiée sur le thème proposé, ainsi que sur une consultation des sites d'hébergement pour patients des pays identifiés comme ayant mis en place cette modalité de prise en charge.

Une étude sur site d'un établissement de santé français (l'institut Gustave Roussy à Villejuif, département 94) ayant développé ce type de prise en charge a été réalisée parallèlement (visite le 3 juillet 2015). Cette étude avait pour objectif de caractériser les types de patients concernés et le niveau des flux (entrées, sorties, séjours alternés...), les modalités d'hébergements et l'organisation proposées. Les constats effectués sont exposés dans la partie 4 du présent rapport.

L'argumentaire scientifique précise également les méthodes de travail mises en œuvre : recherche documentaire approfondie effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques.

Il comprend les éléments de réponse à la question posée et identifie les besoins majeurs et axes de travail complémentaires qui devront être pris en compte afin d'améliorer les modalités de prise en charge à ces prestations d'hébergement temporaire non médicalisées pour patients en France.

2.3 Groupe de lecture et audition

Pour réaliser ce travail, la HAS a bénéficié de l'aide de douze experts interrogés dans le cadre d'un groupe de lecture pluridisciplinaire (cf. annexe 1). Le groupe de travail initialement prévu dans

¹ Publiée sur le site de la HAS à l'adresse suivante (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201505/experimentation_d_hotels_pour_patients_-_feuille_de_route.pdf).

la feuille de route a dû être en effet remplacé par un groupe de lecture compte tenu des difficultés liées à la composition d'un groupe de travail sur ce sujet et des délais contraints de réalisation. Ce groupe est le garant de la cohérence de l'argumentaire avec la pratique dans le contexte français.

Il a été composé à partir des propositions de noms d'experts fournis par les Collèges et Sociétés professionnelles ainsi que par les associations d'usagers concernés par le thème de travail, sollicités directement par la HAS. Un appel à candidature a également été diffusé sur le site de la HAS en mai 2015. Le groupe de lecture ainsi constitué comprenait seize membres. Douze ont complété le questionnaire d'évaluation proposé.

Les conclusions de la HAS sont issues des éléments de l'argumentaire scientifique, des commentaires du groupe de lecture, et de l'appréciation que la HAS fait de ces éléments.

3. Analyse de la littérature

La littérature traitant des hébergements non médicalisés porte sur :

- les avantages de ce modèle pour les patients et le système de santé ;
- l'évaluation économique et les critères d'éligibilité des patients.

3.1 Définitions

Il n'existe pas de définition claire et standardisée des hébergements non médicalisés pour patients. En 2014, la HAS (1) avait cependant réalisé une synthèse de la littérature concernant les hébergements non médicalisés pour patients dans son rapport d'évaluation technologique sur la chirurgie ambulatoire.

Elle avait défini l'hôtel-patient **comme un hôtel fournissant un hébergement où aucun soin n'est délivré**. Il peut s'agir d'un hôtel ou d'une structure privée dédiée. L'hôtel-patient est parfois appelé hôtel hospitalier, mais il s'agit d'un hébergement totalement indépendant de l'hôpital et aucun soin n'y est directement assuré.

Le traitement du patient relève donc de la responsabilité de l'établissement de santé, éventuellement de celle du patient ou de l'accompagnant. L'objectif de l'hébergement non médicalisé est de suppléer à la seule fonction d'hébergement pour un **patient éloigné ou isolé** qui n'aurait pas besoin de soins nécessitant un environnement hospitalier.

3.2 Intérêt des hébergements pour patients

Une revue de littérature a été réalisée par la HAS pour évaluer l'intérêt pour les patients, les établissements de soins et les soignants des hébergements pour patients, ainsi que pour les financeurs du système de santé.

3.2.1 Pour les patients

Les études portaient sur la satisfaction et le confort du patient.

Deux études observationnelles, une française (2) et une britannique (3) évaluant la satisfaction du patient ont été retrouvées dans la littérature. Des éléments postulant la satisfaction patients sont également évoqués dans plusieurs documents.

► Etude française

Une seule étude française a évalué la satisfaction des patients en hébergement non médicalisé. Il s'agit d'une enquête de satisfaction observationnelle française, réalisée auprès de 50 patients ayant subi une intervention en chirurgie ambulatoire à l'Hôtel-Dieu de Paris (2).

Entre octobre 2009 et janvier 2012, 82 séjours en hospitalisation ambulatoire ont été suivis d'un hébergement en hôtel hospitalier, ce qui représentait 78 patients (4 patients ayant été opérés à deux reprises et ayant séjourné à chaque fois à l'hébergement non médicalisé pour patient).

Un questionnaire composé de sept items avec la possibilité de formuler des commentaires libres a été soumis soit par téléphone soit par courrier à ces 78 patients. Au total, 50 patients ont répondu, soit un taux de réponse de 64%. Parmi eux, 39 avaient passé une nuit à l'hôtel pour patients, 10 avaient passé deux nuits et 1 seul patient y avait passé 3 nuits. L'échantillon était composé de 15 hommes et de 35 femmes de 60 ans d'âge moyen, venant pour la plupart de la région parisienne (excepté 7 personnes). Quarante-six patients ont eu une prise en charge ambulatoire stricte, trois

patients ont eu un hébergement hospitalier conventionnel postopératoire d'une nuit et un patient de deux nuits conventionnelles.

L'analyse descriptive des résultats de l'étude a montré que :

- pour 48 patients, le fait qu'Hospitel se situe à l'intérieur de l'hôpital était important pour la sécurité du patient en raison de la proximité avec les urgences et de la rapidité d'intervention en cas d'urgence notamment ;
- 39 patients sur 50 avaient trouvé la prestation Hospitel convenable et 41 choisiraient à nouveau ou conseilleraient Hospitel si l'occasion se présentait.

Les principaux commentaires libres soulevaient le problème de la prise en charge financière de la nuitée et du petit-déjeuner (pour 25 patients) et de l'aménagement spécifique de la chambre et des prestations (pour 10 patients) (2).

► Etude britannique

En 1993, Harvey (3) avait mené une étude observationnelle au Royaume Uni. L'objectif de l'étude était de déterminer le niveau d'éligibilité des patients à l'hôtel pour patients via un groupe d'experts.

Les hôtels pour patients étaient définis comme des structures à proximité de l'hôpital et fournissant un service hôtelier de bonne qualité (niveau 3 étoiles). Il était prévu que la durée de séjour n'excède pas cinq jours, et les soins devaient être réalisés à l'hôpital. Les proches des patients étaient potentiellement éligibles à l'hôtel hospitalier, mais la prise en charge était en partie à leur frais. L'hôtel hospitalier était potentiellement ouvert à toutes les spécialités.

L'étude a été réalisée à l'Hôpital Universitaire de Cardiff. Parallèlement à l'étude sur les critères d'éligibilité, les auteurs avaient administré un questionnaire d'évaluation à 79 patients provenant de quatre spécialités différentes. Ils avaient évalué aussi la satisfaction après prise en charge à l'hôtel auprès de 70 patients par des entretiens semi-directifs (entretiens précédés d'un rapide exposé du principe de l'hôtel pour patients). Parmi ces 70 patients, 68 avaient accepté d'être évalué par un membre médical de l'équipe de recherche.

- 7 ont été jugés non éligibles, principalement en raison d'un problème de mobilité ;
- 58 patients parmi les 68 (soit 85%) auraient été très satisfaits, assez satisfaits ou relativement satisfaits d'avoir passé une partie de leur séjour dans un hôtel pour patient ;
- 17 patients sur 68 (soit 25%) n'étaient pas satisfaits à l'idée que l'hôtel puisse être utilisé par tous les publics. Les raisons à cela étaient notamment les interrogations sur le maintien de l'intimité, de la sécurité et les risques d'infections ;
- 16 patients sur 68 (soit 24%) considéraient qu'un proche aurait pu séjourner à l'hôtel pour patients.

► Autres documents

Dans d'autres documents, plusieurs paramètres pouvant être source d'amélioration de la satisfaction des patients et leur procurer un meilleur confort sont évoqués mais sans être soutenus par des études :

- la réduction de la durée d'hospitalisation (4);
- la diminution des allers retours fatigants, des navettes fréquentes entre le domicile et l'établissement de soins (4-6);
- le sentiment de sécurité chez les patients (5, 7);
- l'environnement de l'hébergement non médicalisé pour patient moins stressant que celui de l'hôpital, la séparation physique avec l'établissement de soins a un impact positif sur le rétablissement du patient qui y séjourne (7);
- les conditions hôtelières meilleures qu'à l'hôpital, d'où un impact positif sur le rétablissement (6);
- l'amélioration de l'intimité du patient et de sa vie privée (7) ;
- les patients peuvent porter leurs propres vêtements, notion de « *real life environment* » (8);

- ▶ l'effet positif des groupes de malades hospitalisés sur du long terme pour un traitement séquentiel, chimiothérapie par exemple (les malades suivant un traitement séquentiel se soutiennent au cours du traitement, externalités positives des groupes de malades) (8);
- ▶ la diminution du risque d'infections nosocomiales (7, 9) notamment car le patient se trouve sans perfusion et éloigné de la zone de soins ;
- ▶ la limitation de l'isolement et des pertes de repères, des désorientations temporo-spatiales pour les personnes âgées (10);
- ▶ l'hébergement non médicalisé pour patient faciliterait le retour au domicile et agirait comme un sas entre le service de soins aigu et le retour à la vie en société (4) (7);
- ▶ l'admission des proches, amis, accompagnants est un vrai plus qui distingue l'hébergement non-médicalisé pour patient des simples visites autorisées à l'hôpital (7, 11).

Conclusion

L'apport des hébergements non médicalisés pour les patients a été identifié dans la littérature, mais le niveau de preuve étayant les affirmations sur la satisfaction et le confort des patients est faible. La plupart de ces études sont en effet des bilans ou des enquêtes de satisfaction non comparatives. Elles présentent un biais car il s'agit dans la plupart des cas d'études menées par les établissements déjà lancés dans l'expérimentation des hébergements non médicalisés pour patient. L'intérêt mis en avant peut aussi relever de l'avis d'experts.

3.2.2 Pour les soignants et l'établissement de santé

▶ Etablissement de santé :

Dans les différentes publications, pour l'établissement de santé, l'intérêt de l'hébergement non médicalisé pour patient reposerait sur :

- **l'augmentation des capacités, l'amélioration de la gestion du flux de patients :**
 - ▶ Augmentation de la capacité de l'hôpital (4, 12);
 - ▶ Réduction des séjours des patients au strict temps utile et nécessaire dans l'établissement (5);
 - ▶ Impact positif sur la gestion des lits et des flux de patients (4, 12) ce qui génère de nouvelles marges de manœuvre pour les établissements de soins (5, 7).
- **l'augmentation des recettes ou la diminution des dépenses de l'établissement**

Touzard (13) mettait en avant les recettes potentielles supplémentaires en termes de T2A que le recours aux hébergements non médicalisés pour patients pouvait générer.

Dans d'autres documents, l'intérêt des hébergements non médicalisés pour les établissements de soins est évoqué, cependant les critères ne s'appuient sur aucune étude. Sont ainsi cités les points suivants :

- ▶ la diminution des coûts de prise en charge car cela engendre une baisse des activités de nursing et des soins infirmiers (7) ;
- ▶ Il y a moins de patients à prendre en charge dans l'établissement de santé donc cela génère moins de nuits de prise en charge et réduit les tâches d'entretien. Cela permet un redéploiement des effectifs. L'activité de soins augmente et celle consacrée aux tâches d'entretien diminue (11);
- ▶ l'hôtel coûte moins cher à construire et à équiper qu'un établissement de santé, il requiert moins de personnel (seule une infirmière est toujours à la réception s'assure de mettre les patients en relation avec les services de soins adéquats et disponibles dans l'établissement de santé) (14) ;
- ▶ cette activité génère une baisse des coûts par rapport à l'hospitalisation conventionnelle : un hôtel de 30 lits représenterait 20% de dépenses en moins pour l'hôpital (7). De même, une étude française sur 78 patients hébergés en hôtel intra-hospitalier entre janvier 2010 et décembre 2011 à l'Hôtel-Dieu et réparti en 25 Groupes Homogènes de Malades avait construit une simulation du coût

de la prise en charge sur la base de l'ENC 2009 et des tarifs 2012. Le résultat montrait une économie réalisée de 10 9877 € soit 1 408 € par patient(15);

- ▶ la diminution du recours aux transports sanitaires (5, 6) ;
- ▶ en cas de reconversion d'anciens bâtiments, de vente ou de cession cela génère des gains (5). Il peut exister des opportunités immobilières lors de transformation ou de la réhabilitation d'anciens locaux (6).

• La diminution de la durée moyenne de séjour et la restructuration de l'hôpital

Une étude réalisée à l'Hôtel-Dieu entre 2010 et 2012, dans le service de chirurgie pour certains actes, comparait un groupe de 229 patients opérés entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009 (avant restructuration de l'Hôtel-Dieu vers une structure à dominance ambulatoire) et un groupe de 131 patients opérés entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011 (après restructuration). Les deux groupes étaient comparables en termes de sexe, d'âge et de score ASA (American Society of Anesthesiologist).

Il en est ressorti une diminution du nombre de nuits post-opératoires conventionnelles et donc une diminution de la Durée Moyenne de Séjour (DMS) passant de 3.8 nuits en moyenne avant restructuration à 0.4 nuits en moyenne après restructuration, cela grâce au pari de l'ambulatoire et à la distinction des besoins de soins et des besoins d'hébergement par le développement de mode d'hébergement postopératoire multimodal (hébergement non médicalisé pour patients). (9).

▶ Intérêt pour les soignants

L'étude de Harvey (3) s'était intéressée à l'opinion du personnel (médecins, infirmières en chef, chef de clinique), 128 membres ont été interrogés et 97 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 75.8%. Au total :

- 10% (9 sur 93) seulement des professionnels ont exprimé leur opposition à l'idée d'hôtel pour patients ;
- 62% (58 sur 93) étaient en revanche contre l'ouverture à tous les types de public ;
- 62% des répondants (56 sur 91 et 43% des médecins) ont également indiqué que l'hôtel devrait être utilisé par des patients pouvant s'occuper d'eux-mêmes ;
- A la question « *l'hôtel pour patients peut être vu comme un aspect de la tendance vers le développement de plus petites unités de soins aigus à l'hôpital contenant une plus grande proportion de patients en état critique. Qu'en pensez-vous ?* » 14 médecins sur 47 (soit 30%) avaient exprimé leur opposition à ce type d'évolution.

L'étude avait montré que les soignants étaient en faveur des hôtels pour patients, mais dans un cadre précis d'éligibilité des patients.

Pour les soignants, l'intérêt des hébergements patients reposerait sur une amélioration :

- **de la gestion des admissions** (4, 12), cela requiert une organisation rigoureuse du personnel paramédical (11);
- **une amélioration des conditions de travail** avec la baisse des effectifs de nuit et la baisse des équipes paramédicales le week-end et travaillant en horaires décalés (6).

Néanmoins, il était également souligné que le turn-over plus important ne doit pas se traduire en travail supplémentaire ou être source de stress ; ni engendrer des risques professionnels notamment pour le personnel paramédical (11).

3.2.3 Pour les financeurs du système de santé

Les hébergements pour patients pourraient permettre de réduire les coûts de prise en charge du point de vue de l'Assurance maladie.

Une étude comparative française a été menée en 2008 entre les coûts d'une hospitalisation conventionnelle de cinq jours à temps plein et ceux d'une hospitalisation conventionnelle de 3 jours à temps plein couplée avec 2 nuitées en hôtels pour patients (l'une préopératoire et l'autre postopératoire) (13). L'étude comparait les deux modes d'hospitalisation à l'Hôtel-Dieu dans les services de chirurgie ophtalmologique et de médecine. Elle tenait compte des tarifs des prestations pour un séjour en secteur hospitalier au 1^{er} juillet 2008, ainsi que ceux d'un séjour à Hospitel à la même période, selon taux de prise en charge par la Sécurité Sociale (100% ou 80%).

La différence de tarifs entre un séjour de 5 jours en hospitalisation conventionnelle et un séjour de 5 jours en modes alternés (hospitalisation conventionnelle et hébergement non médicalisé pour patients), dans le service d'ophtalmologie et avec une prise en charge à 100% de l'assurance maladie était de 2 806,10€ TTC par séjour en 2008 pour l'Assurance Maladie. Dans le service de médecine cette différence était de 1357,35 € TTC à la même période. Si l'on raisonne avec une prise en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 80% alors le différentiel est de 2 598€ en chirurgie ophtalmologique et de 1 256,77 € en médecine.

Dans l'analyse du projet d'extension de l'Hôtel-Dieu (13), l'auteur reprenait également l'étude de J-P. Béthoux (Pr) sur six patients opérés de chirurgie abdomino-pelvienne entre septembre 2005 et février 2006 à l'Hôtel-Dieu. Les patients avaient séjourné à Hospitel pour 1 à 3 nuitées. Si l'on désigne J0 le jour de l'intervention, les patients sont sortis entre J1 et J3 avec passage en Hospitel postopératoire. La facture en hospitalisation conventionnelle était, selon les patients, comprise entre 2 466,85€ et 4 918,08€ et celle d'Hospitel entre 64,50 € et 211,85 €. L'étude a été étendue à six patients supplémentaires, sortis entre le J2 et le J6 par rapport à J0 (jour de l'hospitalisation). Les différences de factures en faveur de ce nouveau mode d'hébergement étaient également notables. (13).

Conclusion

L'apport des hébergements pour patients a été identifié dans la littérature, mais il y a très peu de données probantes étayant les affirmations sur le bénéfice qu'en retirent les établissements de soins, l'Assurance maladie et les soignants. Une seule étude comparative menée à l'Hôtel-Dieu comparant le coût de l'hospitalisation conventionnelle et le coût d'une hospitalisation mixte (conventionnelle et en hébergement non médicalisé pour patients) a mis en avant les économies réalisées par l'Assurance maladie grâce à l'hébergement non médicalisé pour patients. Aucune étude n'a évalué les conséquences de ces hébergements sur la qualité des soins dispensés dans les établissements de santé, ni sur les risques sanitaires associés à cette prise en charge hors les murs de l'établissement de santé.

► Modalités de financement et de tarification

Modalités de financement :

L'analyse de la littérature et des expériences existantes a permis de mettre à jour différentes options de financement des hébergements non médicalisés pour patients :

- ▶ financement par un prestataire externe privé qui supporte le coût de l'investissement : c'est le cas par exemple en Norvège, en Suède et au Danemark avec les sociétés Norlandia Care et Medirest, mais également en France avec Hospitel pour l'Hôtel-Dieu (5). Le prestataire est ensuite généralement le gestionnaire de la structure;
- ▶ déblocage de fonds spécifiques destinés à la mise en place des hébergements non médicalisés pour patients par le gouvernement, cas du Danemark (5) ;
- ▶ financement par dotation annuelle de l'hôpital encouragé et encadré par les services publics (5) ;
- ▶ financement par l'hôpital lui-même (Allemagne, ou maison d'accueil de Toulouse) (5) ;
- ▶ subventions et dons (cas en France) (5).

Tarifification :

- **En France :**

En France à l'Hôtel-Dieu la nuitée est facturée au patient ou à l'accompagnant (58€ pour le patient et 71 € pour l'accompagnant en 2014 (5)) avec un remboursement possible des mutuelles.

L'Institut Gustave-Roussy à Villejuif a signé des conventions avec des hôtels commerciaux proches de l'hôpital pour réserver une partie des hôtels à ses patients. La nuitée est à la charge du patient et le remboursement par une mutuelle est possible. L'hôtel conventionné refacture les nuitées à l'IGR, qui refacture à la mutuelle du patient ou bien directement au patient si ce dernier n'est pas couvert. La grande majorité des patients de l'IGR sont pris en charge à 100% (cf. partie 4 du présent rapport) (5).

L'institut Jean Godinot situé à proximité du CHU de Reims, a mis en place une prise en charge des nuitées à la maison des familles par la CPAM. En 2014 les représentants de la CPAM ont voté l'autorisation de prendre en charge les patients venant de toute la région Champagne-Ardenne.

Les maisons d'accueil des familles ou des patients ont pour but de proposer une solution d'hébergement aux patients ou aux proches des patients venant de loin. La nuitée est à la charge des patients et des membres de la famille, cependant les tarifs sont beaucoup plus avantageux que dans des hôtels commerciaux traditionnels. Les tarifs selon la chambre et la région varient de 7,50 € à 45 € environ. Cela comprend la nuitée et le petit-déjeuner, en revanche les repas et tout autre service sont aux frais des résidents. Un remboursement de la nuitée est possible selon les mutuelles² (5).

- **A l'étranger :**

A l'étranger, la nuitée en hôtel pour patients est très rarement à la charge du patient. Le financement peut être assuré par le système national de santé ou par les assurances complémentaires.

Les frais ne sont pas à la charge du patient dans les pays du Nord dès lors qu'ils ont été dirigés vers l'hôtel pour patients par l'hôpital. Le système national (Norvège et Danemark) ou régional (Finlande) de santé prend en charge l'intégralité de la nuitée à l'hôtel pour patients sur prescription de l'hôpital (5). Toutefois, l'hôtel pour patients de Lund en Suède laisse 11% du tarif de la nuitée à la charge du patient, le reste est pris en charge par l'Etat. La plupart des structures prennent aussi en charge la nuitée de l'accompagnant. En revanche, elles ont mis en place des tarifs pour les personnes extérieures, cela peut varier de 65€ à 160€ selon le pays (5).

Au Canada, pour les « lodges » (16), si l'éloignement par rapport aux établissements est supérieur à 40 kilomètres, le patient bénéficie d'une prise en charge des nuitées complète.

A Dublin (Irlande), l'hébergement est gratuit en semaine sur prescription de l'hôpital (16).

En Nouvelle-Zélande, cela diffère car le taux de prise en charge dépendra de la région et donc des dépenses en logement que cela coûterait au patient pour venir se soigner (des soins dans la ville d'Auckland coûteront plus chers au patient car la vie dans la capitale est plus chère, ce qui augmentera le taux de prise en charge par exemple). Ainsi les nuitées en structures d'hébergement en Nouvelle-Zélande sont prises en charge uniquement pour les patients éloignés géographiquement, comme au Canada (16)

Aux Etats-Unis, les nuitées en Recovery Care Center sont remboursées par les assureurs privés dans 75% des cas, par les patients dans 5% des cas et par l'Etat (via Medicare et Medicaid) dans 20% des cas (5).

La prise en charge de la nuitée à l'hôtel hospitalier de Mannheim (Allemagne) relève de l'Assurance maladie obligatoire ou privée (5).

² cf. Sites internet des maisons d'accueil des familles de St-Jean Montpellier, Maison d'accueil des familles des patients hospitalisés à St-Brieuc, Maison du Laurier et Le Vallon à Toulouse.

Conclusion

Bien que les modalités de tarification soient en dehors du périmètre des critères d'éligibilité du présent rapport, elles sont ici présentées à titre informatif.

En France la question de la tarification des hébergements patients n'est pas actuellement tranchée. Elle devrait être étudiée dans le cadre de l'expérimentation proposée par la DGOS. Elle pourrait s'inspirer des modalités retenues à l'étranger.

Dans les études, la nuitée d'hébergement en hôtel pour patients était généralement facturée à l'établissement de santé. Elle peut également être facturée au patient à un prix comparable à un hôtel classique, le tarif est donc supérieur à celui du forfait hospitalier et pose la question du reste à charge.

3.3 Critères d'éligibilité proposés

Les critères d'éligibilité utilisés à l'étranger puis en France et retrouvés dans la littérature sont successivement présentés ci-après. Des tableaux de synthèse permettent de récapituler les principaux éléments retenus dans les analyses.

3.3.1 Synthèse de la littérature sur les expériences au niveau international

L'étude de I. Harvey (3) avait défini des critères d'éligibilité.

Deux synthèses françaises sur les expériences étrangères sont disponibles (4, 5):

- ▶ En 2011 la DGOS avait rédigé une note d'analyse concernant les hébergements substitutifs à l'hospitalisation complète pour les patients avant ou après hospitalisation (4). Pour cela elle avait retenu le modèle des Medihotels australiens ainsi que celui des Recovery Care Center aux Etats-Unis. Pour décrire le fonctionnement des Medihotels, la DGOS avait repris le cadre de référence élaboré par le Ministère de la santé de l'Etat de Victoria ;
- ▶ En 2014, une étude réalisée par le cabinet d'étude Kurt Salmon pour l'ARS Ile de France (5) fait état des expériences étrangères en matière d'hébergements non médicalisés pour patients, elles concernaient dix pays (Danemark, Suède, Norvège, Finlande, Suisse, Allemagne, Etats-Unis, Royaume-Uni, Belgique et Australie). Cette étude donnait un aperçu des pratiques d'hébergements non médicalisés dans ces pays et n'avait pas pour objectif d'être exhaustive.

Les résultats de ces études sont présentés ci-dessous par pays.

▶ Royaume Uni

En 1993, dans l'étude de Harvey *et al.* (3), le groupe de travail et les avis d'experts avait défini l'éligibilité des patients aux hôtels pour patients selon différents critères:

- des patients entièrement autonomes, mobiles et capables de s'occuper de leur traitement ;
- des patients devant résider pour au moins une nuit sur le site hospitalier (en raison de soins peu intensifs ou d'examen qui rendent non envisageables les aller-retour quotidiens) ;
- des patients sortant de soins aigus et attendant l'autorisation de rentrer chez eux.

L'étude a été menée à l'hôpital universitaire de Cardiff pendant 7 jours aléatoires et concernait toutes les services excepté ceux des soins intensifs.

A partir de ces critères, l'évaluation de l'éligibilité des patients à l'hôtel hospitalier a été réalisée sur un échantillon de 3972 jours lits patients observés (données disponibles pour 88% des patients hospitalisés éligibles : 3972 sur 4515 jours lits occupés) sur une période de 7 jours parmi ceux pris en charge dans l'établissement et examinés par un médecin et une infirmière.

Au total :

- Sur les 3972 patients évalués 405 (10,2%) étaient jugés éligibles à l'hôtel pour patients ;

- l'analyse en termes de spécialités montrait que la gynécologie obstétrique, la chirurgie générale, et la médecine (générale et gériatrique) étaient les spécialités offrant le plus de patients éligibles à l'hôtel pour patients ;
- 63% (254 sur 405 patients) de ces sujets nécessitaient des soins peu intensifs. Les patients en situation de préopératoire ou de post-opératoire, ainsi que les patientes avant accouchement étaient souvent considérés comme éligibles ;
- l'hôtel pour patients a été accepté par 58 patients choisis aléatoirement sur 68 (soit 85%) et par 84 membres du personnel sur 93 (soit 90%).

Les raisons pour lesquelles un séjour en hôtel hospitalier était approprié pour les 405 patients considérés comme éligibles à l'hôtel pour patients étaient les suivantes (% de patients par rapport aux 405 patients éligibles) :

- pas besoin d'installations techniques et de surveillance : 254 patients (63%);
- avant opération chirurgicale : 72 patients (18%);
- après opération chirurgicale : 96 patients (24%);
- avant accouchement : 28 patients (7%);
- après accouchement : 15 patients (4%);
- assistance sociale / évaluation d'ergothérapie (rééducation, réhabilitation, réa-daptation...) : 24 patients (6%);
- en attente d'un hébergement : 13 patients (3%);
- en attente d'un moyen de transport ou de dispositions de soins infirmiers : 8 patients (2%);
- autres raisons : 21 patients (5%).

Il a également été demandé au personnel de l'hôpital d'indiquer la durée anticipée de séjour pour chaque patient à l'hôtel. La durée médiane de séjour était de 2.4 jours (la durée allant de 1 jour à 94 jours). Cependant, dans 13.5% des cas (45 sur 334 et 71 valeurs manquantes), la durée anticipée dépassait les cinq jours prévus.

En 2014 au Royaume-Uni, Steve Cenci (directeur de Medirest³ au Royaume-Uni) (7) décrivait un modèle d'hôtels pour patients centré sur la fourniture d'un service hôtelier. Les hôtels :

- étaient situés dans l'enceinte de l'hôpital et fournissaient un accès facilité aux traitements de jour et aux services des urgences ;
- proposaient des chambres équipées d'une alarme pour joindre directement le personnel infirmier ;
- garantissaient une infirmière diplômée à la réception tous les jours ;
- autorisaient les accompagnants à rester avec les patients.

Les critères d'éligibilité retenus étaient médicaux et géographiques. L'éligibilité des patients est évaluée par le personnel de l'hôpital, il s'agit des patients :

- suivant un traitement de chimiothérapie ;
- en situation pré ou post opératoire ;
- dans un état stable mais qui requièrent encore un traitement ;
- dont le domicile est éloigné de l'établissement de soins.

Une autre structure d'hébergement suit le modèle des hôtels pour patient. Il s'agit de l'exemple de la structure « *The Cotton Rooms* » du CHU de Londres (5) qui propose 35 chambres destinées aux patients en hospitalisation ambulatoire. La majorité des patients qui séjournent à l'hôtel sont des patients atteints de cancer qui subissent des traitements tels que les greffes de moelle os-

³ Medirest est la branche spécialiste des services médicaux du groupe Compass. Le groupe Compass est le plus grand fournisseur du monde de restauration collective et des services d'assistance et Medirest est le fournisseur leader du NHS et du marché britannique de santé. Présent à travers le Royaume-Uni, l'Europe, l'Amérique du Nord, le Moyen-Orient et l'Australie, dans environ 50 pays, Medirest coopère maintenant avec des hôpitaux pour développer les hôtels pour patients.

seuse et la chimiothérapie à haute dose. La nuitée est prise en charge sur prescription de l'hôpital. (5)

► **Australie : les Medihotels**

En 2001, le gouvernement de l'Etat de Victoria (12) s'est engagé dans une stratégie appelée « *Hospital demand management (HDM) strategy* » pour répondre à la croissance de la demande vers les services hospitaliers, et notamment vers les urgences. Entre 2005 et 2006 le gouvernement de l'Etat de Victoria avait fourni de nouveaux fonds pour aider au développement des Medihotels. Quatre nouveaux Medihotels avaient alors été construits. Au total avec cette stratégie, huit Medihotels ont été ouverts dans l'air urbaine de Melbourne pour fournir une alternative à l'hospitalisation pour les patients admis en ambulatoire, nécessitant l'accès aux services de soins aigus pour un jour seulement.

Ils sont financés par dotation annuelle du Ministère de la Santé allouée à l'hôpital. La dotation est indépendante du niveau effectif de l'activité de l'hôtel.

Les Medihotels :

- ▶ fournissent un hébergement de haute qualité et des services hôteliers dans l'environnement de l'hôpital ;
- ▶ sont situés à proximité de l'hôpital ;
- ▶ sont accessibles sur prescription médicale, à partir d'un diagnostic clinique, à la suite d'un examen ;
- ▶ fournissent une surveillance minimale, et une aide minimale aux clients ;
- ▶ assurent l'accès aux soins de bases, épisodiques ;
- ▶ accueillent les membres de la famille ou un accompagnant.

Dans un premier temps, les services hôteliers priment, mais dans un second temps, les services à caractère médical sont envisageables (surveillance médicale légère, soins épisodiques). Les horaires d'ouverture sont déterminés en fonction des services cliniques. Les patients sont considérés comme des clients.

Ces structures s'intègrent dans une approche globale de la chaîne de soins, avec un rôle de « facilitateur » dans l'accès aux soins, dans la sortie d'hospitalisation et dans la continuité des soins.

Le personnel de l'hôtel est souvent composé d'un directeur et d'une infirmière. La direction de l'hôtel, ainsi que le personnel peuvent être rattachés à l'hôpital et aux services de soins légitimes. Les hôtels peuvent être ouverts tous les jours ou bien être fermés le week-end, ou une journée et demie par exemple du samedi matin au dimanche midi. (5)

D'après le cadre de référence mis en place par l'Etat de Victoria, étaient éligibles aux hôtels hospitaliers les patients : (12)

- alertes ;
- autonomes dans les tâches de la vie quotidienne ;
- médicalement stables ;
- capables de gérer leurs propres médicaments ou avec une intervention minimale ;
- ne présentant pas de troubles mentaux ou d'addiction ;
- n'ayant pas besoin de surveillance ou une surveillance minimale ;
- ne requérant pas de nuits supplémentaires en chambre médicalisée mais requérant une nuit supplémentaire d'hospitalisation en vue d'un suivi d'intervention chirurgicale ;
- admis en service de soins aigus pour des examens, un bilan clinique, un traitement, sur plusieurs jours ;
- requérant une nuit en plus d'hospitalisation en vue d'une admission en soins aigus le lendemain ou d'une admission en traitement de jour ;
- nécessitant un accès au service de maternité de soins aigus ou devant être à proximité immédiate d'une maternité ;

- éloignés géographiquement du service de soins, notamment les personnes résidant en zone rurale ;
- ne pouvant pas retourner chez eux immédiatement après l'opération à cause de ses conditions de vie ou pour d'autres raisons.

Les patients peuvent être adressés par les services cliniques, de chirurgie de jour voire des maisons médicalisées. Le cadre de référence n'avait pas un caractère opposable et était conçu comme une aide à la décision et une aide à la conception des Medihotels (12).

Un rapport sur les données disponibles entre 2004 et 2005, a fait état de 6785 personnes prises en charge dans des Medihotels avec une durée moyenne de séjour de 1,44 jours. 67% des patients résidaient en ville et 33% étaient des ruraux (1).

► Etats Unis : les Recovery Care Center

Les Recovery Care Center sont le concept organisationnel qui se rapproche le plus de celui des hôtels pour patients aux Etats-Unis (5). Il s'agit d'un environnement hôtelier médicalisé avec des aménagements pour les patients (possibilité d'avoir des repas servis en chambre, un lit pour accompagnant etc.). Les chambres sont médicalisées et du personnel soignant et médical est présent de manière continue.

Les patients peuvent y loger après avoir subi une opération de chirurgie ambulatoire sans complication. Les soins sont centrés sur la lutte contre la douleur ou l'éducation thérapeutique et visent une préparation au retour à domicile.

La gestion des soins est confiée à une infirmière diplômée (4). Les nuitées sont prises en charge par les assureurs privés (75% des cas), par les patients (5% des cas) et par les Etats fédéraux et l'Etat central (Medicaid dans 12% des cas et Medicare dans 18% des cas) (5).

Les critères d'éligibilité ne sont pas détaillés il s'agit des patients : (5)

- en pré ou post-opératoire (patients stabilisés) ;
- en traitement de jour.

Par ailleurs, dès leur construction, les hôpitaux américains passent des accords avec les investisseurs hôteliers afin de bénéficier d'hôtels à proximité de leurs établissements de santé (4). Les hôpitaux fournissent ainsi aux patients une liste d'hôtels à proximité et proposent même certaines fois des tarifs préférentiels aux patients (5).

► Norvège

Six structures d'hébergement non médicalisé pour patients sont mentionnées dans le document de l'ARS (5). Le « *Haukeland Hotell* » de Bergen est le plus ancien et comporte 178 chambres. Le système de santé national prend en charge les nuitées à l'hébergement non médicalisé pour patients sur prescription de l'hôpital. Les critères d'éligibilité sont principalement médicaux :

- patient autonome ;
- patient pouvant résider loin de l'établissement, en région rurale ;
- mère et nouveau-né ;
- patient sortant nécessitant une surveillance de 24h ;
- patient sortant ou ayant un traitement de jour en cours à l'hôpital ;
- patients atteints de cancer (sous chimiothérapie) ;
- patient en situation de pré ou post opératoire.

Les chambres sont équipées d'alarmes en cas d'urgence directement reliées à la réception. Une infirmière est présente à cette même réception mais ne délivre pas de soins. La structure d'hébergement non médicalisé peut se situer dans le centre hospitalier ou à proximité. Son exploitation se fait par un prestataire externe (ici Norlandia Care ou Medirest Norway). Enfin ces structures acceptent les personnes extérieures et les accompagnants. Ces derniers bénéficient de tarifs

préférentiels, tandis que les extérieurs doivent prendre en charge leur nuitée au tarif commercial en vigueur.

► Danemark

Quatre structures d'hébergement non médicalisé pour patients ont été analysées (5). Le plus important en termes de capacité était l'hôtel hospitalier de l'Odense University Hospital avec 120 chambres. Le système de santé danois prend en charge la nuitée pour le patient, il refacture la nuitée à l'hôpital. Les patients sont éligibles sur la base de différents critères :

- Patient autonome ;
- Patient n'ayant pas besoin d'une surveillance continue ni d'installations techniques (mais ayant besoin d'être soutenu et guidé) ;
- Les mères et nouveau-nés peuvent être admis ;
- Patient devant effectuer des examens à l'hôpital ;
- Patient qui suit un traitement à l'hôpital ;
- Patient en réhabilitation.

Les accompagnants et les individus extérieurs peuvent également être éligibles. Les chambres comportent des alarmes reliées à la réception. Des infirmières qualifiées sont à l'hôtel en permanence.

D'autres expériences étrangères ont été recensées par Kurt Salmon pour l'ARS (5).

Pour ces hébergements les différents critères utilisés sont synthétisés dans le tableau 1 et décrit ci-dessous.

► Finlande

Le Tempere Norlandia Care Hotel (5) est un hôtel pour patients de 130 chambres rattaché à l'hôpital universitaire de Tempere. L'autonomie du patient est le critère décisif pour déterminer l'éligibilité du patient. La nuitée est prise en charge par le système de santé régional sur prescription de l'hôpital et l'accompagnant bénéficie d'un tarif préférentiel. Le patient peut bénéficier de soins infirmiers si besoin. La prestation hôtelière est équivalente à celle d'un hôtel européen quatre étoiles.

► Suède

L'Arstaviken Hotell de Stockholm (5) est un hôtel de 72 chambres rattaché à l'Hôpital général du Sud de Stockholm. Là encore l'autonomie du patient est primordiale. Les frais sont pris en charge par l'hôpital sur prescription et l'accompagnant bénéficie d'un tarif préférentiel.

L'hôtel pour patients de Lund propose 108 chambres. C'est l'un des tout premiers hôtels pour patients des pays du Nord de l'Europe. Le patient doit être autonome sans besoin d'hospitalisation. Les chambres ne sont pas médicalisées, le client peut contacter la réception en cas d'urgence. Les infirmières peuvent assister les patients dans les soins les plus simples comme nettoyer une plaie, faire un pansement, administrer un médicament etc. (8).

L'hôtel pour patient reste la propriété de l'hôpital et est géré par ce dernier, toutefois toute la partie hôtelière est dirigée par le prestataire hôtelier (SAS). Les accompagnants sont éligibles s'ils accompagnent des patients au traitement long devant se présenter à des examens, des patients en situation de soins postopératoires, des mères et nouveau-nés, des patients en attente de chirurgie ambulatoire et qui nécessitent un hébergement d'une nuit supplémentaire ou encore des patients nécessitant un ou deux jours de convalescence après une opération. Les proches peuvent également rester mais devront payer une petite partie de la nuitée (14).

► Allemagne

L'hôtel pour patient de Mannheim (5) possède 120 chambres. Il est situé au cœur du campus de l'Hôpital Universitaire de Mannheim depuis octobre 2008. La nuitée est intégrée dans la prise en

charge du patient par l'assurance-maladie obligatoire ou privée. L'autonomie du patient définit l'éligibilité du patient à l'hébergement non médicalisé pour patients. Des infirmières sont présentes au standard et peuvent dispenser des soins infirmiers si besoin. Le projet a été financé par les ressources propres de l'hôpital et la gestion a été confiée à Klinikotel GmbH les cinq premières années.

► **Suisse**

Le projet d'hébergement non médicalisé pour patients relève d'un partenariat public privé entre Reliva et le CHUV (5). Reliva était en charge de la partie hôtelière de l'hôtel pour patients. 115 chambres étaient prévues. Les critères d'inclusion rendaient éligibles les patients nécessitant des soins de faible intensité, pouvant être dispensés directement dans la structure non médicalisée pour patients. La nuitée est prise en charge par l'assurance de base. Le CHUV facturait le coût de l'hospitalisation aux assureurs. Les patients sont équipés de bracelets d'alarmes à utiliser en cas de détresse.

► **Belgique**

L'hôtel pour patients du CHU de Dinant Godine (5) offre une alternative d'hospitalisation pour les patients autonomes et ambulants nécessitant des soins continus. L'objectif est d'éviter les navettes fréquentes entre le domicile et l'établissement de soins. Une participation financière modérée est demandée par nuit par patient ainsi qu'à l'éventuel accompagnateur.

► **Les « Lodges » : Canada, Irlande et Nouvelle-Zélande (16)**

De plus, le rapport de projet « Accommodating change : a review of accommodation for people with cancer in New South Wales » réalisée par le Cancer Council de New South Wales présente des structures appelées « Lodges » dans les pays tels que la Nouvelle-Zélande, le Canada ou encore l'Irlande (16).

Conclusion

Les hébergements pour patients se sont assez fortement développés à l'étranger, en particulier dans les pays d'Europe du Nord (Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, Norvège, Royaume Uni, Suisse et Suède), mais également en Australie et aux Etats Unis.

Pour autant la littérature disponible sur ces hébergements est peu abondante et se limite à la description de situations. Les critères d'éligibilité sont le plus souvent définis de manière empirique, sans évaluation préalable et les données disponibles ne permettent pas de mener une analyse critique sur l'applicabilité de ces critères.

En outre, dans les expériences étrangères, les hébergements patients proposent souvent une médicalisation partielle (surveillance, présence d'un professionnel de santé, ligne d'appel directe ...).

Si certains critères identifiés peuvent être pertinents pour proposer des critères applicables en France, le cahier des charges de l'expérimentation française a fixé un cadre plus restrictif avec l'absence de médicalisation de l'hébergement pour patients.

Tableau 1. Grille comparative des expériences étrangères (5)

Source, Pays, Ville, Nom de la structure (nombre de chambre)	Critères d'éligibilité retenus
ARS (5) Allemagne, Maanheim Universitätsmedizin Mannheim, Hôtel hospitalier de Mannheim (120)	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie
ARS (5) Angleterre, Londres The Cotton Rooms (35)	<ul style="list-style-type: none"> Patients ambulatoires, sur prescription de l'équipe clinique Atteints d'un cancer qui subissent des traitements tels que les greffes de moelle osseuse et la chimiothérapie à haute dose
ARS (5) Belgique, Dinant Hôtel patient du CHU Dinant Godinne	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie Mobiles nécessitant des soins continus
ARS (5) Finlande, Tampere Tampere Norlandia Care Hotel (130)	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie
ARS (5) Suède, Lund Skanes universitetssjukhus Hôtel des patients de Lund (108)	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie N'ayant pas besoin d'être hospitalisé
ARS (5) Suède, Stockholm Astraviken Hotell (72)	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie
ARS (5) Suisse, Lausanne Reliva Patientenhotel (115)	<ul style="list-style-type: none"> Patients ne nécessitant plus de soins aigus mais des soins qu'ils peuvent recevoir directement à l'hôtel pour patients
Cancer Council NSW (16) Irlande, Dublin Oakland Lodge (49)	<ul style="list-style-type: none"> Patients traités par radiothérapie

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé

<p>Cancer Council NSW (16) Canada 9 Etablissements (lodges)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorité à l'accueil des patients en traitement pour le cancer • Autonomie, patient alerte, mobile, sinon besoin d'un accompagnant • Critères géographique : éloignement de plus de 40 km
<p>Journal of Penitology (17) Albany Ronald McDonald House</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement géographique du domicile par rapport à l'établissement de soins • Pas besoin de soins médicaux, patient ayant signé une décharge pour la maison RM • Absence de signe de travail pour les femmes enceintes • Pas de saignement vaginal sur au moins deux jours

La synthèse par critères d'éligibilité des différentes expériences étrangères est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2. Synthèse des expériences étrangères par critères d'éligibilité aux hôtels pour patients

Critères d'éligibilité											
Autonomie	Etat stable	Patients en hospitalisation ambulatoire	Suivi de traitement nécessaire	Réhabilitation	Examens nécessaires	Pas besoin d'une surveillance continue ou d'installations techniques	Traitement de jour	Eloignement géographique	Pas de besoin de soins aigus	Sans trouble mental ou addiction	Admission prévue / en attente de sortie
9 expériences	2 expériences	2 expériences	2 expériences	2 expériences	2 expériences	3 expériences	3 expériences	4 expériences	4 expériences	1 expérience	2 expériences
ARS (5): - Allemagne (Maanheim) ; - Australie (Etat de Victoria) ; - Belgique (Dinant) ; - Danemark (Odense, region Hovedstaden); - Finlande (Tampere) ; - Norvège (Trondheim, Bodo, Oslo) ; - Suède (Lund, Stockholm); Cancer Council NSW (16) - Canada; Harvey (3)	ARS (5) DGOS (4) - Etats-Unis (Yale New Haven, Connecticut); - Australie (Etat de Victoria)	ARS (5) - Angleterre (Londres); - Belgique (Dinant)	ARS (5) DGOS (4) - Australie (Etat de Victoria) ; ARS (5) - Danemark (Odense)	ARS (5)- Danemark (Odense); Harvey (3)	ARS (5) DGOS (4) - Australie (Etat de Victoria) ; ARS (5) - Danemark (Odense)	ARS (5) DGOS (4) - Australie (Etat de Victoria) ; ARS (5) - Danemark (region Hovedstaden) ; Harvey (3)	ARS (5) DGOS (4) - Etats-Unis (Yale New Haven, Connecticut); ARS (5) - Norvège (Bodo, Oslo); - Suède (Lund)	ARS (5) DGOS (4) - Australie (Etat de Victoria) ; ARS (5) - Norvège (Bergen); Cancer Council NSW (16) - Canada; Journal of Penitology (17) - Albany	ARS (5) - Suisse, (Lausanne); - Suède (Lund); Journal of Penitology (17) - Albany; Harvey (3)	ARS (5) DGOS (4) - Australie (Etat de Victoria)	ARS (5) DGOS (4) - Australie (Etat de Victoria) ; Harvey (3)

3.3.2 Etudes réalisées et critères d'éligibilité utilisés en France

► Circulaire CNAMTS de 1993

En 1993 la CNAMTS (18) avait défini des critères d'éligibilité des patients aux hôtels pour malades pour les établissements de santé financés par dotation globale⁴. Dans ce cadre la CNAMTS ne donnait pas de définition précise de l'hôtel pour malades. Selon elle, il devait en principe être non médicalisé et destiné à l'hébergement de malades ne nécessitant pas une hospitalisation dans les structures lourdes et relevant de l'hospitalisation de jour.

Ce type d'hébergement ne devait pas avoir pour but de pallier à une mauvaise organisation hospitalière, mais devait prendre en compte les besoins médicaux et sociaux des patients. Par ailleurs il ne devait pas engendrer de surcoût pour l'Assurance maladie et ne devait pas se faire au détriment des structures existantes (par exemple l'hospitalisation à domicile).

A cette époque, l'hôpital devait donc s'engager à procéder à la fermeture du nombre de lits et au redéploiement du personnel en fonction de la capacité de l'hébergement non médicalisé pour patients. La convention de la CNAMTS (convention « projet de contrat » en annexe 2 de la circulaire CNAMTS) concernait exclusivement les assurés sociaux et les ayants-droits. Elle avait défini des critères d'éligibilité d'ordre médical, social et géographique.

Ces critères mettaient en avant l'éligibilité des patients à l'hébergement non médicalisé par rapport à un séjour en hospitalisation conventionnelle ou à domicile. L'autonomie du patient était un critère décisif et l'accord du médecin de l'établissement hospitalier déterminait le choix de la structure d'hébergement. Les critères d'éligibilité étaient :

- hospitalisations de jours étalées sur plusieurs jours ;
- traitements séquentiels (ex : chimiothérapie) ;
- autonomie physique du patient, y compris la nuit ;
- absence de désorientation temporo-spatiale ;
- absence de besoin de soins en dehors de ceux dispensés par l'établissement la journée ;
- entrée en établissement de soins programmée (le patient ne peut y séjourner sans raison et se rendre aux urgences) ;
- âge du patient ;
- hébergement de proximité nécessaire pour motifs médicaux ;
- hébergement de proximité nécessaire pour motifs sociaux (conditions de vie ne permettant pas un suivi régulier et attentif du patient, isolement, précarité etc.) ;
- éloignement géographique avec l'établissement de soins :
 - Distance domicile – hôpital : patients dont le coût de transport se révèle être supérieur au coût d'hébergement ;
 - Distance « seuil » (50 km/ 60km) ;
 - Situation géographique de l'hôpital et accessibilité.

► Etudes de l'ARS Ile de France

L'ARS Ile de France a publié deux travaux récents dont l'un avait pour objectif d'évaluer les besoins en hébergement non médicalisé à l'hôpital (19) et l'autre de repérer les modèles économiques envisageables pour la mise en place d'un hébergement non médicalisé pour patients (19).

Evaluation de la pertinence

Depuis 2012, un groupe de travail a été mis en place par l'ARSIF afin d'étudier plus largement l'opportunité et le périmètre d'implantation d'hébergement non médicalisé à l'hôpital en concertation avec les opérateurs et acteurs institutionnels concernés qui conditionneront les contours d'un tel projet. Les objectifs du groupe de travail étaient d'apprécier les apports de la mise en place d'

⁴ Il s'agissait alors des établissements publics et privés participant au service public hospitalier (PSPH).

hébergement non médicalisé à l'hôpital, d'élaborer un cadre de référence à destination des établissements de santé et de s'assurer de la bonne cohérence dans le développement d'hébergement non médicalisé à l'hôpital.

La conception de l'étude avait été confiée à un comité médical dédié composé de professionnels de santé dont le Professeur J-P Béthoux⁵. L'objectif de l'étude était d'obtenir, à travers une enquête « *un jour donné* » dans des services d'hospitalisation au sein des hôpitaux publics et privés d'Ile-de-France, le pourcentage de patients susceptibles de bénéficier d'hébergement non médicalisé de proximité.

Le groupe de travail avait pour mission la réalisation d'une grille déterminant le potentiel de patients hospitalisés pour lesquels un hébergement non médicalisé serait une solution.

La méthode retenue pour l'étude et suivie par le groupe de travail est l'approche décrite dans la Revue de pertinence des soins proposée par la HAS (20) (Revue de pertinence « Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation », novembre 2004). Il s'agit d'une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Le principe retenu se base sur les critères de l'« *Appropriateness Evaluation Protocol* » ainsi que sur une grille spécifique proposée par l'équipe de l'AP-HP (Ambroise Paré).

Selon cet outil, une hospitalisation est pertinente lorsque l'admission ou la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille ou à l'avis du médecin. A la différence, une journée est justifiée mais non pertinente (et le patient peut éventuellement être adressé en hébergement non médicalisé à l'hôpital) lorsque le patient nécessite des soins mais d'un niveau moins technique ou dispensés en ambulatoire et que les structures dispensant de tels niveaux de soins ne sont pas disponibles.

Les critères proposés concernaient donc « les patients ayant bien vocation à être hébergé sur site hospitalier ou à proximité, mais considérés par ailleurs comme autonomes, avec un état de santé ne requérant pas obligatoirement une présence infirmière ou paramédicale ».

Sur la base d'un questionnaire dédié, 27 services d'établissements franciliens de différentes natures ont été interrogés. 249 patients ont été jugé éligibles sur 987 (soit un taux moyen de 27%).

Les résultats du questionnaire montrent que les patients éligibles à l'hébergement non médicalisé à l'hôpital par rapport au total des patients hospitalisés le jour de l'enquête en hospitalisation conventionnelle, sont principalement :

- les patients en hospitalisation la veille d'une intervention ;
- les patients en hospitalisation post-opératoire, autonomes et sans perfusion (ou susceptibles de l'être) mais hospitalisés pour :
 - surveillance thérapeutique ou clinique spécifique,
 - raison sociale liée au patient ou à sa famille,
 - attente de passage en HAD ou SSR.
- les patients en hospitalisation pour prise en charge médicale (notamment pour un bilan, des séances ou d'autres raisons).

D'après les auteurs ces résultats étaient très dépendants des services questionnés.

Modèle économique

Dans l'étude conduite par le cabinet Kurt Salmon pour l'ARS Ile de France (5) un groupe de travail composé de représentants de la communauté médicale, de directeurs d'établissements et de l'Assurance maladie a été mis en place afin d'étudier plus largement l'opportunité et le périmètre d'implantation de ces structures, en concertation avec les opérateurs et acteurs institutionnels concernés. L'étude s'était appuyée sur une revue de la littérature, sur des entretiens auprès des

⁵ J-P Béthoux est chef de service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire au CHU Cochin Port-Royal, AP-HP et patricien à l'Hôtel-Dieu, AP-H. Il est également professeur à l'université Paris Descartes, faculté de médecine

acteurs impliqués dans des structures d'hébergement non médicalisé pour patients, ainsi que sur l'analyse des expériences étrangères.

Elle ne définissait pas la notion d'hébergement non médicalisé pour patients, cependant le cadre retenu par le groupe de travail était le suivant :

- ▶ structures hôtelières non médicalisées ;
- ▶ structures intra-hospitalières privilégiées ;
- ▶ intégration de l'hébergement non médicalisé dans les parcours de soins en chirurgie conventionnelle, ambulatoire et médecine obstétrique.

L'étude avait repris certains critères d'éligibilité énoncés par Henri-Jacques Touzard (13) lors de son étude sur l'extension de l'hôtel-Dieu en 2008.

Les critères d'éligibilité retenus par Kurt Salmon étaient à la fois médicaux et sociaux (Cf. Tableau 3).

Le scénario retenu en termes de structure était celui d'une convention avec un prestataire dans les murs de l'établissement. L'établissement de santé loue un bâtiment à un prestataire pour réaliser un hébergement non médicalisé à l'hôpital. Les travaux sont financés par le prestataire et l'hôpital reste propriétaire des locaux.

Les conclusions principales de cette analyse économique étaient :

- les résultats d'exploitation des services des établissements de santé étudiés (4 établissements et 27 services) étaient négatifs les deux premières années (notamment en raison des nuitées facturées par l'hôtel à l'hôpital ainsi que des suppléments chambres seules perdus), puis devenaient positifs à partir de N+2 (par diminution des charges liées au personnel et des charges liées à la restauration et à la blanchisserie);
 - le reste à charge pour l'hôpital des nuitées facturées par l'hôtel hospitalier après refacturation à l'Assurance maladie et aux mutuelles n'est pas compensé les deux premières années par la diminution des charges ;
 - à partir de N+2 (pour le service de chirurgie) et de N+3 (pour le service de médecine), la participation supposée croissante des mutuelles accompagnées par la diminution des charges de titre 1 et 3 permettait de faire croître les résultats. Le service de chimiothérapie présenterait des comptes d'exploitation négatifs sur toute la période de l'expérimentation ;
- des accords avec les mutuelles et les caisses primaires d'assurance maladie sont possibles : le tarif des nuitées refacturées par les établissements aux mutuelles ou à l'Assurance maladie se situe entre 40€ et 70€. Ils ne couvrent pas forcément le tarif des nuitées facturées par les hébergements non médicalisés pour patients à l'établissement de santé (cas de l'IGR). Les économies réalisées par l'établissement devront donc couvrir l'éventuel manque à gagner ;
- l'ensemble des personnes interrogées n'envisage pas une gestion de l'hébergement non médicalisé pour patients par l'hôpital lui-même.

► **Exemple d'expériences françaises : (6, 11)+ sites des maisons d'accueil Saint-Jean (5):**

L'Hôtel-Dieu, Paris : (5)

Il regroupe 14 chambres depuis 1992.

Créé à l'origine pour le service d'ophtalmologie, les services se sont peu à peu diversifiés. La gestion se fait par un prestataire externe (Hospitel), qui a supporté le coût d'investissement. Actuellement, il s'agit aussi d'un hôtel touristique hospitalier car il accueille des patients mais aussi des personnes extérieures. La réception est tenue de 7h à 22h, un petit déjeuner est servi en chambre et il est possible de commander un plateau repas auprès de la réception ; une ligne téléphonique est reliée au standard et aux services de l'hôpital.

En 2010, le service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu a été restructuré, évoluant d'une structure conventionnelle (25 lits, 2 salles opératoires dédiées, 9,4 chirurgiens équivalents temps plein) vers une structure à dominante ambulatoire (8 lits, 1 salle opératoire dédiée, accès à 2 lits conventionnels programmables si nécessaire en postopératoire, 5.6 chirurgiens équivalents temps plein). (9)

Un patient éligible à l'Hôtel-Dieu est un patient:

- ne nécessitant de surveillance continue ou d'installations médicales et techniques ;
- autonome et complètement déperfusé ;
- que l'on garde plusieurs jours par mesure de précaution pour surveiller un pansement ou mesurer la quantité de liquide recueilli par un drainage - par Redon avant assèchement ;
- dans l'attente d'une reprise de transit intestinal, d'un examen radiologique ou d'un bilan biologique spécifique ;
- ne relevant que de médicaments délivrés per-os ou une fois par jour par voie intramusculaire ou sous-cutanée ;
- dans l'attente d'une place en soins de suite et de réadaptation ou autres structures d'aval.

L'Institut Jean Godinot :

Situé à proximité du CHU de Reims (centre de lutte contre le cancer) il accueille des patients caractérisés par un éloignement géographique important pour la plupart.

L'institut a demandé à la CPAM de Reims de supporter les nuitées à la maison d'accueil des familles (40€).

C'est la problématique de séances répétées de chimiothérapie et l'attractivité nationale voire internationale qui ont conduit à développer des hébergements non médicalisés pour patients.

En ce qui concerne les maisons d'accueil des familles en France là encore Kurt Salmon énonçait brièvement les critères d'éligibilité des patients à savoir l'autonomie, le suivi d'un traitement de jour, le statut de pré ou de post opération mais également l'éloignement géographique. Les maisons d'accueil des familles jouent un rôle différent dans la stratégie d'hébergement car elles sont consacrées aux accompagnants.

Le cas des maisons d'accueil des patients ou des familles des patients :

Les maisons d'accueil ont pour but de proposer une solution d'hébergement à proximité des établissements de soins et à moindre coût aux patients et aux familles des patients venant de loin.

Les tarifs sont fixés par convention avec la Caisse Régionale d'Assurance maladie (CRAMIF) ou bien par la CNAM selon la structure, et sont contrôlés chaque année.

La prise en charge est aux frais du patient, cependant certaines caisses de Sécurité Sociale ou Fonds de Solidarité prennent en charge ou remboursent tout ou partie du séjour. De même, certaines mutuelles peuvent rembourser tout ou partie du séjour, sur présentation des factures de la Maison des Familles (frais accompagnant).

Les tarifs peuvent varier selon le type de chambre, la composition de la famille, le revenu etc. En règle générale il varie de moins d'environ 8 à 45€ pour les maisons d'accueil les plus chères. Ces tarifs comprennent la nuitée et bien souvent le petit-déjeuner. Tout autre frais de repas, d'entretien ou de services sont le plus souvent à la charge des clients et patients.

Les personnes accueillies sont (selon les différentes structures) :
Les proches parents de malades hospitalisés ;

Les patients :

- en hospitalisation de jour souhaitant arriver avant ou rester après l'opération à proximité du centre de soins
- en pré- ou post-hospitalisation (sous certaines conditions) ;
- ne nécessitant aucune assistance, autonomes, et aucune surveillance médicale ou paramédicale ;
- devant se soumettre à des examens ou à des consultations ;
- en traitement itératif, posant la problématique des séances répétées (cancers) ;
- handicapés, autonomes ou accompagnés.

Ces personnes doivent justifier leur venue auprès de la maison d'accueil :

- justifier d'un rendez-vous médical ;
- rendre visite à un proche hospitalisé.

La durée de séjour est fonction du temps d'hospitalisation. Le règlement intérieur de la maison fixe la durée du séjour à un mois, renouvelable sur avis de la commission d'hébergement. Pour certaines Maison d'accueil, les familles des patients doivent réserver, tout comme ils le feraient dans un hôtel ou un gîte classique.

Le personnel des maisons d'accueil est généralement composé de peu de salariés ETP et d'une majorité de bénévoles.

Exemples : **Maison d'accueil des familles hôpital Necker-Enfants malades** (Paris), « **Maison Saint-Jean de l'ICM** » (Montpellier), **Maison d'accueil des familles des patients hospitalisés à St-Brieuc**, **Maison Le Vallon et Maison du Laurier** (Toulouse), **Maison d'accueil les Géraniums** (Strasbourg), **Maison des parents de Bourgogne** (Dijon) etc.

D'autres structures ont adopté la solution de réserver des chambres dans une structure associative comme le Centre Lacassagne à Nice, ou encore de gérer directement une résidence hôtelière extra-muros comme le Centre Claudius-Régaud de Toulouse. (11)

3.3.3 Synthèse des critères d'éligibilité retenus en France

Le tableau 3 présente une synthèse des critères d'éligibilité retenus en France dans les différentes expériences.

Tableau 3. Synthèse des critères d'éligibilité retenus dans les différentes expériences françaises

Sources, Ville	Nom de la structure (nombre de chambres)	Critères médicaux			Critères sociaux / géographiques	Conditions d'admission
ARS (5), Strasbourg	Maison d'accueil les géraniums (14)	<ul style="list-style-type: none"> • Soins ambulatoires ou hôpital de jour ne nécessitant aucune assistance médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement géographique, patient à plus de 60km du HUS 	<ul style="list-style-type: none"> • Attestation à faire par le service d'hospitalisation • Accompagnant pas obligatoire 		
ARS (5), Toulouse	Maison d'accueil des familles le Vallon (35)	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie, traitement de jour nécessitant des soins continus mais pas une présence permanente dans un service d'hospitalisation • Souvent des patients en cure pour lymphologie ou greffe de rein 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement géographique 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur prescription du médecin • Accompagnant pas obligatoire 		
ARS (5), Bordeaux	Maison d'accueil des familles Saint-Jean (17)	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoire : pré ou postopératoire, chirurgie, traitement de jour, radiothérapie • Adultes 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement géographique 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur prescription du médecin 		
ARS (5), Dijon	Maison des parents de Bourgogne (38)	<ul style="list-style-type: none"> • Pré ou post hospitalisation • Traitements, examens, consultations • Ne nécessitant aucune surveillance médicale ou paramédicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement géographique 			
ARS (5), Reims	Maison des familles Institut Jean-Godinot (20/25)	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulatoire : radiothérapie, chimiothérapies réalisés sur plusieurs jours 	<ul style="list-style-type: none"> • Eloignement géographique 	<ul style="list-style-type: none"> • Sur prescription du médecin 		

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé

ARS (5), Montpellier	Maison Saint-Jean (18)	<ul style="list-style-type: none"> Ambulatoire : chirurgie, radiothérapie, hôpital de jour 	<ul style="list-style-type: none"> Eloignement géographique 	<ul style="list-style-type: none"> Priorité aux patients ambulatoires souhaitant arriver la veille ou souhaitant rester 48h sous surveillance avant de retourner à leur domicile Accompagnants possibles, de même que consultants, formateurs etc.
ARS (5), Villejuif	Hôtels patients de l'Institut Gustave-Roussy	<ul style="list-style-type: none"> Autonomie Devant recevoir des soins journaliers Sans régime alimentaire spécifique 	<ul style="list-style-type: none"> Eloignement de plus de 50 kilomètres de l'hôpital Patients couverts par l'AM ou par une convention spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> Sur prescription médicale
ARS (5), Paris	Hospitel de l'Hôtel-Dieu	<ul style="list-style-type: none"> Diversification des services d'admission (ophtalmologie, hématologie, chirurgie thoracique) 		<ul style="list-style-type: none"> Patients et extérieurs
Règlement intérieur Hôtel pour patients – Centre de Perharidy, Roscoff	Maison Saint Luc et Perharidy	<ul style="list-style-type: none"> Rééducation, réadaptation 		<ul style="list-style-type: none"> Soit directement admis soit transférés au cours d'un séjour en hospitalisation complète
Malherbe (11), Troyes		<ul style="list-style-type: none"> Patients en pré/post hospitalisation « normale » ou en cours de traitement, ne nécessitant pas de soins permanents, mais ne pouvant pas pour autant regagner leur domicile : Patients en hospitalisation programmée, si le patient habite loin et doit subir une intervention tôt le matin ou un bilan le lendemain, anesthésique par exemple 	<ul style="list-style-type: none"> Eloignement géographique, temps de trajet importants 	<ul style="list-style-type: none"> Après accord des médecins, le patient resterait sous leur responsabilité

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé

		<ul style="list-style-type: none"> • en bilan sur plusieurs jours • en traitement itératif (récurrent) • en attente de sortie car dysfonctionnement organisationnel de l'hôpital dans la prise en charge des malades • en continuité de séjour dans un service actif (hospitalisation pour éducation des diabétiques par exemple, hernie de 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} jour, chimiothérapie etc.) • Traitement de jour 		
CNAMTS (18)		<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisations de jour étalées sur plusieurs jours • Traitement séquentiel • Hébergement de proximité nécessaire pour motifs médicaux • Autonomie physique • Absence de désorientation temporo-spatiale • Absence de besoins de soins en dehors de ceux dispensés par l'établissement de soins • Entrée programmée en établissement 	<ul style="list-style-type: none"> • Age du patient doit être pris en compte • Eloignement géographique : distance domicile-établissement, distance seuil, situation géographique de l'établissement • Hébergement de proximité nécessaire pour motifs sociaux : isolement, conditions de vie etc. 	

3.3.4 Synthèse des critères d'éligibilité retrouvés dans la littérature

Les études portant sur les critères d'éligibilité des patients aux hébergements non médicalisés pour patients sont peu nombreuses et la transposabilité des études étrangères au cadre français est limitée.

Les critères d'éligibilité retrouvés dans la littérature sont déterminés *a priori*, sans évaluation préalable et ne sont généralement pas justifiés au regard d'un critère d'efficience ou d'intérêt/satisfaction du patient.

Certaines études se fondaient sur l'avis d'experts⁶. En particulier, l'étude de Harvey *et al.* (1993) et celle de l'Agence régionale de santé Ile-de-France ARSIF (5) reposaient sur l'avis d'un groupe de travail et les critères d'éligibilité portaient à la fois sur le type de patients éligibles et sur le type de séjours.

Dans ces différentes études, les critères sont pour la plupart génériques et transversaux. La non-exclusivité des critères est importante, l'absence d'un des critères d'éligibilité chez un patient ne le privant généralement pas pour autant d'éligibilité à l'hébergement non médicalisé pour patients.

Enfin, les éléments identifiés dans la littérature n'ont pas permis de procéder à une analyse critique des critères identifiés, en particulier leur applicabilité dans le contexte français..

► Les types de séjours destinés à l'hébergement non médicalisé pour patients :

- Hospitalisation de jour étalée sur plusieurs jours ;
- Traitements longs, séquentiels ou soins épisodiques ne nécessitant pas une hospitalisation continue (ex : chimiothérapie, radiothérapie etc.) ;
- Hospitalisation nécessitant à son issue un hébergement à proximité pour des raisons médicales (domicile non adapté du point de vue de l'hygiène ou du confort), sociales (conditions de vie ne permettant pas un suivi régulier et attentif du patient, isolement, précarité etc.) ou géographiques (éloignement) ;
- Hospitalisation nécessitant un contrôle, un bilan ou un acte infirmier le lendemain.

► Patient éligible à l'hébergement non médicalisé :

- Patient autonome physiquement et dans la prise de sa médication, y compris la nuit ;
- Patient mobile, alerte, ne nécessitant pas de surveillance ou d'installations médicales ou techniques ;
- Patient dont le domicile est éloigné en termes de distance ou de temps de trajet, rendant difficilement supportable le transport pré ou postopératoire ;

Référence à une distance seuil au-delà de laquelle l'hébergement est moins onéreux que la prise en charge d'un transport (dans la limite du coût d'une hospitalisation conventionnelle) (18) ;

- Patient ne présentant pas de trouble temporo-spatial, d'addiction ou de trouble mental ;
- Patient ne devant suivre aucun soin en dehors de ceux dispensés par l'hôpital dans la journée afin de ne pas médicaliser la structure d'accueil ;
- Patient subissant une intervention à une heure tardive ou tôt dans la journée (régulation des flux) ;
- Patient dont l'entrée est programmée dans un service (les urgences n'étant pas considérées comme un service dont l'entrée peut être programmée) ou en attente de sortie. L'attente peut résulter de dysfonctionnements organisationnels de l'établissement dans la prise en charge des malades ;
- Patient présentant un risque élevé de retour à l'hôpital dans les prochains jours (populations à risques) ;
- Patient dans l'attente d'une place en SSR ou HAD ;

⁶ DGOS (4), CNAMTS (18), Touzard (13), Techniques hospitalières 2015 (9, 10), Research Paper (8), Health Service Journal (supplement) (7), Revue hospitalière de France 2013 (6), Presse Med (2, 15), Journal of Perinatology (17), Cancer Council NSW Project Review (16)

- ▶ Patient ne relevant que de médicaments délivrés per-os ou une fois par jour par voie intramusculaire ou sous-cutanée ;
- ▶ Femme enceinte n'ayant pas de besoins en soins médicaux ne présentant pas de signe de travail et aucun saignement vaginal durant au moins deux jours avant l'arrivée dans la structure d'hébergement non médicalisé pour patients ;
- ▶ Femme ayant accouché normalement avec son enfant, n'ayant pas besoin de soins médicaux, mais nécessitant une surveillance particulière durant les 24 à 48 heures après l'accouchement ;
- ▶ Patient sous traitement itératif (chimiothérapie, radiothérapie) ;
- ▶ Patient dans l'attente d'un bilan, d'un avis diagnostique, d'une décision médicale ou d'une procédure diagnostique postopératoire ;

▶ **Autres personnes pouvant séjourner dans des structures d'hébergement non médicalisées pour patients:**

- ▶ Accompagnant d'une personne hospitalisée ;
- ▶ Clients ordinaires des établissements hôteliers (touristes, hommes d'affaires, personnels soignants en cas d'urgence ou d'intempéries ...).

3.3.5 Éléments de réflexions sur les indicateurs permettant de déterminer les critères d'éligibilité

▶ **Autonomie du patient**

L'évaluation de l'autonomie peut se faire par différentes échelles. Elles sont utilisées pour évaluer l'état général des patients au cours d'un bilan pré ou post-thérapeutique. Les échelles d'autonomie peuvent servir à définir précisément le critère d'éligibilité de d'autonomie.

La grille nationale d'évaluation Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso-Ressources est composée de 17 variables codées A, B ou C en fonction du degré de dépendance.

- ▶ A : fait seul, spontanément et totalement et habituellement et correctement ;
- ▶ B : fait seul non spontanément et/ ou non totalement et / ou non habituellement et/ou non correctement ;
- ▶ C : ne fait ni seul, ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Il y a 6 niveaux de dépendance, allant de GIR1 qui est le degré de dépendance le plus élevé à GIR6 le degré de dépendance le moins élevé, lorsque la personne âgée est considérée comme autonome. L'autonomie est définie ici comme l'absence de dépendance et caractérise les personnes âgées. Il convient de définir le GIR limite à l'éligibilité des patients en hébergement non médicalisé pour patients.

L'échelle de Karnofsky s'exprime en % (de 0 à 100). 100% représente l'état normal.

Un patient éligible à l'hébergement non médicalisé pour patients se situerait a priori à 60% ou à 70% sur l'échelle de Karnofsky. Des seuils sont définis comme suit :

- ▶ 60% : a besoin d'une assistance occasionnelle, mais capable d'assurer la majorité de ses besoins ;
- ▶ 70% : incapable d'avoir une activité normale ou un travail mais autonome.

De plus, l'OMS a défini elle aussi une échelle de dépendance / d'autonomie. Elle est graduée de 0 à 4. Pour l'éligibilité des patients à l'hébergement non médicalisé il semblerait pertinent d'inclure les patients se situant entre le niveau 0 de l'échelle et le niveau 2 (inclus).

- ▶ 0 : activité normale sans restriction ;
- ▶ 1 : restreint pour des activités physiques importantes, mais patient ambulant et capable de fournir un travail léger ;
- ▶ 2 : patient ambulant et capable de se prendre en charge, mais incapable de fournir un travail et alité pendant au moins 50% de son temps.

Conclusion

Les échelles d'autonomie sont multiples et ne concernent pas forcément le même type de malades. L'évaluation de l'autonomie du patient doit être définie en relation avec la pathologie. Il s'agit de rendre compte de l'autonomie du patient en pré-per ou post-soins.

► **L'accord du patient**

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique):

« Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. »

Article 36 (article R.4127-36 du code de la santé publique) :

« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. »

L'article L.1111-4 du code de la santé publique précise à cet égard *« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment »*.

La question de l'accord du patient pose aussi la problématique de l'accueil des mineurs. En effet, toujours d'après le même code, le mineur a le droit de recevoir une information selon son degré de maturité et son consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Cela concerne en particulier les adolescents. De plus, le praticien qui donne des soins à un mineur doit recueillir le consentement de ses représentants légaux (parents ou tuteurs), après les avoir informés sur la maladie, les actes et traitements proposés, leurs avantages et risques, les alternatives thérapeutiques, les conséquences d'une abstention ou d'un refus. D'autres situations sont possibles selon les cas.

Conclusion

Le consentement est dit « libre » c'est-à-dire que la décision doit être prise par le patient sans contrainte ou pression de quelque nature que ce soit. Il est dit « éclairé » car le médecin doit fournir au malade une information destinée à éclairer le consentement du patient en lui permettant de prendre sa décision, à savoir, accepter ou refuser l'acte thérapeutique ou diagnostic proposé en pleine connaissance de cause. Il doit y consentir et avoir toutes les connaissances nécessaires pour faire le choix qui servira au mieux son intérêt.

L'hébergement en structures non médicalisées pour patients ne peut pas être imposé par l'hôpital face à l'hébergement au domicile ou à l'hospitalisation conventionnelle.

► **Les critères sociaux**

La précarité du patient est une problématique importante. Le parcours du patient et son accès aux soins sont à prendre en compte lors du choix de l'hébergement à la suite d'une intervention. Il s'agit d'envisager des critères sociaux précis afin d'éviter que cela ne devienne une solution par défaut pour des patients n'ayant pas d'autres solutions d'hébergement.

Le genre n'est pas un critère pertinent ici, en revanche une attention particulière doit être portée aux patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel pourrait perturber (notamment les enfants et les personnes âgées).

L'âge est généralement un critère pertinent. Un âge avancé peut entraîner des situations d'isolement ou rendre difficilement supportables les allers retours entre le domicile et l'hôpital par exemple. Pour les jeunes patients, l'environnement de l'hébergement non médicalisé pourrait être plus rassurant, surtout s'il autorise un ou plusieurs membres de l'entourage à séjourner avec le patient pendant sa nuitée ou son séjour. L'âge peut défavoriser certaines populations au profit d'autres. Une interrogation sur les conditions de vie de ces personnes aux extrêmes des âges et sur la responsabilité de leur accompagnant doit par conséquent être soulevée.

► L'éloignement géographique

Le critère de l'éloignement géographique est un critère beaucoup repris parmi les études étrangères et françaises. Pour autant, il y a très peu d'éléments de définition de ce critère. De plus, la distance seuil d'éligibilité varie selon la structure et le pays.

A Strasbourg la Maison d'accueil des Géraniums définissait comme éligible le patient situé à plus de 60km du HUS (5). A Villejuif (IGR) l'éloignement de plus de 50 km de l'hôpital justifie la prise en charge à 100% des patients (11). Au Canada, dans les divers « lodges » le critère géographique d'éloignement était situé à 40km. (16)

La circulaire CNAMTS de 1993 (18) proposait plusieurs angles de définitions de cette notion d'éloignement géographique:

- ▶ Distance domicile – hôpital = patients dont le coût de transport se révèle être supérieur au coût d'hébergement ;
- ▶ Distance « seuil » (50 km/ 60km) ;
- ▶ Situation géographique de l'hôpital et accessibilité.

La HAS dans sa synthèse du rapport relatif au développement de la chirurgie ambulatoire parlait de durée de trajet trop long entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le lieu de résidence postopératoire, mais là encore le niveau de précision reste trop faible pour définir ce critère.

La notion de proximité géographique est à préciser. Il convient de définir si l'éloignement géographique suit une logique de distance ou de durée de trajet (cela peut être pertinent selon que l'on soit en ville ou en zone rurale par exemple). De même, il convient également de prendre en compte l'accessibilité de l'établissement de soins.

► Equipe de soins déterminant l'éligibilité du patient

La notion d'équipe de soins est clairement définie dans le projet de Loi de modernisation de notre système de santé (AFSX1418355L) :

« Art. L. 1110-12. - Pour l'application du présent titre, **l'équipe de soins** est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à leur coordination, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître comme ayant la qualité de membre de l'équipe de soins par un médecin auquel le patient a confié la responsabilité de la coordination de sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

► Intervention de professionnels de santé dans la structure d'hébergement patient

L'expérimentation d'hébergements pour patients, prévue dans la LFSS pour 2015, limite bien l'expérimentation aux hébergements non médicalisés, substitués du domicile.

Cependant, un hébergement patient étant une extension du domicile, le concept d'hébergement non médicalisé est sans doute à nuancer, car la frontière entre médicalisé et non médicalisé n'est pas complètement imperméable.

Face à la saisine de la DGOS, se pose la question de la possibilité pour les patients de faire venir du personnel de soin de l'extérieur au sein de l'hébergement non médicalisé pour patients. En effet, tout comme un patient pourrait faire appel à une aide-soignante ou une infirmière libérale lorsqu'il est à son domicile, cette situation pourrait se produire au sein de l'hébergement non médicalisé pour patients. La possibilité qu'une aide-soignante ou une infirmière intervienne à la demande d'un patient dans la structure d'hébergement non médicalisé n'est donc pas forcément à exclure.

Il convient donc de définir clairement quels types de soins le patient pourra recevoir au sein de l'hébergement non médicalisé pour patients. La prestation d'hôtellerie ne doit pas annuler le reste du protocole médical habituel lié à la prise en charge du patient. La prise en charge en structure non médicalisée pour patients n'a pas vocation à annuler le statut de « malade » du patient, ainsi par exemple, si un patient doit avoir un accompagnant pour rentrer chez lui, cela reste valable même s'il va à l'hôtel.

La revue de littérature a montré que des structures non médicalisées existaient déjà dans les pays d'Europe du nord. Les chambres ne sont pas médicalisées, mais un système d'alarme est installé et relié à la réception.

En cas d'urgence, le patient peut contacter l'infirmier présent à la réception, ce dernier est là pour le renseigner et le conseiller mais ne lui prodiguera pas de soins. Dans certains cas en revanche, comme dans les Medihotels australiens, mais aussi dans les Recovery center ou d'autres structures comme au Canada, des soins peuvent être dispensés de manière épisodique. De plus, une surveillance continue peut être mise en place.

Dans le tableau 4, une grille comparative présente les caractéristiques organisationnelles des structures d'hébergement pour patient identifiées dans la littérature. Elle indique à titre informatif des éléments de coût sachant que le financement de ces structures d'hébergement fera l'objet d'une étude au cours de l'expérimentation.

Tableau 4. Grille comparative de l'organisation des hôtels hospitaliers

Sources	Pays, Ville	Coût moyen de la nuitée (coût extérieur)	Prise en charge de la nuitée (tarif pour l'accompagnant)	Caractéristiques organisationnelles (personnel, chambre, localisation)
ARS (5)	Allemagne, Mannheim	-	Assurance maladie obligatoire ou privée	Entre 7500 et 800 patients par an Confort hospitalier Service individualisé Infirmiers présent au standard pouvant effectuer des soins si besoin
	Angleterre, Londres	-	Les frais ne sont pas à la charge du patient car prescription de l'hôpital	
ARS (5) DGOS (12) Victoria Government (12)	Australie, Etat de Victoria	251.21\$	-	Gestion des clients et non des patients Services hôteliers, à proximité de l'hôpital Dans un second temps services médicaux envisagés avec surveillance légère et soins épisodiques Souvent 1 directeur et 1 infirmière Horaire d'ouverture : soit 24/7 ou avec un ou deux jours de fermetures souvent le samedi ou dimanche Direction souvent rattachée à l'hôpital et aux services de soins ambulatoires ou maternité ou infirmiers etc. Direction assurée par un surveillant Personnel rattaché à

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé

				<p>l'hôpital ou propre personnel</p> <p>Situés près de l'hôpital ou en son sein</p> <p>Aménagements pour préparer des repas et consommer</p> <p>équipement de divertissement ; télévision, téléphone etc.</p> <p>Hébergement et aménagement pour les visites des proches et des accompagnants</p> <p>Respect au maximum de la vie privée de l'individu</p>
ARS (5)	Belgique, Dinant		Participation financière modérée demandée au patient et à l'accompagnateur	
	Danemark		Système de santé danois	Le plus grand hôtel patient du pays 5 étages de 24 chambres « claires et modernes »
	Danemark, region Hovedstaden	- (75€)	Système de santé danois, l'hôpital prend en charge les nuits prescrites	Alarmes reliées à la réception, avec des infirmiers
	Danemark, region Hovedstaden	- (75€)	Système de santé danois, l'hôpital prend en charge les nuits prescrites	Reconversion de l'ancienne école d'infirmières sur le site de l'hôpital Hillingdon Infirmiers à la réception
	Danemark, region Hovedstaden	- (65€)	Système de santé danois, l'hôpital prend en charge les nuits prescrites	Infirmiers à la réception
ARS (5) DGOS (12)	Etats-Unis, Yale New Haven, Connecticut	350\$ - 750\$ (160\$)	Nuits remboursées par les assureurs privés (75% des cas), par les patients (5% des cas), par Medicare	Chambres médicalisées Personnel présent 24/24 1 infirmière pour 6 patients

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé

			(18\$) ou par Medicaid (2%) (35\$)	Personnel géré par l'hôpital Infirmières diplômées Environnement hôtelier, possibles repas servis en chambre
ARS (5)	Finlande, Tampere	- (80€ - 120€)	Système de santé régional sur prescription de l'hôpital (32€)	Alarme si nécessaire (bracelets) Soins infirmiers si besoin
	Norvège, Trondheim	- (90€-120€)	Système de santé national sur prescription de l'hôpital	A 10 minutes du centre-ville et à proximité de l'hôpital
	Norvège, Bergen	-	Frais d'hébergement et de restauration sont pris en charge sur prescription de l'hôpital (idem pour l'accompagnant)	Chambres équipées d'alarmes « Urgence » directement reliées à la réception, mais cette dernière ne délivre pas de soins
	Norvège, Bodo	-	Système de santé national sur prescription de l'hôpital	Infirmière présente à la réception pour conseiller les patients en cas d'urgence Hôtel situé à côté de l'hôpital Comporte des chambres de maternité
	Norvège, Oslo	- (90€-110€)	Système de santé national sur prescription de l'hôpital	Aucun personnel de soins Lumières de détresses reliées à la réception
	Norvège, Oslo	- (85€-120€)	Système de santé national sur prescription de l'hôpital	Construit au-dessus du bâtiment de radiothérapie
	Norvège, Oslo	- (85€-120€)	Frais d'hébergement et de restauration sont pris en charge sur prescription de l'hôpital (idem pour	-

Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé

			l'accompagnant)	
	Suède, Lund	100\$ - 135\$	11% du tarif est à la charge du patient, le reste est pris en charge par l'Etat	Le client peut contacter la réception en cas d'urgence, chambre non médicalisée
	Suède, Stockholm	- (100€-160€)	Prise en charge par l'hôpital sur prescription (32€)	-
	Suisse, Lausanne		Assurance de base, le CHUV facturera le coût de l'hospitalisation aux assureurs	Bracelets d'alarme pour appel de détresse
Cancer Council (16)	Nouvelle-Zélande, Auckland		Taux de prise en charge dépend de la région, du coût du logement pour venir se soigner, donc Auckland = expensive Uniquement pour les patients éloignés géographiquement	A 5min à pied de l'hôpital, service hôtelier, cuisine commune, encourage les patients à retourner chez eux le WE pour entretenir le contact avec les proches
	Irlande, Dublin		Hébergement gratuit en semaine, sur prescription	Dans les jardins de l'hôpital, 2 ETP pour la journée, 1 en plus pour l'après-midi et 1 de nuit Aménités +++
	Canada		Si éloignement de plus de 40km, patient complètement pris en charge	Surveillance infirmière 24h/24
	Tasmanie, Launceston			Niches pour les chiens des patients.
Journal of Perinatology (17)	Albany		Volontariat 8\$ / jour Charité	Repas gratuit Un directeur sur site présent tout le temps Transports pour urgences disponible 24h/24

4. Un exemple de coopération établissement de santé-hébergement patient : le cas de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif

Avant propos : la HAS a réalisé une visite au sein de l'IGR, le vendredi 3 juillet 2015 en présence de : Mme Anne Montaron (Directeur des soins de l'IGR), Mme Pascale Usubelli (Cadre du département de cancérologie de l'enfant et de l'adolescent), Mme Astrid Galtrand (responsable du Service des relations médico administratives), Mme Francine Cinier (responsable adjointe, service des relations médico administratives), Mme Fabienne Mahieu, cadre du département du bloc opératoire, Mme Catherine Vergely (Isis et Association des parents des enfants traités à Gustave Roussy), M. Florian Valmy, Directeur du Campanile de Villejuif et M. Kanen Cundapah, Adjoint du directeur du Campanile de Villejuif.

Un questionnaire avait été préalablement rédigé et adressé à l'IGR (cf. annexe – guide d'entretien)

L'accueil en hébergement patient de l'IGR s'organise autour de trois types d'établissement :

- un hôtel classique situé à proximité de l'IGR ;
- une résidence de type appartement-hôtel ;
- une maison des parents et des enfants.

Lorsque ces structures d'accueil sont saturées, les patients peuvent également être accueillis dans les autres hôtels de la ville.

4.1 Historique de l'accueil des patients à Villejuif

Une convention a été signée 1988 avec un hôtel situé à quelques centaines de mètres de l'IGR. Ce dernier mettait à disposition un hébergement non médicalisé destiné aux patients recevant des soins à l'IGR.

A l'origine la CRAM avait signé une convention et participait au financement d'un allotement⁷ de 60 chambres dans l'établissement hôtelier. En contrepartie la fermeture de quarante lits d'hospitalisation avait été demandée. Cette convention concernait les patients résidant à plus de quinze kilomètres du site de l'IGR.

Jusqu'en 2008, l'Assurance Maladie participait au financement de l'hébergement non médicalisé des patients dans l'établissement hôtelier.

La convention a alors été renouvelée pour un allotement de quinze chambres du lundi au jeudi, de trois chambres le vendredi et de deux chambres le week-end mais sans financement de l'assurance maladie. L'allotement est révisé chaque année en fonction du taux d'occupation.

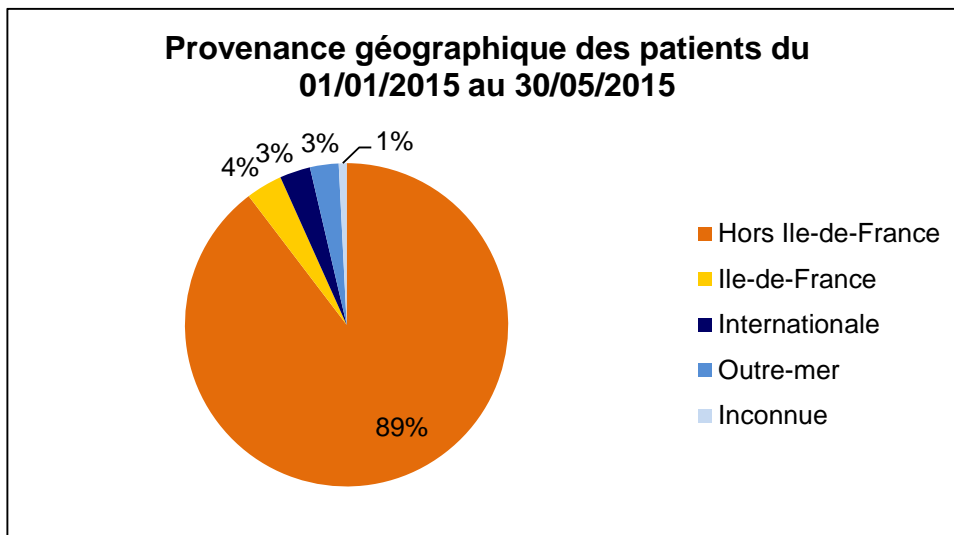
Parallèlement, depuis 2009, l'IGR a signé également une autre convention avec une structure de type appartement-hôtel (cf infra).

4.2 Activité des hébergements pour patients

Les patients hébergés dans des structures non médicalisées sont à près de 90 % (cf. graphique 1) domiciliés en France mais résident hors d'Île de France. L'IGR possède en effet un fort un rayonnement régional (qui représente 66% de son activité), mais aussi national et international.

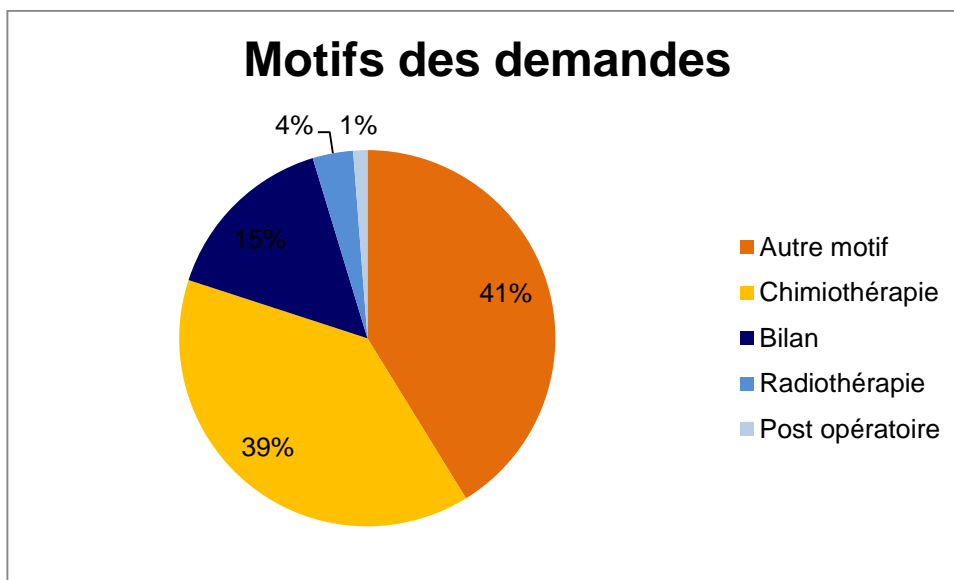
⁷ **Allotement** : chambres que l'hôtelier réserve a priori l'établissement de santé. Les conditions sont fixées par contrat entre les parties.

Graphique 1. Provenance géographique des patients résidant en hébergement non médicalisé du 1^{er} janvier 2015 au 30 avril 2015



Source : données de l'IGR. Total des patients : 521 (244 en apart-hôtel et 277 en hôtel) sur la période.

Graphique 2. Motifs des séjours en hébergement non médicalisé pour patients (enquête mois de juin 2015)



Source : données de l'IGR. Total des demandes : 170 sur la période

Tableau 5. Nombre de nuitées par spécialité ou localisation tumorale (du 1er janvier au 30 avril 2015)

Spécialité	Appartement hôtelier	Hôtel proximité IGR	TOTAL
Cerveau	43	40	83
Dermatologie	29	107	136
Digestif	76	115	191
Essais thérapeutiques	46	91	137
Gynécologie	16	96	112
Hématologie	48	112	160
ORL	378	249	627
Os et Tissus mous	89	21	110
Pédiatrie	228	21	249
Poumon	37	121	158
Sein	117	232	349
Thyroïde	38	39	77
Urologie	88	138	226
Autre	-	1	1
Total général	1233	1383	2616

Source : données de l'IGR

La répartition par localisation tumorale de l'activité hébergement patient (tableau 5) est majoritairement ORL (24%) et sein (13,3%) puis pédiatrie (9,5%). Il est à noter que certains patients sont hébergés dans les structures non médicalisées pendant qu'ils participent à des essais cliniques de phase 1 (dans le cadre de leurs bilans notamment).

L'hôtel à proximité de l'IGR est davantage utilisé pour les séjours courts (une ou deux nuits). L'établissement proposant des appartements accueille en priorité les patients ORL, de radiothérapie en cure longue (6 semaines), notamment car ce sont des studios avec des cuisines ce qui laisse plus de liberté aux patients en termes de repas et de régime alimentaire spécifique que propose le restaurant de l'hôtel de proximité.

4.3 Partenariats

4.3.1 Avec l'hôtel à proximité de l'IGR

Lors de la dernière mise à jour de la convention entre l'IGR et l'hôtel (juin 2014), l'allotement prévu se répartissait comme suit :

- ▶ 15 chambres du lundi soir au jeudi soir,
- ▶ 3 chambres le vendredi soir,

- ▶ 1 chambre le samedi soir,
- ▶ 5 chambres le dimanche soir.

Au total, l'activité d'hébergement non médicalisé de patients représentait de 30 à 40% de l'activité totale de l'hôtel.

Il n'y a pas de secteur dédié aux patients de l'IGR dans l'hôtel. Les chambres attribuées aux patients varient et dépendent de ses souhaits (lits simples ou double, étage par exemple).

Tableau 6. Tarifs de l'hôtel dans la convention (facturés à l'IGR)

Désignation	Semaine (en € TTC)	Week-end et jours fériés en (€ TTC)
Chambre avec petit-déjeuner	85€	85€
Repas complet	21.50€	21.50€
Chambre hors-allotement	85€	85€
Chambre non-occupée	79.20€	79.20€

Source : données de l'IGR

Lors de son séjour, le patient est en pension complète (facturation à l'IGR) mais tout extra non inclus dans la formule est à ses frais. De même, l'accompagnant devra payer pour les repas hors petit-déjeuner compris dans la demi-pension. Le tarif pour les accompagnants est de 4,90€ + 9,50€ pour le petit-déjeuner.

Le restaurant a prévu des aménagements spécifiques pour les patients (le cas échéant) :

- les repas sont normalement servis au restaurant de l'hôtel, mais la possibilité existe d'avoir des repas secs servis directement dans la chambre (biscottes, yaourts, fruits etc.) ;
- aucun ajout de sel n'est réalisé dans tous les plats proposés au restaurant (patient ou autre clientèle);
- les patients peuvent prendre des repas liquides au restaurant.

L'entretien des chambres est identique pour toutes les chambres. Les mesures générales d'hygiène de l'hôtel s'appliquent.

Pour les soins éventuellement reçu par le patient durant son séjour à l'hôtel :

- un réfrigérateur est disponible à l'accueil pour les médicaments des patients ou pour les compléments alimentaires ;
- des prestataires peuvent venir à l'hôtel pour livrer des matériels ;
- des professionnels de santé libéraux peuvent assurer des soins dans la chambre du patient. Il n'existe pas de locaux spécifiques dédiés aux soins dans l'hôtel ;
- en cas d'urgence médicale, la procédure habituelle s'applique, à savoir l'appel du 15.

4.3.2 Appartement hôtelier

La première convention avec l'établissement proposant des appartements hôtelier a été signée le 30 mars 2010 et comprenait un allotement de trois studios 365 jours par an. Dans la dernière mise à jour date 15 mai 2014 l'allotement se répartissait comme suit :

- ▶ 3 studios 365 jours par an,
- ▶ 6 studios du lundi au jeudi soir.

Les tarifs sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7. Tarifs appartement hôtelier (facturés à l'IGR)

Désignation	Semaine (en € TTC)	Week-end et jours fériés en (€ TTC)
Studio avec petit-déjeuner 365 jours / an	70€	70€
Studio avec petit-déjeuner du lundi au jeudi	70€	-
Repas complet	18€	18€
Chambre hors-allotement	75€	75€

Source : données de l'IGR

4.3.3 Maison des enfants et des parents

La maison des parents et des enfants, financée par une fondation, a été ouverte en septembre 1991. Elle accueille les familles d'enfants atteints de cancers. Le projet était soutenu à la fois par une association de patients, l'IGR et la fondation. Chaque acteur a participé à hauteur d'un tiers dans son financement. Située dans l'enceinte de l'IGR, elle met 20 chambres de taille différentes (de 3 à 5 personnes) à disposition des familles et des enfants traités à l'IGR.

Elle accueille principalement :

- ▶ les enfants en radiothérapie à l'IGR,
- ▶ les enfants en situation post-greffe,
- ▶ les enfants en bilan de plusieurs jours venant de province (éloignement géographique).

L'admission est gérée par le secrétariat du bureau des rendez-vous du service de pédiatrie, en collaboration avec les cadres de santé, la gouvernante et l'assistante sociale, qui définissent conjointement la durée de séjour dans la maison d'accueil.

Le tarif par patient est de 10 € TTC par chambre par jour quel que soit le nombre de personnes occupant la chambre.

La maison propose également des pièces à usage collectif, notamment des cuisines communes (pouvant accueillir quatre familles au même moment indépendamment). Elle propose également des animations pour les enfants faites par des bénévoles. Une éducatrice spécialisée est également présente à temps complet pour les patients et leur fratrie. Les chambres sont adaptées aux normes personnes handicapées.

La maison d'hébergement est davantage destinée aux jeunes enfants et à leur famille. Les adolescents et les jeunes adultes préfèrent généralement séjourner à l'hôtel notamment pour des raisons financières puisque tout est compris dans la formule (i.e. pension complète).

4.3.4 Polynésie

L'IGR est en partenariat historique avec la Polynésie mais cela s'est amoindri avec l'ouverture d'un établissement de traitement du cancer à Papeete. Cependant les enfants continuent d'être traités dans le service d'oncologie pédiatrique de l'IGR. Dans le cadre de ce partenariat, une convention a été signée avec un autre établissement hôtelier pour accueillir les patients polynésiens.

4.3.5 Transport

Une voiture électrique « wathoo » est à la disposition des patients pour effectuer les aller-retour entre l'IGR et l'hébergement non médicalisé. L'accompagnant peut bénéficier de ce transport pour rejoindre le patient, en fonction de la disponibilité du véhicule qui est réservé aux patients de ma-

nière prioritaire. Les transferts se font sur appel des patients. Le budget annuel de ce transport est estimé à 55 K€ (plus de la moitié est au frais de l'IGR, le reste est financé par les établissements hôteliers).

4.4 Circuit du patient

Le médecin établit la prescription pour le séjour en structure d'hébergement non médicalisé.

La fiche du patient est ensuite transmise par courrier interne ou remise directement par le patient lorsque ce dernier se présente au bureau de la gestion des lits de l'IGR. Le bureau de la Gestion des entrées va ensuite vérifier les conditions d'éligibilité (voir infra) à savoir :

- que le patient réside à plus de 50 kilomètres de l'IGR,
- qu'il est couvert par l'assurance maladie ou par une convention spécifique
- qu'il est couvert ou non par une mutuelle prenant en charge le coût de la chambre particulière.

De plus, le bureau s'assure des rendez-vous de soins quotidiens à l'IGR et valide la présence du patient après chaque séance à l'IGR. Il peut y avoir une priorisation selon les créneaux d'exams disponibles qui tient compte de l'âge du patient, de la distance qu'il doit parcourir pour se rendre à l'IGR etc.

C'est l'IGR et le service dédié qui est en charge de prévenir via un fax ou un mail de l'arrivée du patient à l'hôtel.

La fiche de circulation doit être remise par le patient à l'hôtelier dès son arrivée. Si le patient arrive à une heure en dehors de la plage horaire de l'accueil clients, c'est au bureau de la gestion des entrées de prévenir l'hôtel.

Ce circuit requiert une organisation importante afin de réguler le flux de patients entre l'établissement de soins et les hébergements non médicalisés proposés. Il s'agit aussi de bien s'assurer de leur venue aux séances et examens programmés, ainsi que de gérer les sorties complexes et les prestataires externes pouvant intervenir sur les différentes structures (ces deux derniers points relèvent de la coordination des soins externes) et les permissions de sorties le week-end.

L'IGR estime que cela représente 2 à 3 personnes équivalent temps plein par jour au sein de l'établissement de soins

4.5 Financement et facturation

Le patient n'a pas à faire d'avance de frais. L'établissement hôtelier facture les nuitées des patients à l'IGR.

L'IGR refacturera éventuellement à la complémentaire santé du patient, le tarif d'une chambre particulière à l'IGR (soit 53 €) si son contrat le prévoit, et le forfait journalier (18 €). En cas de non prise en charge (pas de remboursement de la chambre particulière, ou pas de complémentaire), l'intégralité du coût de l'hébergement non médicalisé est financé par l'IGR (ce qui représente pour l'institut un coût total annuel d'environ 300 K€).

Le coût des pénalités pour les chambres réservées mais non occupées est important sur le coût annuel pour l'IGR. L'objectif de l'IGR est de minimiser ce coût.

4.6 Critères d'éligibilité utilisés pour les structures d'hébergement non médicalisé

Les critères d'éligibilité retenus par l'IGR sont les suivants :

Au niveau médical :

- ▶ ne pas avoir de régime alimentaire spécifique ;
- ▶ être autonome ou accompagné ;
- ▶ avoir des soins tous les jours durant l'hébergement.

Critères administratifs :

- ▶ résider à plus de 50 kilomètres de l'IGR ;
- ▶ appartenir au régime général et assimilés de l'Assurance Maladie, au régime des travailleurs non-salariés ou à des organismes ayant signé une convention spécifique avec l'IGR (Caisse des Français à l'étranger, Caisse de prévoyance Sociale, patients polynésiens à la Caisse des Relations Internationales du Val-de-Marne).

La visite sur site réalisée par la HAS a aussi révélé que les patients devaient être valides et ne pas nécessiter une surveillance particulière (hors accompagnant). Le statut infectieux du patient n'est pas un critère de sélection. Les patients ont la possibilité de faire venir une IDE (prestataire de soins externes à l'IGR) dans la structure d'hébergement non médicalisé comme ils le feraient à leur domicile. De plus, ils ont la possibilité de perfusion pour hydratation ou délivrance d'un antiémétique par exemple pendant la nuit ou pour quelques heures mais dans ce cas la présence d'un accompagnant est obligatoire.

Critères utilisés pour l'hôtel des parents au sein de l'IGR :

- ▶ première hospitalisation de l'enfant ;
- ▶ mère de nourrissons recevant des soins à l'IGR ;
- ▶ parent qui a un enfant en soins palliatifs (afin de se reposer quelques heures, prendre une douche etc.) ;
- ▶ aucun enfant ou membre de la fratrie ne peut séjourner dans l'hôtel des parents.

Conclusion

Le cas de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif est particulièrement intéressant compte tenu de son antériorité dans ce mode d'hébergement des patients, de l'importance de son volume d'activité et aussi de ses multiples partenariats avec des hôtels et hébergements diversifiés.

Les délais imposés n'ont en revanche pas permis de réaliser d'autres monographies ni d'études de terrain permettant notamment de mettre en évidence les préférences des patients.

5. Critères d'éligibilité

En partant du cadre légal préalablement fixé pour l'expérimentation et en croisant les critères d'éligibilité identifiés dans la littérature publiée en France et à l'étranger et ceux de l'étude de cas française, la HAS a défini un ensemble de critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé.

Ces critères ont été soumis à un groupe de lecture composé de professionnels de santé et d'associations d'usagers. Le rôle du groupe de lecture a consisté à vérifier, discuter et compléter les critères proposés et à donner un avis sur les choix retenus.

Les critères d'éligibilité proposés ci-après sont généraux et transversaux car ils doivent convenir à tous les patients. Dans le cadre de l'expérimentation proposée par la DGOS, il pourrait toutefois exister des ciblage plus précis selon le type de prise en charge ou la pathologie.

Les critères sont utilisables aux différents stades d'hospitalisation du patient et peuvent avoir des justifications différentes en fonction du patient. Ils doivent être pris en compte dans le cadre d'une décision médicale après discussion et consentement éclairé du patient.

Les critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé sont listés dans les encadrés ci-dessous. L'absence de réponse à un critère ne peut constituer une entrave à l'admission d'un patient en hébergement non médicalisé.

A. Prérequis : l'accord du patient, l'éloignement du lieu de résidence habituel du patient et l'absence de surveillance continue par des professionnels de santé

Critères d'éligibilité relatifs aux conditions d'accès	
Accord du patient	Les patients éligibles sont uniquement ceux pour qui un accord libre et éclairé , stipulant qu'ils acceptent de séjourner en hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé pour une durée déterminée, a été obtenu de manière écrite, et ce conformément à la réglementation en vigueur.
Critère d'éloignement	<p>Pour que le patient puisse être pris en charge en hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé, le lieu de résidence habituel du patient doit être éloigné de l'établissement de santé.</p> <p>L'éloignement s'entend comme un temps minimum, par véhicule ou transport en commun, d'au moins une heure ou 50 kilomètres (distance domicile-établissement de santé).</p> <p>L'éloignement doit cependant s'apprécier au cas par cas, en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des conditions d'accessibilité de l'établissement (topographie, météorologie, circulation, présence ou non de transport en commun, etc.) ; - de l'état de santé du patient et/ou du traitement reçu ; - de critères sociaux liés aux conditions de vie.
Critère relatif aux conditions d'hébergement	La structure d'hébergement correspond aux mêmes conditions de prise en charge en termes de soins que dans le lieu de résidence habituel du patient et se caractérise par l'absence de besoin de surveillance continue par des professionnels de santé .

B. Critères d'éligibilité

Critères relatifs à l'organisation de la prise en charge	
Périmètre de la prise en charge	<p>Les patients éligibles sont ceux qui, en l'absence de structure d'hébergement temporaire non médicalisée, auraient dû résider au moins une nuit dans l'établissement de santé qui les prend en charge, principalement pour cause d'éloignement du lieu de résidence habituel.</p> <p>La prise en charge dans ce type de structure peut être envisagée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ en amont de l'hospitalisation : par exemple la veille d'une intervention chirurgicale, d'un accouchement (sauf si le travail est commencé), d'un acte médical ou d'un examen ; ▸ en alternance avec une hospitalisation pour des traitements séquentiels (séance de chimiothérapie ou de radiothérapie) ou si le patient doit se rendre dans l'établissement de santé durant la journée (par exemple pour effectuer des examens, recevoir des soins ou un traitement) ; ▸ après l'hospitalisation pour une durée limitée pour les patients dont l'état de santé permet une sortie de l'hôpital (par exemple, pour cause de sortie à une heure tardive, d'examens ponctuels ou d'une surveillance à réaliser immédiatement après l'hospitalisation).
Parcours de soins	<p>L'éligibilité du patient à cette prestation d'hébergement est déterminée par l'équipe de soins. Le patient éligible est celui qui pourrait, le cas échéant, être à son domicile ou dans son lieu habituel de vie lorsqu'il ne reçoit pas les soins.</p> <p>La prise en charge dans cette structure temporaire d'hébergement non médicalisée doit s'insérer dans le cadre du parcours de soins du patient. Elle doit être pensée a priori, avant l'hospitalisation, et proposé au patient avant ou durant l'hospitalisation.</p> <p>Un patient qui dans le cadre de son parcours de soins, devrait être immédiatement pris en charge en HAD ou en EHPAD à l'issue de son hospitalisation, n'est pas éligible à un hébergement non médicalisé.</p> <p>Un patient pris en charge dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) peut potentiellement être éligible en hébergement non médicalisé.</p>

Critères relatifs aux caractéristiques des patients	
Critère d'autonomie	<p>Le patient doit être autonome d'un point de vue moteur et cognitif durant son séjour en hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé, c'est-à-dire être en mesure d'effectuer les actes de la vie quotidienne, seul ou avec une personne de son entourage habituel.</p> <p>L'autonomie peut être appréciée à partir d'une échelle habituellement utilisée pour évaluer l'état général des patients au cours d'un bilan pré ou post-thérapeutique.</p>
Critères médicaux	<p>Le patient pris en charge en hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé ne doit pas avoir besoin d'une surveillance médicale ou paramédicale continue liée au motif de son hospitalisation durant son séjour.</p> <p>Le patient peut cependant recevoir que des soins habituellement délivrés sur son lieu de résidence qui seront alors assurés par des praticiens libéraux (par exemple, pour les malades chroniques).</p> <p>Pour être éligible à cette structure d'hébergement non médicalisée, le patient doit pouvoir disposer d'une information précise sur la conduite à tenir en cas de douleur, de saignement ou d'urgence médicale. A ce titre, les protocoles prévus lors de la sortie vers le domicile doivent rester valables. Il faut donc s'assurer que le patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ pourra contacter par téléphone le/les service(s) d'urgence en cas de nécessité ; ▸ pourra se procurer et prendre seul ses traitements médicamenteux ; ▸ pourra être accompagné si nécessaire (notamment pour les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, ou les personnes handicapées). <p>Le patient ne doit pas avoir besoin d'installations médicales et techniques lourdes durant son séjour. Il peut néanmoins être porteur d'un dispositif médical léger (par exemples : cathéters, béquilles, oxygène portatif).</p> <p>Pour être éligible, le patient ne doit pas présenter de trouble temporo-spatial, d'addiction ou de trouble mental mettant en cause sa sécurité ou celle des autres personnes dans cette structure d'hébergement pour patients. La présence d'une tierce personne accompagnant le patient doit être prise en compte dans l'appréciation de ce critère par l'équipe de soins.</p> <p>Les patients avec des pathogènes à risque de transmission directe ou via l'environnement (par exemple, clostridium difficile, Bactéries Hautement Résistantes émergentes, tuberculose) ne sont pas éligibles à ce type d'hébergement par mesure de précaution.</p>

Autres critères d'éligibilité	
Critères sociaux	<p>Le mode de financement des hébergements pour patients à proximité d'un établissement de santé qui sera fixé à l'issue de l'expérimentation peut constituer un critère d'exclusion pour des patients ayant des difficultés sociales, dès lors que le reste à charge serait conséquent. Le patient resterait alors hébergé dans la structure de prise en charge initiale.</p> <p>A l'exclusion du reste à charge que le patient ne serait pas en capacité de supporter, aucun autre critère n'a été identifié comme critère d'inéligibilité à la prise en charge en hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé.</p> <p>Toutefois, pour certains patients dont les conditions de vie sont un obstacle au retour au domicile, l'hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé peut être proposé. Ce point devra l'objet d'une attention particulière dans l'évaluation de l'expérimentation.</p>
Autres personnes hébergées	<p>Certains protocoles de soins (chirurgie ambulatoire notamment) stipulent explicitement la nécessité d'être accompagné par un tiers à la sortie du patient de l'hospitalisation jusqu'à son lieu de vie habituel. Dans ce cas, ces protocoles restent valables quand le patient doit séjourner en hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé.</p> <p>Une personne de l'entourage du patient peut également séjourner avec le patient, dès lors que la présence de celle-ci aux côtés du patient serait nécessaire dans le cadre d'un retour dans son lieu de vie habituel.</p>
Durée	<p>Bien que cette prestation d'hébergement soit généralement temporaire, l'éligibilité d'un patient n'est pas conditionnée par la durée.</p> <p>Les patients peuvent séjourner pour une durée assez longue (15 jours ou un mois, par exemple) dès lors que la prise en charge par l'établissement de santé est fréquente et répétée, et que le patient est éloigné de son lieu de résidence habituel.</p> <p>Toutefois, dans le cas où le patient doit bénéficier de soins techniques pendant une durée longue, la pertinence du recours à ce type d'hébergement non médicalisé pour patient doit s'apprécier par rapport à la mise en place d'une hospitalisation à domicile.</p>

6. Conclusion

Ce rapport d'orientation, élaboré à la demande de la Direction générale de l'offre de soins, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre d'une expérimentation selon laquelle les établissements de santé peuvent proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé en amont ou en aval de leur hospitalisation.

Suite à l'Article 53 de la Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, un décret en Conseil d'Etat doit déterminer les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation.

La saisine précisée dans la feuille de route validée par le Collège de la HAS en avril 2015, a délimité le périmètre à la **définition des conditions d'accès et des critères d'éligibilité** des patients à ces prestations d'hébergement non médicalisé à proximité d'un établissement de santé.

La méthode de travail a reposé d'une part, sur l'analyse et la synthèse de la littérature disponible et la réalisation d'une étude de cas, et, d'autre part, sur l'avis de professionnels et d'associations d'usagers interrogés dans le cadre d'un groupe de lecture.

La démarche adoptée pour définir les conditions d'accès et les critères d'éligibilité s'est fondée sur le cadre légal préalablement fixé pour l'expérimentation et en croisant les critères d'éligibilité des patients identifiés dans la littérature publiée (en France et à l'étranger) et ceux de l'étude de cas française. Ces critères ont été soumis au groupe de lecture dont le rôle a consisté à vérifier, discuter et compléter les critères proposés et à donner un avis sur les choix retenus.

La littérature disponible était peu abondante et se limitait à la description de situations ; les données n'ont donc pas permis d'élaborer un bilan analytique sur l'applicabilité des critères d'éligibilité identifiés, ni même sur leur mode de détermination. En outre, leur transposabilité était limitée dans la mesure où le cahier des charges de l'expérimentation française a fixé un cadre restrictif caractérisé par l'absence de médicalisation de l'hébergement.

Dans la mesure où le périmètre de la contribution de la HAS aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation concernait uniquement la définition de critères d'éligibilité des patients, les éléments relatifs à la tarification sont présentés à titre informatif ; la question de la tarification des hébergements patients n'étant pas tranchée en France et devrait être étudiée à l'issue de l'expérimentation.

L'apport de l'étude de cas conduite au sein de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif est à souligner dans l'identification de ces critères d'éligibilité compte tenu de son antériorité dans ce mode d'hébergement des patients, de l'importance de son volume d'activité et aussi de ses multiples partenariats avec des hôtels et hébergements diversifiés. Les délais de réalisation de ce rapport d'orientation n'ont cependant pas permis la réalisation d'autres monographies.

Les critères d'éligibilité proposés sont généraux et transversaux afin d'être pris en compte dans le décret qui précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation qui n'est pas limitée à une pathologie ou un mode de prise en charge particulier. Les critères sont utilisables aux différents stades de l'hospitalisation et peuvent avoir des justifications différentes en fonction du patient. Ils doivent être pris en compte dans le cadre d'une décision médicale après discussion et consentement éclairé du patient.

Les critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé retenus se réfèrent :

- à l'accord préalable du patient ;

- aux conditions d'accès et de prise en charge : critère d'éloignement du lieu de résidence du patient de l'établissement de santé et critère relatif aux conditions d'hébergement précisant l'absence de besoin de surveillance continue par les professionnels de santé ;
- à l'organisation et au périmètre de la prise en charge (en amont de l'hospitalisation, en alternance avec une hospitalisation et après une hospitalisation) et à l'insertion dans le parcours de soins du patient ;
- aux caractéristiques des patients, en particulier, critères médicaux et relatifs à l'autonomie ;
- aux critères sociaux ;
- aux conditions relatives aux autres personnes hébergées ;
- à la question de la durée de la prestation d'hébergement.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation qui seront définies par décret permettront de préciser la prestation d'hébergement, les structures éligibles à l'expérimentation, les structures assurant la mise en œuvre effective de la prestation d'hébergement, les conditions d'accès des patients au dispositif et le financement.

Un rapport d'évaluation sera réalisé à partir d'un rapport annuel d'activité par l'établissement de santé et d'un suivi de chaque expérimentation par l'ARS compétente. L'évaluation de l'expérimentation pourra notamment renseigner les effets attendus en termes de réorganisation des flux de patients, d'amélioration du parcours de soins et d'optimisation des prises en charge hospitalières, de satisfaction et de confort des patients, d'impacts sur les dépenses du point de vue de l'établissement et des financeurs du système de santé.

Au terme de l'expérimentation, les modalités de mise en œuvre et notamment les critères d'éligibilité pourront être révisés en fonction de leur adaptation aux pratiques réelles.

Stratégie de recherche documentaire

Source d'informations

Bases de données bibliographiques automatisées

- Medline (National Library of Medicine, Etats-Unis)
- The Cochrane Library (Wiley Interscience, Etats-Unis) ;
- BDSP Banque de Données en Santé Publique ;
- Science Direct (Elsevier)
- National Guideline Clearinghouse (Agency for Healthcare Research and Quality, Etats-Unis) ;
- HTA Database (International Network of Agencies for Health Technology Assessment).

La recherche documentaire a été conduite dans les bases de données ci-dessus, sans limite de date, ni de langue à partir des mots clés suivants : *Recovery care Center OR Patient hotel OR Patient hostel OR hospital hostel OR Hopital OR ambulatory surgical nursing OR Medimotel Or Medihotel OR non-medicalized accommodation [title]*

31 références ont été obtenues

Une veille sur le sujet a été maintenue jusqu'en juin 2015.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Éléments d'appréciation en vue de la prise en charge d'un patient. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf
2. Gaucher S, Bouam S, Capiello F, Dragos Radu A, Aissat A, Bethoux JP. L'hôtel hospitalier : résultats d'une enquête de satisfaction auprès de 50 patients après une intervention en chirurgie ambulatoire. *Presse Med* 2013;42(9 Pt 1):1279-81.
3. Harvey I, Jenkins R, Llewellyn L. Enhancing appropriateness of acute bed use: role of the patient hotel. *J Epidemiol Community Health* 1993;47(5):368-72.
4. Direction générale de l'offre de soins. Les hébergements alternatifs aux chambres d'hôpital. Veille et prospection DGOS 2011;(4).
5. Agence régionale de santé Ile de France. Hôtel Hospitalier. Expériences repérées et 1ère modélisation. Paris: ARS Ile-de-France; 2014.
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_et_performance/programme_EPOD/Hotel_hospitalier/Exp_rep_et_modelisation_.pdf
6. Slama A, Ovaguimian O, Bethoux JP. De l'hôtel-Dieu à l'hôtel hospitalier. Héberger mieux, pour mieux investir le soin. *Revue Hospitalière de France* 2013;(551):54-7.
7. Sleep on it. Why trusts should think seriously about patient hotels : 2. *Health Service Journal* 2014;(supplement):1-9.
8. Nesta. Radical efficiency. Different, better, lower cost public services. Research paper. London: NESTA; 2010.
9. Bethoux JP, Gaucher S, Philippe H-J, Bouam S. Séparation des besoins de soins de ceux d'hébergement. Expérimentation d'un hôtel intra-hospitalier à l'Hôtel-Dieu. *Techniques Hospitalières* 2015;(749):7-9.
10. Vons C. «Hôtels hospitaliers», attention! Pourquoi aller à l'hôtel après une chirurgie ambulatoire, plutôt qu'à son domicile ? *Techniques Hospitalières* 2015;(749):10-1.
11. Malherbe P. Le projet d'implantation d'un hôtel hospitalier sur le site de l'hôpital de Troyes : étude de faisabilité [thèse] Rennes: Ecole nationale de la santé publique; 1994.
12. Victorian Government Department of Health. Framework for medihotels in Victorian public health services. Melbourne: VGDH; 2009.
[http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/000200F96432A8BACA257AD2007B94ED/\\$FILE/medihotel-framework.pdf](http://docs2.health.vic.gov.au/docs/doc/000200F96432A8BACA257AD2007B94ED/$FILE/medihotel-framework.pdf)
13. Touzard JJ. Extension de l'hôtel hospitalier à l'Hôtel-Dieu (AP-HP) : Enjeux, et perspectives Paris: Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2008.
14. Davies C. Enjoy your stay at our patient hotel. *Health Serv J* 1990;100(5217):1316-7.
15. Gaucher S, Bouam S, Capiello F, Aissat A, Bethoux JP. Hôtel hospitalier : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. *Presse Med* 2012;41(12 Pt 1):1301-3.
16. Cancer Council New South Wales. "Accommodating change". A review of accommodation for people with cancer in New South Wales. Project report. Woolloomooloo: CCNSW; 2009.
17. Dexter SC, Klein KA, Clark DA, Ross SL, Veille JC. The Ronald McDonald House as an alternative to antepartum hospitalization. *J Perinatol* 2004;24(10):623-5.
18. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Prise en charge des structures "Hôtels pour malades" fonctionnant dans le cadre des établissements de santé financés par dotation globale. Circulaire CNAMTS DGR n° 27/93 - ENSM n° 6/93. Paris: CNAMTS; 1993.
<http://www.mediam.ext.cnamts.fr/amel/cons/CIRCC/CC9303/930304-A.PDF>
19. Agence régionale de santé Ile de France. Evaluation des besoins. Hébergement non médicalisé à l'hôpital. Paris: ARS Ile-de-France; 2014.
http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_et_performance/programme_EPOD/Hotel_hospitalier/Evaluation_be_soins.pdf
20. Haute Autorité de Santé. Revue de pertinence des soins. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation Saint-Denis La Plaine: HAS; 2004.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

Annexe 1. Participants

► Equipe HAS

L'analyse de la littérature, la coordination du projet et de l'équipe ainsi que la rédaction de l'argumentaire ont été réalisées par Mme Isabelle HIRTZLIN, Chef de Projet et Mme Margot DUPUY stagiaire au Service évaluation économique et santé publique, sous la responsabilité de Mme Catherine RUMEAU-PICHON, chef de service du Service évaluation économique et santé publique de la HAS.

La recherche documentaire a été effectuée par Mme Emmanuelle BLONDET, documentaliste, avec l'aide de Mme Yasmine LOMBRY, sous la responsabilité de Mme Christine DEVAUD, adjointe au chef de service, et de Mme le Dr Frédérique PAGES, docteur ès sciences, chef de service.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Samantha FERNANDES, assistante au Service évaluation économique et santé publique.

Martin Briot, Christophe Duguet et Christian Favier ont été nommés rapporteurs de cette évaluation pour la Commission évaluation économique et santé publique (CEESP).

► Les sociétés savantes, les associations professionnelles et les associations d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de ces recommandations

Académie Française de l'Ophtalmologie

Association Nationale des Assistants de Service Social (ANAS)

Association pour la Recherche en Soins Infirmiers (ARSI)

Association pour la Recherche et l'évaluation en Soins Infirmiers

Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA)

Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF)

Conseil National de Cancérologie

Fédération Française de Médecine Physique et de réadaptation (FEDMER)

Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)

Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

UFC Que Choisir

► Groupe de lecture

Dr AFFLALO Guy, Médecin ophtalmologue, Nice.

Mr BRUN Nicolas, représentant d'usagers, UNAF, Paris.

Dr COMPERE Vincent, Médecin, Anesthésie-Réanimation, Rouen.

Dr DEVAILLY Jean –Pascal, Médecin, MPR, Paris.

Mme FOULCHY Catherine, Sage-femme, Clermont Ferrand.

Dr GAERTNER Elisabeth, Médecin, Anesthésie-réanimation, Paris

Mme IOUCHKOFF Céline, Assistante sociale en HAD, Haute Savoie

Dr LE MOINE Francis, Médecin MPR, Vallauris.

Mr PAUMIER Gilles, représentant d'usagers, UFC Que Choisir, Lavardin

Dr POUSSIER Matthieu, Médecin, Chirurgie,
Dijon

Dr SCHMIDT Denis, Médecin, MPR,
Deauville.

Dr PUECH Francis, Gynécologie obstétrique,
Lille.

► **Expert auditionné**

Pr Jean-Pierre Béthoux, chef du service de chirurgie générale à Port-Royal (AP-HP, Hôpitaux universitaires Paris-Centre).

Annexe 2. Guide d'entretien : visite de l'institut Gustave Roussy

Description de l'activité :

1. Quelle est l'activité mensuelle/ annuelle de l'hôtel pour patients ? Le flux est-il régulier ?
2. Quels sont les différents acteurs mobilisés dans la prise en charge en hôtel pour patients ?
3. Quelles sont les spécialités les plus concernées ?
4. Comment et par qui est géré l'hôtel pour patients ? Y-a-t-il une convention/contrat entre l'établissement et l'hôtel patient ? Comment sont gérées les conventions passées entre l'établissement de soins et les prestataires externes ?

Décision de l'éligibilité des patients :

1. Comment se prend la décision de l'hébergement en hôtel pour patients au sein de l'établissement de soins ? la durée de séjour en hôtel ?
2. Y-a-t-il des critères d'éligibilité à l'hébergement en hôtel pour patients ? les détailler, Sont-ils les même pour tous les séjours, patients (âge, sexe), pathologie ?
3. Y-a-t-il des populations spécifiques visées ?
4. Comment est évaluée l'éligibilité du patient vis-à-vis des autres modes d'hospitalisation : hospitalisation conventionnelle ou HAD, SSIAD ?
5. Comment est pris en compte l'avis du patient ? De quelle manière le consentement du patient est-il recueilli ?
6. Qu'en est-il de l'éligibilité des personnes accompagnantes ? Les patients peuvent-ils participer à la décision ? L'accompagnant doit-il signer un document formalisant l'accompagnement hors de l'ES ?

Prise en charge du patient en hôtel hospitalier :

1. Comment s'organise la journée d'un patient résidant à l'hôtel pour patient ? Comment sont organisées les visites à l'hôpital (s'il y a lieu) ?
2. Quelle est la tarification ? Quelle prise en charge par l'Assurance Maladie et les complémentaires ?
3. Qu'en est-il de la responsabilité du médecin référent ? du patient ? de l'établissement ? de l'hôtel ? Le patient peut-il quitter l'hôtel pour patients librement ou bien doit-il signer une décharge ?
4. Quels types de soins sont autorisés au sein de l'hôtel pour patients ? Le patient peut-il continuer à prendre son traitement dès lors que celui-ci est indépendant de la pathologie pour laquelle il a été traité à l'hôpital ? Le patient peut-il solliciter le personnel de soins libéral à l'intérieur même de l'hôtel ?
5. Comment s'organise les transferts entre l'hôtel et l'établissement de soins ? Est-ce pris en charge par l'établissement de soins ? (même question pour le retour au domicile du patient)
6. L'hôtel propose-t-il des aménagements particuliers aux patients ? lesquels ?

Bilan de la mise en place d'hébergement en hôtel pour patients :

1. Quels éléments ont été favorables à l'instauration de ces projets ?
2. Quels obstacles avez-vous pu rencontrer ?
3. Est-ce une alternative pertinente et durable selon-vous à l'hospitalisation conventionnelle ?

Autres personnes :

1. D'autres personnes autres que les accompagnants et les patients peuvent-ils séjourner dans l'hôtel patient (touristes par exemple) ? Comment s'effectue l'articulation avec le flux patients.

2. Quelles sont les modalités de tarification pour ces personnes ?

Avis :

1. A votre avis l'hôtel patient doit-il être situé dans ou à proximité immédiate de l'établissement de santé ? Pourquoi ?

Annexe 3. Fiche descriptive

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	Revue de la littérature, visite d'un site, groupe de lecture
Date de mise en ligne	
Date d'édition	
Objectif(s)	Déterminer des critères d'éligibilité aux hébergements non médicalisés pour patients, dans le cadre du cahier des charges de l'expérimentation DOGOS sur ce type de prise en charge.
Professionnel(s) concerné(s)	
Demandeur	DGOS
Promoteur	HAS
Pilotage du projet	Isabelle HIRTZLIN
Participants	Relecteurs groupe lecture, IGR
Recherche documentaire	Emmanuelle BLONDET, Yasmine LOMBRY
Auteurs de l'argumentaire	Margot DUPUY, Isabelle HIRTZLIN
Validation	
Autres formats	
Documents d'accompagnement	

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :
www.has-sante.fr