



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Rapport au Parlement
relatif à l'expérimentation des hébergements
temporaires non médicalisés pour patients**

Article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 :

« Un rapport d'évaluation est réalisé au terme de l'expérimentation et fait l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement ».

Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients :

« Les établissements de santé participant à l'expérimentation remettent chaque année un rapport d'évaluation au ministre chargé de la santé et à l'agence régionale de santé. L'évaluation de chaque site expérimentateur est réalisée par l'agence régionale de santé après deux années de fonctionnement. L'évaluation nationale de l'expérimentation est réalisée par le ministère chargé de la santé un an avant l'échéance de l'expérimentation ».

Sommaire

1. Introduction	3
1.1. Le concept d'hébergement temporaire non médicalisé pour patients	3
1.2. Le cadre de l'expérimentation	3
1.3. Les établissements expérimentateurs	4
1.4. Le cadre de l'évaluation de cette expérimentation	5
1.5. Les établissements ayant participé à l'évaluation	6
2. Les objectifs initiaux de l'expérimentation	7
2.1. Une triple ambition pour les expérimentateurs : améliorer la qualité des soins, fluidifier les parcours patients et optimiser les organisations hospitalières	7
2.2. Un hébergement non médicalisé principalement destiné à accompagner les prises en charge courtes	8
2.3. Un objectif initial ambitieux en matière de développement des hébergements non médicalisés sur la période 2017-2018	9
3. La mise en place de l'expérimentation et ses modalités d'organisation	10
3.1. Un démarrage effectif pour 29 expérimentateurs	10
3.2. Différents modèles de services mis en place pour les patients	10
3.3. Des modèles également variés de gestion administrative par les expérimentateurs	12
3.4. Une attention particulière accordée au respect des recommandations de la HAS en matière d'éligibilité, d'information des patients et de procédures de sécurité	13
4. L'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation	15
4.1. Une activité globale d'hébergement très en-deçà des objectifs initiaux mais qui progresse	15
4.2. Une activité tractée par quelques expérimentateurs « têtes de pont » et un démarrage plus progressif pour les autres	16
4.3. De nombreux facteurs qui ont influencé et parfois freiné le déploiement de l'expérimentation	17
4.4. Des profils de patients hébergés plutôt homogènes entre expérimentateurs	18
4.5. Un hébergement non médicalisé qui s'insère effectivement dans un cadre de prises en charge plutôt courtes et peu sévères mais qui se diversifie	19
5. Les impacts liés à l'expérimentation	21
5.1. Un taux de satisfaction des patients particulièrement élevé	21
5.2. Une prestation s'inscrivant dans un cadre globalement sécurisé	21
5.3. Des impacts organisationnels peu évalués à ce jour	22
6. Le référentiel médico-économique de l'expérimentation	24
6.1. Un tarif de la nuitée dépendant du modèle d'hébergement mis en œuvre	24
6.2. Un hébergement globalement pris en charge par les établissements	24
6.3. Un modèle économique qui a permis le lancement de l'expérimentation mais qui semble présenter, d'après les établissements, des limites pour en accompagner le développement	25
6.4. Un seuil à franchir pour garantir l'équilibre du modèle économique ?	26
7. Synthèse et conclusions	28

1. Introduction

1.1. Le concept d'hébergement temporaire non médicalisé pour patients

Dans le cadre du parcours de soins, l'hébergement non médicalisé à proximité des établissements de santé s'inscrit dans une logique consistant à distinguer de plus en plus les besoins de soins nécessitant une intervention ou une surveillance hospitalière et le besoin d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval de ces prises en charge hospitalières.

Il a vocation à contribuer à l'amélioration de la qualité et à la pertinence des prises en charge hospitalières, le tout dans un cadre sécurisé :

- Réduire le séjour des patients au strict temps utile et nécessaire dans la structure en fonction des besoins en soins des patients ;
- Permettre aux ressources hospitalières de se concentrer sur les soins par une meilleure différenciation entre soins et hébergement ;
- Augmenter le confort du patient, éviter des trajets fatigants ou des navettes fréquentes induisant, par là même, une diminution du recours aux transports sanitaires.

Il doit aussi permettre aux établissements de santé de développer des marges de manœuvre capacitaires et d'optimiser les prises en charge :

- Générer de nouvelles marges de manœuvre pour les établissements permettant de libérer des capacités d'hospitalisation complète et/ou d'optimiser l'organisation ou le dimensionnement des unités de soins ;
- Réduire les durées moyennes de séjours (DMS) et les coûts associés aux soins.

Au final, ces hébergements non médicalisés, mobilisés en fonction des besoins patients (ex. : situation sociale ou géographique des patients, protocole de soins), des indications de l'équipe de soins et de l'environnement (filières de soins), pourraient constituer une nouvelle modalité de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète.

1.2. Le cadre de l'expérimentation

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale 2015 a autorisé, pour une durée de 3 ans et à titre expérimental, les établissements de santé à proposer une prestation d'hébergement temporaire non médicalisée pour leurs patients en amont ou en aval de leur hospitalisation.

Le décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients est venu ensuite préciser les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation :

- Les caractéristiques de la prestation : temporaire, programmée, non médicalisée, en amont ou en aval de l'hospitalisation ;
- Les critères d'éligibilité des patients conformément aux recommandations de la HAS¹ : patients consentants, autonomes sur les plans moteur et cognitif et ne nécessitant pas de surveillance ou d'installation médicale ;
- Les modalités de recueil du consentement du patient portant sur le fait que la personne hébergée n'est pas placée sous la responsabilité de l'établissement de santé et sur sa contribution plafonnée au forfait journalier hospitalier par nuitée ;

¹ HAS, Rapport d'orientation « critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé », novembre 2015.

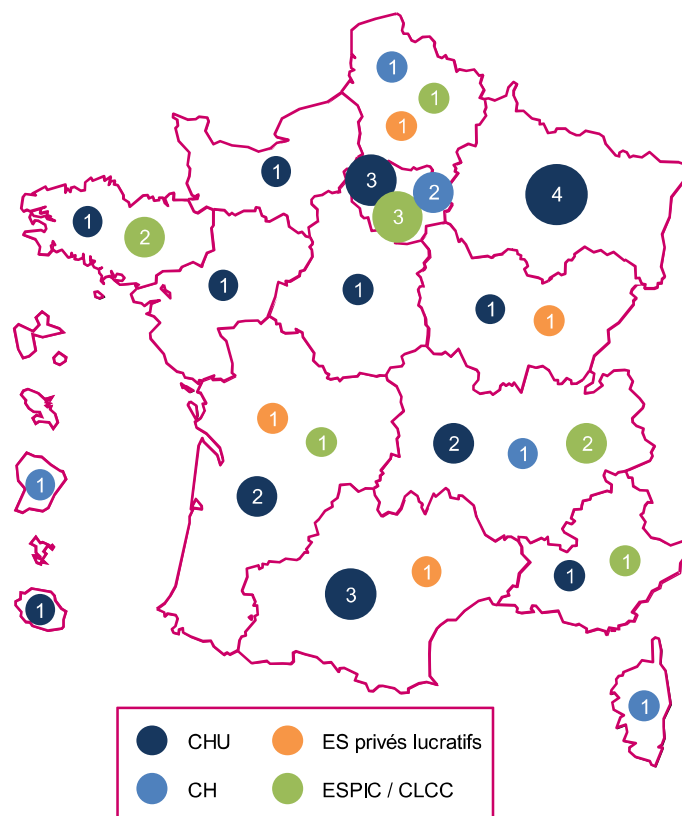
- Les modalités de réalisation : au sein d'un établissement de santé dans des lieux distincts des soins ou par délégation auprès d'un prestataire ;
- Les modalités d'accompagnement : possibilité d'accompagnement financier des établissements par le Fonds d'Intervention Régionale (FIR).

1.3. Les établissements expérimentateurs

Ce sont 41 sites d'établissements, de tous statuts et répartis sur l'ensemble du territoire national, qui ont été retenus par arrêté en date du 6 juillet 2017 pour participer à l'expérimentation dans le cadre de l'appel à projets national.

Les 41 sites retenus sont les suivants :

- Groupe hospitalier Est, hôpital femme mère enfant (HCL), Lyon ;
- Centre régional de lutte contre le cancer Léon Bérard, Lyon ;
- Centre hospitalier universitaire Estaing, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, Clermont-Ferrand ;
- Centre hospitalier Annecy Genevois, Pringy ;
- Infirmerie protestante de Lyon, Caluire-et-Cuire ;
- Centre hospitalier universitaire de Dijon ;
- Clinique du Parc, Autun ;
- Centre Eugène Marquis, Rennes ;
- Centre hospitalier universitaire de Rennes ;
- Centre mutualiste de rééducation de Kerpape, Ploemeur ;
- Centre hospitalier universitaire de Tours ;
- Centre hospitalier de Bastia ;
- Centre hospitalier régional universitaire de Nancy (Institut de cancérologie de Lorraine), Vandœuvre-lès-Nancy ;
- Centre hospitalier universitaire de Reims ;
- Centre hospitalier régional de Metz-Thionville ;
- Hôpitaux universitaires de Strasbourg ;
- Centre hospitalier de Cayenne ;
- Centre hospitalier de Valenciennes ;
- Centre Oscar Lambret, Lille ;
- Clinique Victor Pauchet de Butler, Amiens ;
- Hôpital Robert Debré (AP-HP), Paris ;
- Hôpital Necker (AP-HP), Paris ;
- Hôpital Bichat (AP-HP), Paris ;
- Institut de Cancérologie Gustave Roussy, Villejuif ;
- Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingt, Paris ;
- Institut Curie, sites d'Orsay et Paris ;
- Hôpital Foch, Suresnes ;
- Centre hospitalier intercommunal Poissy-Saint-Germain ;
- Centre hospitalier universitaire de Caen
- Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, Talence ;
- Institut Bergonié, Bordeaux ;
- Centre hospitalier universitaire de Limoges ;
- Polyclinique de Limoges ;
- Centre hospitalier universitaire de Montpellier ;
- Centre hospitalier universitaire de Nîmes ;
- Centre hospitalier universitaire de Toulouse ;
- Clinique Pasteur, Toulouse ;
- Centre hospitalier universitaire de La Réunion ;
- Centre hospitalier universitaire de Nantes ;
- Institut Paoli Calmettes, Marseille ;
- Centre hospitalier universitaire de Nice.



Répartition par région et par statut des 41 sites expérimentateurs

1.4. Le cadre de l'évaluation de cette expérimentation

Conformément aux dispositions réglementaires, un arrêté en date du 29 avril 2019 a précisé le processus d'évaluation de cette expérimentation ainsi que la trame de rapport associée.

Plus spécifiquement, la trame de rapport d'évaluation proposée s'attache à analyser les différentes composantes de l'expérimentation et à recueillir les informations suivantes :

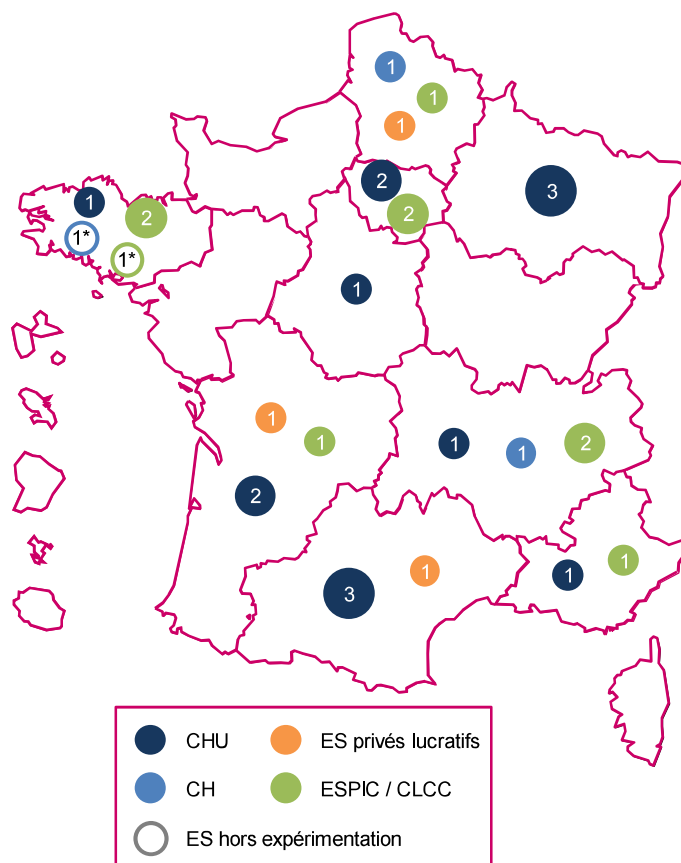
- Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et d'organisation de la prestation ;
- Le nombre et le profil des patients ayant bénéficié de la prestation d'hébergement ;
- L'activité de la structure d'hébergement et ses liens avec l'établissement de santé ;
- Le profil des séjours hospitaliers associés aux prestations d'hébergement ;
- Le niveau de satisfaction des patients ayant bénéficié de cette expérimentation ;
- Les impacts estimés sur les transports de patients ;
- Et les moyens mis en place et les équilibres et impacts économiques constatés par l'établissement.

Pour répondre à ces attentes, les établissements de santé expérimentateurs ont été invités à envoyer un rapport d'évaluation complété à leur ARS au plus tard le 28 juin 2019 pour la période 2017-2018 de l'expérimentation. Les ARS ont ensuite disposé d'un délai d'un mois pour transmettre au ministère l'évaluation de l'établissement ainsi que leur avis motivé.

C'est sur la base de ces éléments que le présent rapport d'évaluation a été élaboré et qu'il présente un tour d'horizon des réalisations de cette expérimentation.

1.5. Les établissements ayant participé à l'évaluation

Parmi les 41 expérimentateurs, 28 ont participé à l'évaluation au titre des années 2017-2018 soit un taux de réponse de 68%. 2 établissements bretons (le CH de Paimpol et la Fondation Yldis) non inclus dans l'expérimentation mais ayant développé par ailleurs des prestations d'hébergement non médicalisé conformes à son cahier des charges ont également adressé leur évaluation, portant ainsi à 30 le nombre de répondants.



Répartition par région et par statut des 30 sites répondants

Sur les 13 établissements n'ayant pas transmis de rapport, 2 établissements ont indiqué avoir abandonné l'expérimentation, 4 n'ont pas débuté l'expérimentation à la date de l'évaluation et aucune précision n'a été apportée pour les 7 autres.

En retraitant les établissements ayant abandonné ou n'ayant pas débuté l'expérimentation et en intégrant les 2 nouveaux établissements participant à l'évaluation, le taux de réponse s'établit à 81% (30 établissements sur 37).

Ainsi, hormis la moindre représentation des centres hospitaliers et de certaines régions (Outre-Mer notamment), l'échantillon des répondants demeure globalement représentatif.

En revanche, compte tenu de l'hétérogénéité des réponses apportées par question, le nombre de répondants est régulièrement précisé par thématique dans la suite du rapport. Quelques retraitements et corrections de « bon sens » ont aussi été opérés, eu égard à l'incohérence de certaines réponses.

2. Les objectifs initiaux de l'expérimentation

2.1. Une triple ambition pour les expérimentateurs : améliorer la qualité des soins, fluidifier les parcours patients et optimiser les organisations hospitalières

À la question de la finalité poursuivie dans le cadre de l'expérimentation, les réponses apportées par les expérimentateurs se sont principalement concentrées sur :

- L'amélioration de la qualité des soins, en particulier par un maintien ou un retour précoce à l'autonomie du patient ;
- La fluidification des parcours des patients : diminution des durées moyennes de séjour hospitalier, diminution des délais d'attente pour une prise en charge ;
- L'optimisation des organisations notamment en matière de capacitaire et de pratiques.

Principaux objectifs poursuivis par les expérimentateurs	Occurrences (sur 28)
Amélioration de la qualité des soins en favorisant l'autonomie du patient	17
Diminution des DMS	15
Promotion des pratiques ambulatoires	15
Fluidification des parcours	14
Optimisation du capacitaire	7
Diminution des temps d'attente pour une prise en charge	7
Satisfaction des patients	6
Optimisation des dépenses de transports	6
Réduction des infections nosocomiales	3
Réalisation d'économies sur les dépenses Assurance Maladie	3
Accessibilité des soins pour des patients éloignés	3
Évolution des pratiques des équipes de soins	3

Zoom sur l'ambition du projet initial du CHU de Bordeaux :

Le projet constitue une action prioritaire du projet d'établissement 2016-2020. L'objectif est de proposer une offre d'hébergement temporaire non médicalisée visant à l'amélioration d'une prise en charge des patients dans le cadre des séjours ambulatoires et de séances et/ou actes d'imagerie invasifs.

Pour les activités de chirurgie, le CHU de Bordeaux souhaite conforter des organisations de soins et des circuits patients adaptés à l'activité ambulatoire et accompagner la révision capacitaire de ce secteur d'activité. Pour les activités de médecine, l'objectif est la diminution du nombre de séjours médicaux en hospitalisation complète de courte durée au profit des séjours ambulatoires en hôpital de jour. L'objectif est d'optimiser les flux patients à chaque étape de leur parcours.

Il s'agit de favoriser, avec son consentement, l'autonomie du patient et de fait réduire les coûts liés au transport sanitaire.

Pour mesurer l'atteinte de ces objectifs, les établissements ont retenu différents indicateurs :

- Des indicateurs d'activité : nombre de patients bénéficiant d'un hébergement non médicalisé, nombre de nuitées d'hébergement ;
- Des indicateurs de satisfaction patient ;
- Des indicateurs d'impact organisationnel : évolution de la DMS, taux d'ambulatoire ;
- Des indicateurs relatifs à la sécurité des soins : taux de ré-hospitalisation, taux de recours aux urgences pendant la prestation d'hébergement, nombre d'évènements indésirables ;
- Des indicateurs médico-économiques liés, en particulier, aux transports évités.

Principaux indicateurs de suivi choisis par les expérimentateurs	Occurrences (sur 27)
Nombre de patients bénéficiaires de l'hébergement non médicalisé	19
Taux de satisfaction des patients	15
Évolution de la DMS	11
Taux de prises en charge ambulatoire	9
Nombre de nuitées en hébergement non médicalisé	8
Transports et coûts associés épargnés	8
Taux de ré-hospitalisation	6
Taux de recours aux urgences pendant l'hébergement	2
Nombre d'événements indésirables	2

2.2. Un hébergement non médicalisé principalement destiné à accompagner les prises en charge courtes

En lien avec les objectifs de développement des prises en charge ambulatoires et de fluidification des parcours, ce sont principalement les séjours ambulatoires qui avaient vocation, dans les projets initiaux, à mobiliser les services d'hébergement non médicalisé :

Modalités de prises en charge liées à la prestation d'hébergement	Occurrences (sur 27)
Séances	16
Hospitalisation de jour (médecine)	15
Hospitalisation complète et/ou hospitalisation de semaine	11
Chirurgie ambulatoire	8
Actes et consultations externes	3

Au-delà des critères d'éligibilité des patients et de la modalité de prise en charge, certains expérimentateurs avaient, en fonction de leur activité, ciblé des indications plus spécifiques dans le cadre de cette expérimentation :

- Veille d'admission en chirurgie ou en médecine (patients géographiquement éloignés nécessitant une préparation, une consultation ou un bilan préopératoire la veille mais sans besoin de surveillance particulier la nuit précédant l'intervention) ;
- Séances et bilan itératifs (radiothérapies, chimiothérapies, bilans de rhumatologie ou de dermatologie) ;
- Sortie d'hospitalisation, notamment dans l'attente du suivi et contrôle post-opératoires ;
- Prise en charge de parturientes en ante et post-partum immédiat.

Zoom sur les parcours de soins ciblés par la clinique Victor Pauchet d'Amiens :

1/ Éviter des transports en ambulance inutiles notamment pour les patients ayant des pathologies lourdes en cancérologie.

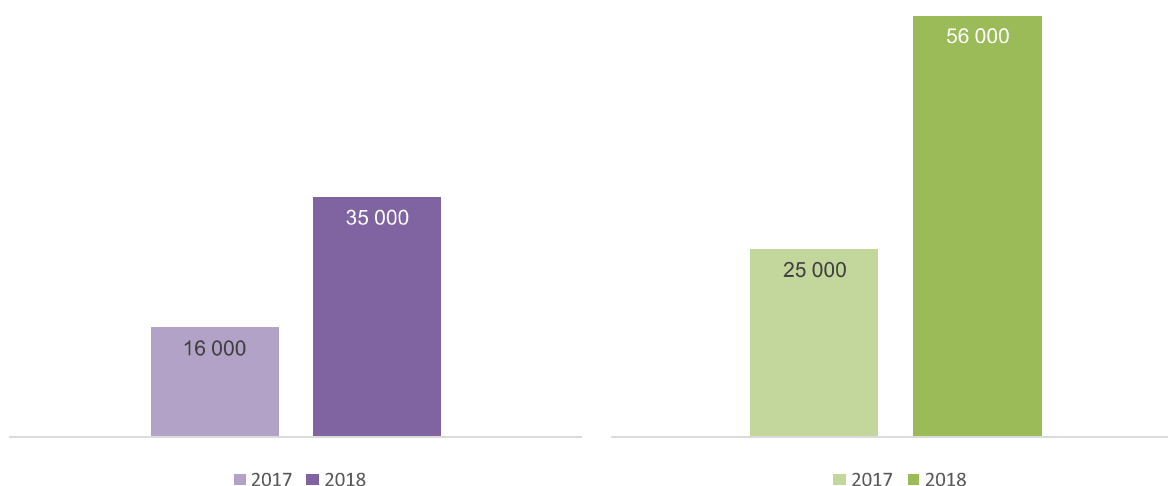
2 / Éviter des retours dans l'établissement le lendemain de la sortie d'hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire) pour effectuer des contrôles à des heures précoces sur des trajets de plus de 50 km principalement en ophtalmologie et notamment pour les cataractes.

3/ Pour les séances de rééducation (entre 3 et 5 séances par semaine) le maintien du patient à proximité permet à la fois d'éviter la fatigue des transports avec un gain économique sur le nombre de transports entre les séances de rééducation pour les patients éloignés de plus de 50 km de la structure, élargissant ainsi les indications d'HDJ en rééducation, transformant ainsi un certain nombre d'hospitalisations complètes en hospitalisation de jour.

2.3. Un objectif initial ambitieux en matière de développement des hébergements non médicalisés sur la période 2017-2018

Sur la base de 28 retours d'établissements, l'objectif initial des projets des sites expérimentateurs était d'assurer 25 000 nuitées d'hébergement non médicalisé dans le cadre de 16 000 séjours dès 2017 avec une montée en charge amenant à 56 000 nuitées dans le cadre de 35 000 séjours en 2018.

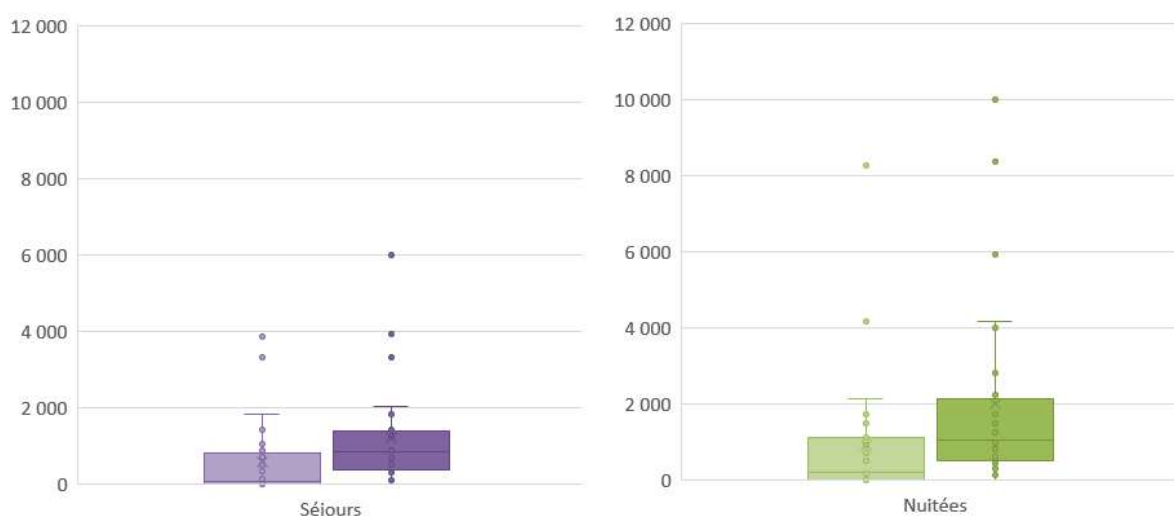
Par établissement, il s'agissait ainsi de proposer 900 nuitées en moyenne en 2017 (2,5 nuitées par jour) et 2000 nuitées en 2018 (5,5 nuitées par jour).



Objectifs de nombre total de séjours concernés (gauche) et de nombre total de nuitées d'hébergement (droite) en 2017-2018

Le niveau d'ambition proposé par les expérimentateurs paraît relativement homogène, une très grande majorité affichant un objectif compris entre 500 et 2000 nuitées par an en 2017 et 2018.

Quelques sites expérimentateurs (CHU de Montpellier, CHU de Toulouse, CHU de Tours et Institut Gustave Roussy) se détachent toutefois avec des objectifs supérieurs à 4000 nuitées en 2017 et à plus de 6000 nuitées en 2018. A eux seuls, ces quelques sites représentent environ un tiers voire la moitié des objectifs.



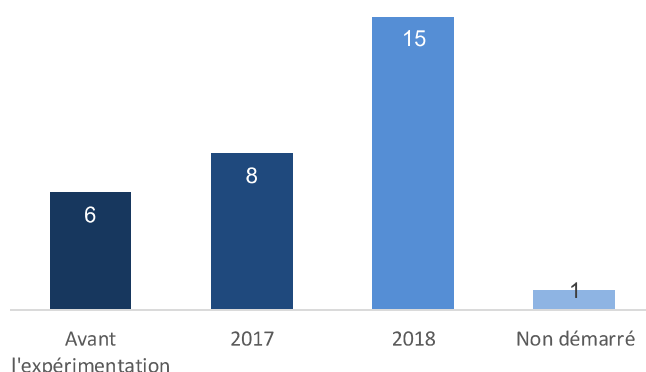
Répartition des objectifs par site de nombre de séjours concernés (gauche) et de nombre total de nuitées d'hébergement (droite) en 2017-2018

3. La mise en place de l'expérimentation et ses modalités d'organisation

3.1. Un démarrage effectif pour 29 expérimentateurs

Les 30 répondants ont indiqué une date de démarrage :

- 6 établissements avaient déjà déployé une activité d'hébergement en amont de l'expérimentation, pour certains d'entre eux depuis plusieurs années voire décennies (CLCC Eugène Marquis, Fondation Ildys, CHU Reims, Institut Gustave Roussy, Institut Bergonié, CRLCC Léon Bérard) ;
- 8 établissements ont démarré l'expérimentation en 2017 ;
- Et 15 autres en 2018.

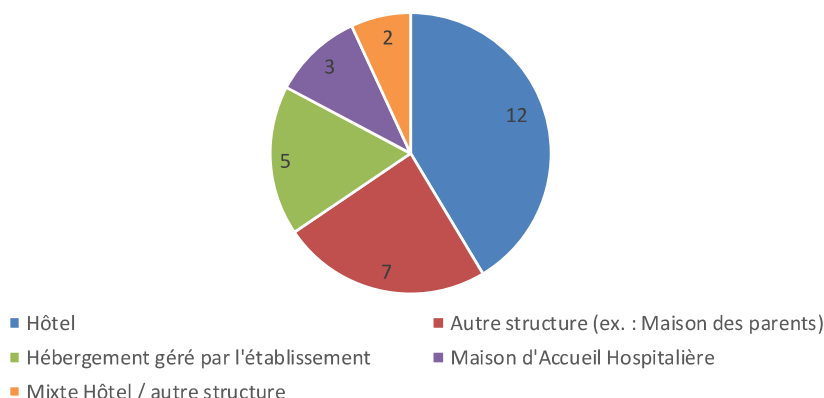


Répartition des expérimentateurs par date de démarrage

Le CH de Valenciennes, n'a pas engagé l'expérimentation à ce jour du fait de l'incompatibilité des disponibilités des hôtels partenaires potentiels identifiés. L'établissement se tourne désormais vers le déclassement du domaine public d'un bâtiment non utilisé qui serait mis à la disposition d'un prestataire extérieur à compter de 2021.

3.2. Différents modèles de services mis en place pour les patients

Pour une grande partie d'entre eux, les expérimentateurs se sont appuyés sur un partenaire externe pour mettre en place les prestations d'hébergement. 12 sites ont fait appel à des hôtels commerciaux ; 10 d'entre eux à des structures de type associatif (ex. : maison d'accueil hospitalière ou maison des parents) et 2 à ces deux types de partenaires.



Répartition des types d'hébergement mis en place

Il convient de souligner que 5 établissements (l'Institut Paoli Calmettes, le CRLCC Léon Bérard, l'Infirmierie Protestante, la Fondation Ildys, le CMRRF Kerpape) ont souhaité

développé cette prestation en interne, au sein même de l'établissement ou dans des biens immobiliers en leur possession.

Zoom sur l'hébergement mis en place au CMRRF Kerpape :

A l'occasion de la construction du SSR de Keraliguen (ouvert en octobre 2012) sur le site de Kerpape, un ensemble de chambres et d'appartements a été aménagé en rez-de-chaussée du bâtiment en vue d'accueillir et d'héberger tout public.

La structure d'hébergement se compose de : 8 chambres de 18 m² chacune, entièrement équipées et accessibles (lit 1 place, grande armoire de rangement, bureau et sanitaire aux normes en vigueur) ; 1 appartement de 55 m², entièrement équipé et accessible (petit bloc cuisine, lit 2 places, clic-clac et coin salon, grande armoire de rangement, bureau et sanitaire aux normes en vigueur) et un espace commun d'environ 30m² avec cuisine entièrement équipée, tables et chaises pour une quinzaine de personnes et petit mobilier de rangement.

La plupart des établissements proposent à la fois des chambres individuelles ou des chambres doubles dans les cas où le patient est accompagné. Quelques établissements recourent plutôt à des studios voire des appartements équipés.

Le contenu de la prestation inclut la nuitée et le petit déjeuner et, dans certains cas, le repas du soir.

Zoom sur l'hébergement mis en place à la clinique Pasteur de Toulouse :

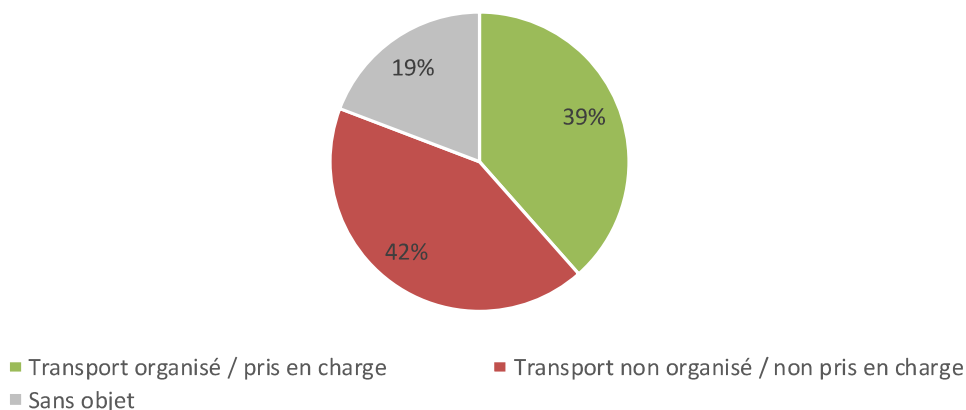
L'hébergement est un appartement studio pour 1 ou 2 personnes dans une résidence hôtelière avec laquelle l'établissement a établi une convention.

Les prestations prises en charge sont : l'appartement studio pour 1 ou 2 personnes (avec 2 lits « twins », une kitchenette équipée, un espace bureau et une salle de bains), la taxe de séjour, le petit déjeuner et une « box » dîner pour le patient.

Les prestations non prises en charge sont : la taxe de séjour de l'accompagnant, le petit déjeuner de l'accompagnant (5 €) et la « box » dîner de l'accompagnant (9 €).

Une dizaine d'établissements expérimentateurs font bénéficier les patients d'un système de transports pour se rendre sur le lieu d'hébergement (ex. : navettes ou prise en charge de taxis ou du transport en commun). En revanche, 42% des établissements n'ont pas mis en place d'organisation dédiée à l'acheminement des patients sachant que pour la plupart d'entre eux l'hébergement est accessible à pied ou en transport en commun. Les patients sont ainsi invités à se rendre sur le lieu d'hébergement par leurs propres moyens.

Dans 5 cas, l'établissement a indiqué qu'un transport était sans objet compte tenu de la proximité immédiate du lieu d'hébergement.



Répartition des expérimentateurs selon l'organisation des transports

Zoom sur le système de transports mis en place à Gustave Roussy :

Les structures hôtelières sont situées à 300 et 400 mètres de Gustave Roussy, sur un trajet en pente. Une navette électrique est mise à disposition pour les patients pour effectuer les trajets entre Gustave Roussy et leur lieu d'hébergement. La navette dessert Gustave Roussy et les deux structures hôtelières toutes les 15 minutes.

3.3. Des modèles également variés de gestion administrative par les expérimentateurs

Concernant la procédure de choix de leurs partenaires, les expérimentateurs se sont conformés aux procédures de marché en vigueur. Une vingtaine d'établissements a ainsi indiqué avoir recouru à un marché à procédure adaptée (MAPA).

Dans plusieurs cas, les établissements ont mis en place des outils pour faciliter la gestion et la réservation des prestations :

- 5 établissements se sont appuyés sur des outils internes (ex. : intranet, logiciel de gestion des lits) ;
- 5 établissements ont mis en place des outils partagés avec leur partenaire (ex. : agendas partagés, espaces informatiques partagés) ;
- 2 établissements utilisent le système de réservation du partenaire hôtelier.

Dans les autres cas, les réservations sont réalisées par transmission de la demande par mail ou par téléphone. Ce sont le plus souvent le bureau des entrées, la cellule de gestion des lits ou encore directement les services qui prennent en charge les réservations. A noter cependant, pour 2 expérimentateurs, ce sont les patients qui réalisent eux-mêmes leur réservation.

Quand la prestation est déléguée à un tiers, un plafond maximum de chambres mobilisables a été convenu avec ce tiers dans une très grande majorité des expérimentations.

Zoom sur le système de réservation mis en place au CHU de Montpellier :

Le CHU a conçu un outil de réservation avec le logiciel SharePoint. Ce logiciel permet d'avoir la possibilité de réserver, par hôtel, une chambre à partir d'un calendrier électronique. Une fiche de réservation est à remplir et après validation un mail de demande de confirmation de la réservation est adressé à l'hôtel et qui, en retour, confirme au CHU la réservation. Le logiciel bloque la possibilité de réserver une chambre à J-7 conformément à la contrainte prévue par le marché.

Zoom sur le système de réservation mis en place au CRLCC Léon Bérard :

La réservation des appartements de proximité se fait via un outil interne de gestion des lits. Les réservations sont centralisées et gérées en interne par le « bed manager ».

Le centre a mis en place un système logiciel hôtelier pour la gestion de clés, qui pour plus de fluidité sont électroniques. Ces clés sont remises aux patients selon le planning d'occupation, par l'accueil principal pendant les heures ouvrées et par l'accueil de continuité en dehors de ces dernières.

En matière de facturation, conformément au cadrage de l'expérimentation, les établissements prennent bien en charge les frais de nuitée avec un reste à charge pour le patient nul ou limité au forfait journalier et aux frais liés à la restauration (petit déjeuner et autres). Dans quelques cas, les mutuelles participent à la prise en charge financière du dispositif au titre de la garantie relative aux chambres particulières ou au forfait accompagnant.

Le circuit de facturation est, quant à lui, formalisé et globalement homogène entre les expérimentateurs. La traçabilité de la demande d'hébergement est assurée soit par l'outil de suivi mis en place soit par la fiche de réservation (en cohérence avec les dates d'hospitalisation du patient). Le « service fait » peut être ainsi constaté et vérifié sur la base de ces éléments soit par le bureau des entrées soit par les services administratifs (ex. : direction des achats).

Zoom sur le système de réservation mis en place au CHU de Montpellier :

Les hôtels adressent les factures par mail ou courrier au Service Achats du CHU. Le Service achat ayant accès au logiciel de réservation, il vérifie, à la réception des factures des hôtels, que les réservations sont validées par le CHU et les met alors dans le circuit de paiement (circuit dématérialisé : liquidation / mandatement / transmission à la trésorerie). Un suivi par hôtel des réservations et factures reçues est réalisé via un fichier EXCEL.

3.4. Une attention particulière accordée au respect des recommandations de la HAS en matière d'éligibilité, d'information des patients et de procédures de sécurité

Les établissements ont très souvent mis en application une grille d'éligibilité calquée sur les recommandations de la HAS.

En matière d'accord et d'information du patient, le patient bénéficie ainsi d'une information par voie orale et écrite par l'équipe de soins (médecin ou infirmier le plus souvent). Des documents présentant le dispositif, les modalités de la procédure d'urgence, la prise en charge financière, les modalités d'accès à l'hébergement ainsi que le formulaire de consentement sont en place. Plusieurs établissements remettent aussi au patient un questionnaire de satisfaction.

En matière de caractéristiques des patients, les critères sur lesquels s'appuient les expérimentateurs sont les suivants :

- Critères d'autonomie : autonomie complète du patient sur le plan moteur et cognitif ;
- Critères médicaux : absence de besoin de surveillance continue médicale ou paramédicale par les professionnels de santé ; absence de besoin d'installation médicale et technique lourde ; patient non porteur d'agents pathogènes à risque de transmission directe ou via l'environnement.

Les expérimentateurs ont également privilégié les patients résidant à plus de 50 kilomètres de l'établissement, sans que ce facteur d'éloignement géographique soit considéré comme une condition strictement nécessaire de l'accès à l'hébergement non médicalisé.

Zoom sur les modalités de détermination de l'éligibilité des patients au CH de Paimpol :

Lors de la préparation des pré-admissions, au regard des différents courriers médicaux et des renseignements administratifs, une pré-sélection des patients éligibles est établie par le cadre du service suivant les critères suivants :

- *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 soit environ 30 mn de trajet) ;*
- *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.*

Les procédures en cas d'urgence vitale survenant dans le site d'hébergement ou de recours à un appel médical urgent sont globalement homogènes, formalisées et communiquées aux patients. Les consignes transmises par la plupart des expérimentateurs consistent à faire appel au SAMU pour une urgence vitale. En dehors des cas d'urgence vitale, plusieurs établissements proposent également aux patients de se rapprocher de leur service d'urgence ou directement du service les prenant en charge, notamment en cas de proximité géographique entre le lieu d'hébergement et l'établissement.

Zoom sur les procédures d'urgence mises en place à Gustave Roussy :

En cas d'hébergement non-médicalisé en amont de la prise en charge médicale, l'équipe soignante informe le patient lors de la programmation du protocole de soins et oriente le patient vers le bureau de « gestion des lits » qui transmet toutes les informations pratiques, dont la procédure en cas d'urgence. En cas d'hébergement en aval, la procédure est identique au protocole de sortie du patient : l'équipe soignante remet au patient les formalités de sortie et les numéros de contact utiles.

En cas d'urgence :

- *A Gustave Roussy, il existe un service d'urgences spécialisées en cancérologie, réservé uniquement aux patients pris en charge à Gustave Roussy. Il ne traite que les symptômes urgents liés à la pathologie oncologique des patients.*
- *Avant de venir aux urgences, Gustave Roussy recommande aux patients de contacter en premier lieu leur médecin traitant ou le secrétariat de leur médecin référent de Gustave Roussy, qui pourra éventuellement décider d'orienter le patient vers ce service d'urgences.*
- *En cas d'urgence non liée à la pathologie ou pour des urgences vitales, les notes d'information indiquent au patient de contacter sans délai le SAMU.*

En revanche, le recueil des dysfonctionnements et des événements indésirables demeure plus hétérogène et semble moins formalisé.

Les vecteurs de recueil sont ainsi multiples selon les expérimentateurs considérés : questionnaire de satisfaction ; échange entre le patient et l'équipe de soins ou un membre de l'établissement ; message du patient auprès de l'équipe en charge de l'expérimentation, de la commission des usagers ou du médiateur de l'établissement ; échange entre l'établissement et son partenaire hôtelier.

Cette hétérogénéité se retrouve sur le processus de traitement de ces dysfonctionnements et événements indésirables. Si un logiciel centralisé est mis en œuvre dans certains cas, le traitement repose plus souvent sur des fiches de déclaration. L'analyse des événements suit parfois le processus institutionnel de traitement et de revue des événements indésirables ou est partagée dans le cadre de la gouvernance installée pour l'expérimentation.

Zoom sur le processus de gestion des évènements indésirables en place au CHU de Limoges :

Le CHU de Limoges dispose d'un logiciel de déclaration d'évènements indésirables permettant aux services d'identifier tout dysfonctionnement en lien avec le dispositif. Le service déclarant est informé de la réponse par le référent qualité en charge du suivi de l'expérimentation.

En cas de détection d'un dysfonctionnement par le partenaire hôtelier, un mail est adressé au référent qualité du CHU en charge du suivi de l'expérimentation pour analyse et suivi en lien avec le service prescripteur. Les actions décidées suite au dysfonctionnement sont communiquées par mail au partenaire. En cas de dysfonctionnement lié à l'hôtel, le dysfonctionnement est transmis par mail par le CHU au partenaire pour analyse et suivi.

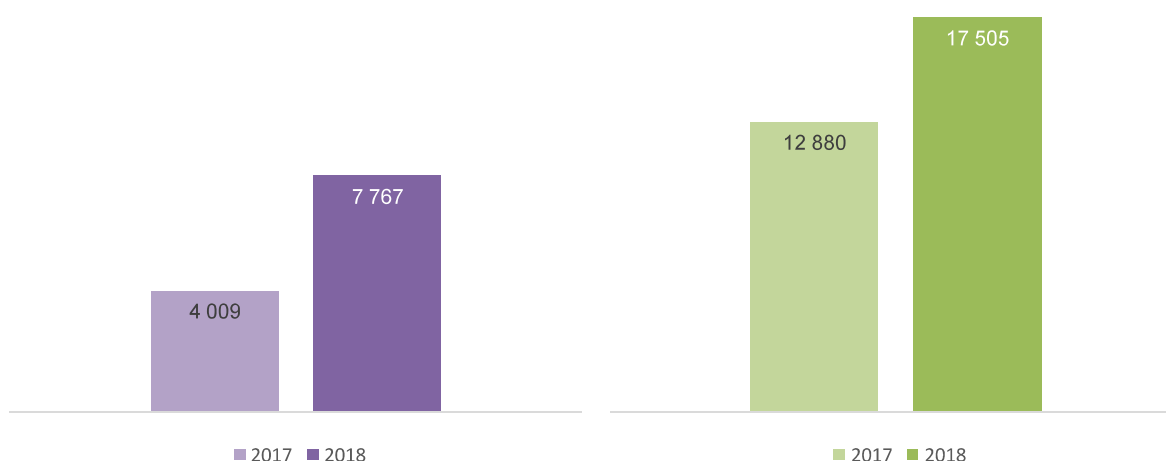
Un suivi périodique est réalisé lors des comités techniques de l'expérimentation réunissant les différents partenaires.

4. L'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation

4.1. Une activité globale d'hébergement très en-deçà des objectifs initiaux mais qui progresse

Le nombre de séjours et de nuitées d'hébergement est en-deçà des objectifs initialement fixés par les expérimentateurs. Le taux de réalisation des objectifs peut globalement être évalué autour de 30% :

- 4 009 séjours réalisés en 2017 pour un objectif initial de 16 000 en 2017 (25% de l'objectif) ;
- 12 880 nuitées réalisées en 2017 pour un objectif initial de 35 000 en 2017 (37% de l'objectif) ;
- 7 767 séjours réalisés en 2018 pour un objectif initial de 25 000 en 2018 (31% de l'objectif) ;
- 17 505 nuitées réalisées en 2018 pour un objectif initial de 56 000 en 2018 (31% de l'objectif) ;



Nombre total de séjours (gauche) et de nombre de nuitées d'hébergement (droite) réalisés en 2017-2018

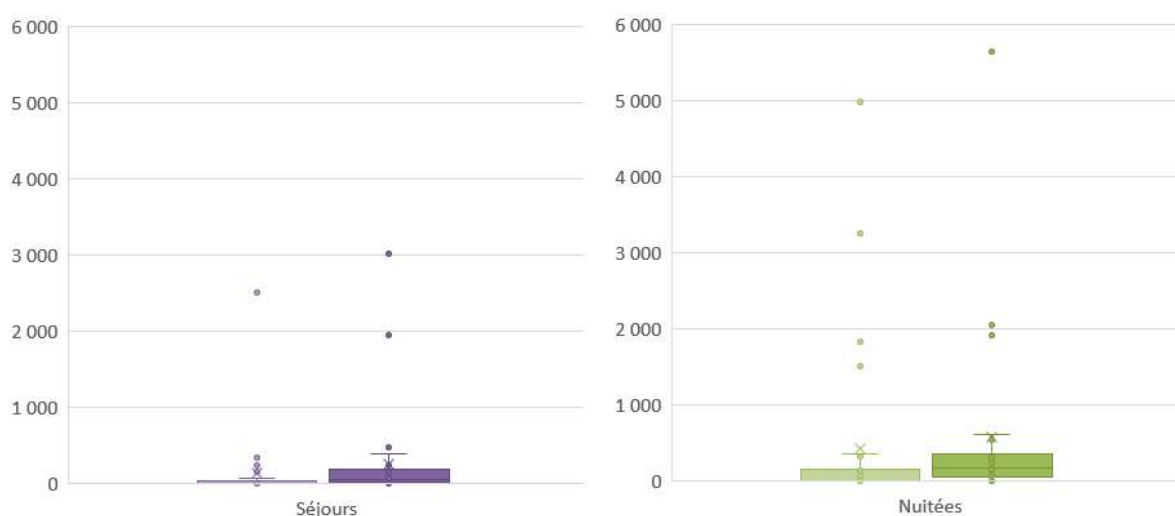
Il convient toutefois de souligner la progression de l'activité entre 2017 et 2018. En effet, si le nombre de nuitées d'hébergement a augmenté de 36%, le nombre total de séjours a presque doublé en l'espace d'un an.

4.2. Une activité tractée par quelques expérimentateurs « têtes de pont » et un démarrage plus progressif pour les autres

L'activité d'hébergement non médicalisé demeure, sur les 2 premières années d'expérimentation, concentrée sur quelques sites expérimentateurs.

Sur la période, l'activité de l'Institut Gustave Roussy, l'Hôpital Foch, la Fondation Ildys, le CRLCC Léon Bérard et le CHU de Toulouse représentent ainsi environ 75% des séjours intégrant une prestation d'hébergement non médicalisé et des nuitées d'hébergement.

Il convient de noter que parmi ces 5 « têtes de pont », 3 d'entre elles avaient déjà mis en place un dispositif d'hébergement non médicalisé pour patients en amont de l'expérimentation nationale.



Répartition par site du nombre de séjours concernés (gauche) et du nombre total de nuitées d'hébergement réalisées (droite) en 2017-2018

En dehors de ses sites expérimentateurs « têtes de pont », l'activité se situe à un niveau encore faible pour les autres sites : 75 séjours en moyenne pour 150 nuitées d'hébergement par établissement en 2018.

Zoom sur l'écart objectif-réalisé au CHU de Tours :

Les objectifs initiaux (6 000 séjours et 10 000 nuitées en 2018) se fondaient sur une extrapolation in abstracto du potentiel transférable en hôtel hospitalier (réduction d'un jour sur les séjours ciblés, transfert systématique vers l'ambulatoire des séjours de 1 jour et de 50% des 2 jours ; intégration de l'ensemble des séjours de séances itératives), sans que l'analyse initiale et les outils utilisés n'aient pu permettre de prendre en compte certaines contraintes organisationnelles pesant sur les services.

A titre d'exemple, l'organisation de l'accueil à J0, l'absence de salons d'entrée ou de sortie, l'absence de structures dédiées à de l'ambulatoire ou « externe complexe », la présence de pathologies potentiellement éligibles mais dont la réalité clinique infirme le recours à l'hôtel hospitalier, ou encore l'appropriation progressive du dispositif par les services ont été autant d'écueils auxquels le dispositif s'est heurté initialement.

Les estimations de cible ont été revues de manière plus réaliste avec les services (autour de 450 patients en 2019) et une campagne de communication interne a été engagée pour accompagner la montée en charge du dispositif

4.3. De nombreux facteurs qui ont influencé et parfois freiné le déploiement de l'expérimentation

Les expérimentateurs ont recensé un ensemble de facteurs qui ont pu agir, selon les contextes des établissements, comme des facteurs facilitant la mise en place de l'hébergement et du parcours associé ou, à l'inverse, comme des points de difficulté freinant le déploiement.

En premier lieu, pour les expérimentateurs, la dynamique interne de l'établissement constitue le principal déterminant de sa capacité à déployer ces prestations d'hébergements.

Sont ainsi recensées par les expérimentateurs :

- La sensibilisation et l'adhésion des professionnels de santé au dispositif ;
- La capacité à anticiper et intégrer l'hébergement non médicalisé dans les parcours et les protocoles de soins ;
- Et la mise en place d'une coordination et d'une animation du dispositif.

Zoom sur l'information auprès des professionnels mise en place au CHU de Nice :

Le CHU de Nice a élaboré des dépliants d'information pour les patients et pour les professionnels.



Zoom sur l'équipe projet mise en place au CHU de Nîmes :

Le CHU de Nîmes s'est appuyé sur des personnes « ressources » pour lancer et piloter l'expérimentation : un « bed manager », un ingénieur en organisation, un médecin et un directeur chargé de la performance.

L'expérience patient semble aussi l'un des déterminants majeurs de la réussite de la mise en œuvre de ces hébergements :

- L'accueil et l'information des patients par l'équipe de soins ;
- Leur accompagnement tout au long de leur parcours ;
- La qualité des prestations proposées (hébergements, transports et restauration) et le niveau de reste à charge patient.

Zoom sur l'accompagnement patient mis en place au CH de Paimpol :

Lors du premier contact téléphonique pour convoquer les patients, le cadre, la secrétaire ou l'infirmière de coordination présente au patient le sens de la démarche afin de recueillir l'adhésion du patient.

A l'issue de la pré-admission, le médecin confirme ou non l'admission du patient en hébergement hôtelier. Le séjour ainsi validé en hébergement hôtelier, une rencontre est systématiquement organisée auprès du cadre soit à l'issue de la pré-admission, soit le 1^{er} jour de l'admission dans le service.

Lors de cet entretien, le cadre explique les modalités et le sens de la démarche : transport, prise du petit déjeuner et des repas, horaire de convocation, respect des règles hygiéno-diététiques... puis il remet aux patients un ensemble de documents :

- un document qui explique l'intérêt de cette démarche expérimentale ;
- un formulaire de consentement que le patient doit signer à l'issue de l'entretien ;
- un questionnaire d'enquête de satisfaction du projet expérimental ;
- une procédure expliquant les modalités à suivre lors d'une situation d'urgence.

Enfin, l'environnement et le contexte partenarial de l'établissement ont également été identifiés comme facteurs déterminant le déploiement :

- La préexistence de relations avec des partenaires hôteliers ;
- Ou la proximité géographique de partenaires.

Quelques facteurs semblent faire globalement consensus entre les expérimentateurs comme points de difficulté :

- La faible visibilité du dispositif auprès des professionnels de santé et plus largement du grand public ;
- Le modèle économique de l'expérimentation jugé peu incitatif au déploiement ;
- La mise en place de l'ensemble des aspects logistiques (conventionnement, transports, repas, hébergements) en cohérence avec les parcours patients ;
- L'absence d'interopérabilité des systèmes d'information en interne aux établissements mais aussi avec les partenaires.

Zoom sur les difficultés rencontrées par le CHRU de Nancy / l'Institut de Cancérologie de Lorraine :

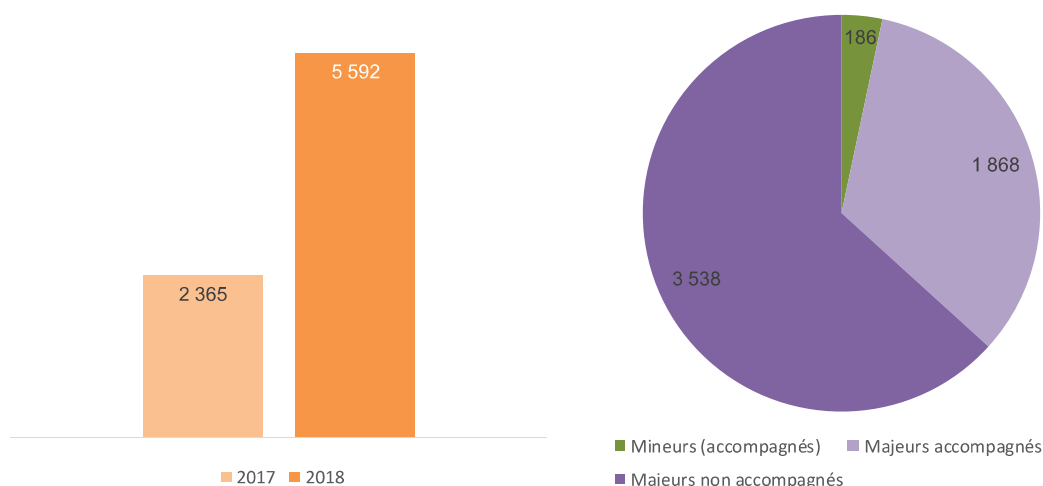
Les établissements ont rencontré plusieurs types de difficultés qui ont ralenti la mise en place de l'expérimentation :

- *Difficulté à mobiliser les hôtels en proximité d'où le recours à une structure à distance de l'hôpital et des problématiques d'organisation des transports ;*
- *Gestion de la confidentialité des données patients avec le prestataire ;*
- *Absence de partenariat avec la CPAM et les mutuelles pour accompagner l'expérimentation ;*
- *Gestion de l'hygiène et des prestations de restauration pour les patients ;*
- *Méconnaissance voire réticence des patients par rapport au dispositif.*

4.4. Des profils de patients hébergés plutôt homogènes entre expérimentateurs

Les sites ayant démarré l'expérimentation ont pris en charge 2 365 patients en hébergement non médicalisé en 2017. Ce chiffre a plus que doublé en un an pour atteindre 5 592 patients en 2018.

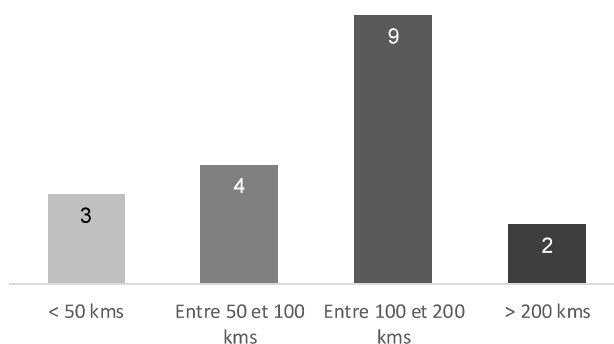
En 2018, seuls 3% de ces patients étaient mineurs (et accompagnés) et parmi les patients majeurs hébergés, un tiers était accompagné pendant l'hébergement.



Nombre de patients hébergés en 2017-2018 (gauche) et répartition 2018 selon les profils majeur ou mineur et accompagné ou non.

Pour la plupart des établissements, l'âge moyen des patients hébergés s'établit entre 50 et 65 ans. Quelques établissements se démarquent avec une patientèle plus jeune tels que le CHU de Clermont-Ferrand (29 ans) et le CHU de Nancy et le Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles de Kerpape (45 ans) ou avec une patientèle plus âgée tels que le Polyclinique de Limoges (74 ans).

En matière d'indication, l'éloignement géographique est le motif le plus avancé pour justifier le recours à la prestation (plus de $\frac{3}{4}$ des situations). Ainsi, parmi les 18 expérimentateurs ayant évalué la distance moyenne des patients hébergés, 15 d'entre eux l'estiment à plus de 50 kilomètres dont 11 à plus de 100 kilomètres.

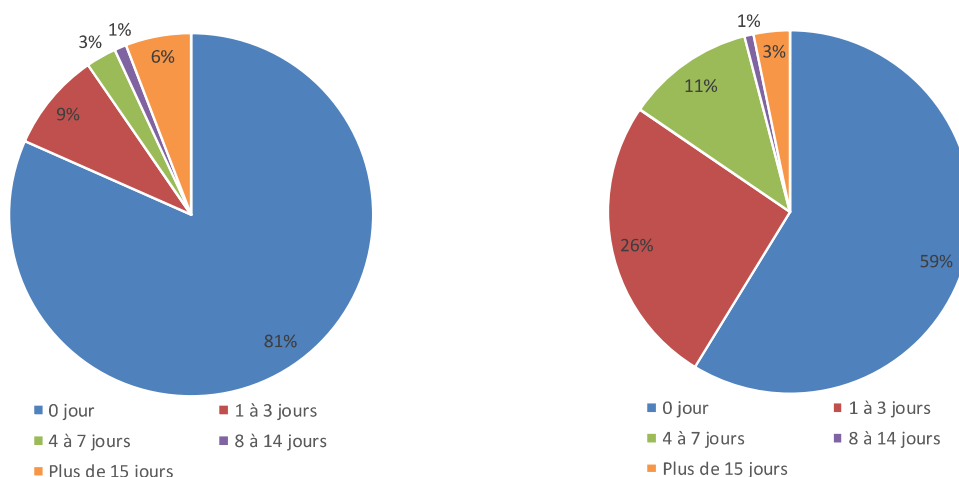


Répartition des expérimentateurs par distance moyenne des patients hébergés

Le caractère itératif des soins est le 2nd motif le plus évoqué par les expérimentateurs. Les motifs sociaux et les autres motifs liés aux patients ne sont mentionnés que marginalement.

4.5. Un hébergement non médicalisé qui s'insère effectivement dans un cadre de prises en charge plutôt courtes et peu sévères mais qui se diversifie

Comme initialement prévu par les expérimentateurs, les hébergements non médicalisés ont principalement été proposés dans le cadre de parcours de soins courts. Plus de 80% des séjours concernés en 2017 et près de 60% en 2018 étaient ambulatoires.

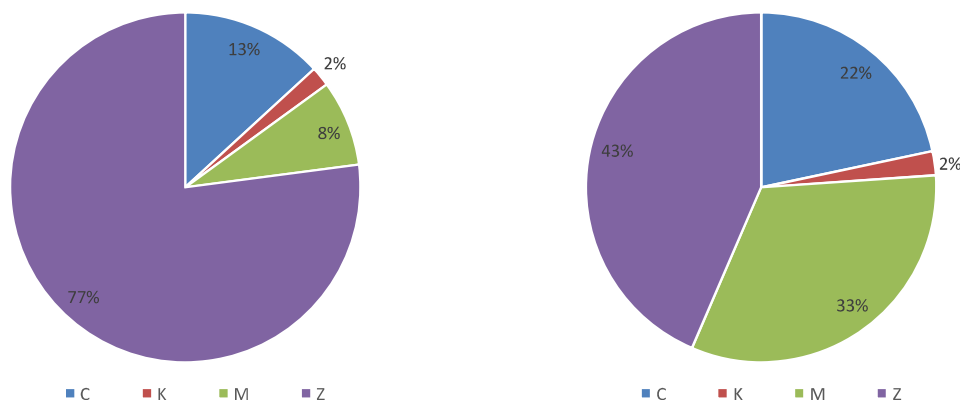


Répartition des séjours ayant intégré un hébergement non médicalisé par durée de séjour en 2017 (gauche) et en 2018 (droite)

Toutefois, la mise en place progressive de l'expérimentation semble permettre de diversifier et d'ouvrir ces prestations à des séjours d'hospitalisation complète. En témoigne la forte progression des séjours de 1 à 3 jours et de 4 à 7 jours entre 2017 et 2018.

Les séjours de faible sévérité représentent aussi plus de 95% des séjours avec hébergement non médicalisé et ainsi moins de 5% de ces séjours ont un niveau de sévérité 2, 3 ou 4.

Par ailleurs, si les séances représentaient 77% des séjours bénéficiant d'un hébergement non médicalisé en 2017, elles ne représentaient plus que 43% en 2018. Cette moindre part s'est faite au profit des GHM médicaux passant de 8% en 2017 à 33% en 2018 et des GHM chirurgicaux passant de 13% à 22% en l'espace d'un an.



Répartition des séjours ayant intégré un hébergement non médicalisé par type de GHM en 2017 (gauche) et en 2018 (droite)

5. Les impacts liés à l'expérimentation

5.1. Un taux de satisfaction des patients particulièrement élevé

Les expérimentateurs se font unanimement l'écho, à travers les enquêtes de satisfaction qu'ils ont menées, d'un niveau élevé de satisfaction des patients ayant bénéficié des prestations d'hébergement non médicalisé dans le cadre de leur prise en charge. Cette satisfaction, de l'ordre de 90% à 95% pour une majorité des expérimentateurs, se retrouve sur l'ensemble des dimensions de l'expérimentation : l'accueil du patient, l'information et l'accompagnement du patient, la prise en charge de la douleur et de l'anxiété, la qualité et le confort associés à la prestation d'hébergement ou encore la qualité des prestations de restauration.

Zoom sur l'enquête patient réalisée par le CHU de Montpellier (sur 58 patients) :

- 98% de satisfaction concernant l'accueil dans le service de soins
- Entre 98% et 100% de satisfaction concernant la prise en charge de la douleur et de l'anxiété
- 8,7/10 d'appréciation moyenne de l'hébergement
- 96% des patients recommanderaient cette prise en charge à un proche.

Zoom sur l'enquête patient réalisée par le GH Bichat de l'AP-HP :

- 91% de satisfaction concernant les documents remis
- 91% des interrogés affirment avoir eu la sensation d'avoir été soigné comme un patient « habituel »
- 86% des interrogés ont trouvé un avantage à être à l'hôtel plutôt qu'à l'hôpital

Zoom sur l'enquête patient réalisée par le CRLCC Léon Bérard (sur 51 patients) :

- Plus de 95% de satisfaction concernant l'accueil lors de la remise des clefs
- Plus de 95% de satisfaction sur la qualité des informations délivrées
- Plus de 95% de satisfaction sur le confort de l'appartement
- 8,9/10 d'appréciation moyenne de l'appartement
- 7,8/10 d'appréciation moyenne de la restauration

Zoom sur l'enquête patient réalisée par la polyclinique de Limoges :

- Environ 90-95% de satisfaction concernant l'admission et l'orientation depuis l'établissement de santé
- 100% de satisfaction concernant l'accueil et le personnel du lieu d'hébergement
- 99% de satisfaction concernant l'hébergement
- 92% de satisfaction concernant le transport entre l'établissement de santé et le lieu d'hébergement
- 100% de satisfaction générale sur le dispositif et les prestations

5.2. Une prestation s'inscrivant dans un cadre globalement sécurisé

Dans le cadre de cette expérimentation, les hébergements non médicalisés ont contribué à une prise en charge sécurisée. La grande majorité des établissements indique l'absence d'évènement indésirable, de recours aux services d'urgence de l'établissement pendant les séjours en structure d'hébergement non médicalisé ou de ré-hospitalisation non programmée dans les 24 heures suivant l'hébergement.

Quelques expérimentateurs ayant atteint un palier d'activité à plusieurs centaines de nuitées d'hébergement non médicalisé par an ont partagé des taux de recours aux services d'urgence et des taux de ré-hospitalisation dans les 24 heures aux alentours de 0,3%.

C'est le cas :

- Pour un CLCC avec un taux de recours aux services d'urgence de 0,38% en 2017 et de 0,23% en 2018 pour plus de 1000 séjours ;
- Pour un ESPIC avec 2 passages aux urgences en 2018 dans le cadre d'un hébergement non médicalisé pour près de 500 séjours inclus dans l'expérimentation ;
- Pour un CHU avec un 1 passage aux urgences et 1 ré-hospitalisation dans les 24 heures pour environ 200 patients hébergés.

Les expérimentateurs ont aussi partagé quelques dysfonctionnements mineurs, liés à la prise en charge par taxi pour un transport entre l'établissement de santé et l'hôtel ou à l'arrivée tardive d'un accompagnant, en dehors des heures d'ouverture, sur le lieu d'hébergement qui n'a pu l'accueillir.

5.3. Des impacts organisationnels peu évalués à ce jour

Si la satisfaction des patients et la sécurité de leur prise en charge ont fait l'objet d'un suivi particulier de la part des expérimentateurs, la mesure des impacts organisationnels de l'expérimentation s'est avérée plus difficile.

Ainsi, rares sont les établissements qui ont pu évaluer les impacts de l'expérimentation en matière de DMS, de développement de l'ambulatoire, d'économies de transport et plus globalement d'évolutions organisationnelles.

La clinique Victor Pauchet d'Amiens avance, par exemple, une réduction de la DMS qui demeure peu documentée. Le dispositif a aussi permis, au sein de cet établissement, d'éviter un renoncement aux soins pour un patient pris en charge en SSR affection respiratoire.

Le CHU de Toulouse partage ses difficultés à « objectiver des modifications sur les DMS et les taux d'occupation, le volume de nuitées étant probablement insuffisant » pour observer les impacts de l'expérimentation. Les unités présentant initialement un taux d'occupation élevé et ayant développé des parcours avec hébergements non médicalisés demeurent très sollicitées sans qu'il ait été mesuré de réduction significative de temps d'attente pour être pris en charge. Les unités ambulatoires affichent une progression de leur activité mais le lien de causalité avec l'expérimentation n'a pu être démontré.

Le CHU de Montpellier a pu, un temps, réaliser un ajustement capacitaire en aménageant la salle d'attente du service de médecine vasculaire en structure d'accueil pour renforcer le capacitaire du service de médecine vasculaire. Cette solution n'a pas pu être maintenue pour des raisons organisationnelles (absence de salle d'attente pour la famille et les visiteurs) et d'absence d'effet volume suffisant.

Le CLCC Oscar Lambret constate, de son côté, de premiers impacts en matière de hausse de l'activité ambulatoire et de planification de l'activité du bloc opératoire dont le bénéfice devrait plutôt se concrétiser en 2019 par la montée en charge de l'activité d'hébergements non médicalisés.

Les transports sanitaires évités ont fait l'objet d'une première approche de la part de quelques expérimentateurs en considérant souvent qu'une nuitée d'hébergement non médicalisé se substituait à un transport sanitaire aller-retour vers le domicile.

La méthodologie d'évaluation demeure ainsi à consolider, en particulier pour mieux estimer la récurrence du phénomène de substitution entre hébergement non médicalisé et transport sanitaire pris en charge par l'Assurance maladie.

Ci-dessous les premières estimations d'impact de l'expérimentation sur les transports sanitaires :

- 246 transports évités soit environ 18 450 km pour 123 nuitées (150 km par nuitée) en 2018 pour la Clinique Pasteur de Toulouse ;
- 272 transports évités soit environ 18 744 km pour 204 nuitées (92 km par nuitée) au CMRRF de Kerpape en 2018 ;
- 1 212 transports évités soit 66 190 km pour 606 nuitées (109 km par nuitée) au CH de Paimpol en 2018 ;
- 1 532 transports évités soit environ 124 000 km pour 2 051 nuitées (60 km par nuitée) au CRLCC Léon Bérard en 2018 ;
- 1 484 transports aller-retour évités pour 5 639 nuitées à Gustave Roussy en 2018.

Malgré la difficulté pour les expérimentateurs à quantifier ces impacts organisationnels, ils demeurent convaincus de l'intérêt du dispositif et de sa place comme alternative à l'hospitalisation complète.

Pour le CHU de Tours, quand bien même le recours au dispositif n'est pas encore important, sa mise en place s'est imposée comme un élément d'attractivité vis-à-vis de la patientèle et demeure un levier de souplesse sur la gestion et l'organisation des capacités d'accueil de l'établissement (ex. : réorganisation des structures d'hospitalisation de jour, bascule de pathologies lourdes en ambulatoire).

Pour le CHU de Montpellier, l'expérimentation fait bien partie des leviers de changement pour la transformation en ambulatoire et satisfait une demande forte des patients et des familles. Elle répond aux objectifs de diminution de la DMS, de libération de nuitées d'hospitalisation, et d'amélioration des prises en charge.

Le CHU de Bordeaux fait état d'une satisfaction des équipes de soins et d'un levier d'accompagnement du développement des séjours ambulatoires.

Plusieurs CLCC dont le centre Oscar Lambret et l'Institut Paoli Calmettes confirment également la pertinence du dispositif et leur volonté d'étendre cette offre à de nouvelles prises en charge au-delà de la chirurgie ambulatoire.

6. Le référentiel médico-économique de l'expérimentation

6.1. Un tarif de la nuitée dépendant du modèle d'hébergement mis en œuvre

Les tarifs de nuitée recensés par les expérimentateurs se situent entre 30 € et 110 €. Le modèle d'hébergement mis en place semble influencer significativement le coût de la nuitée avec notamment un coût plus élevé dans le cas d'un recours à un hôtel privé commercial que dans les cas d'une structure associative ou gérée directement par l'établissement. La localisation est aussi un déterminant de ce tarif avec des tarifs plus élevés pour les établissements implantés dans les grandes villes françaises (Paris et Nice notamment).

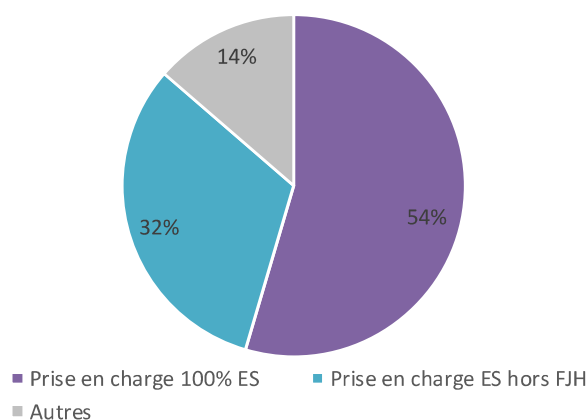
Modèle d'hébergement	Minimum	Moyenne	Maximum
Structure associative	30-35 €	40-45 €	110 € ²
Structure privée commerciale	40 €	65-70 €	110 €
Structure interne à l'établissement	Entre 15 € (<i>tarif facturé</i>) et 45 € (<i>cout comptabilité analytique</i>)		

A ces tarifs, viennent s'ajouter, selon les conventions établies, certains suppléments liés à l'hébergement d'un accompagnant ou aux frais de restauration pris en charge par l'établissement ou facturé au patient (de l'ordre de 10 € dans la plupart des cas).

6.2. Un hébergement globalement pris en charge par les établissements

Trois grands modèles de prise en charge financière de l'hébergement des patients ont été implémentés par les établissements expérimentateurs :

- Pour une majorité des établissements, une prise en charge à 100% par l'établissement sans reste à charge pour le patient ;
- Une contribution demandée au patient dans la limite maximale du forfait journalier hospitalier (FJH) pris en charge dans certains cas par les CPAM ou les mutuelles, le reste étant pris en charge par l'établissement ;
- Une prise en charge plus « hybride » faisant intervenir, en appui de la prise en charge de l'établissement, des financements associatifs, des subventions CPAM ou des tarifications « chambres particulières » auprès de mutuelles.



Répartition des expérimentateurs selon les modalités de prise en charge financière de l'hébergement

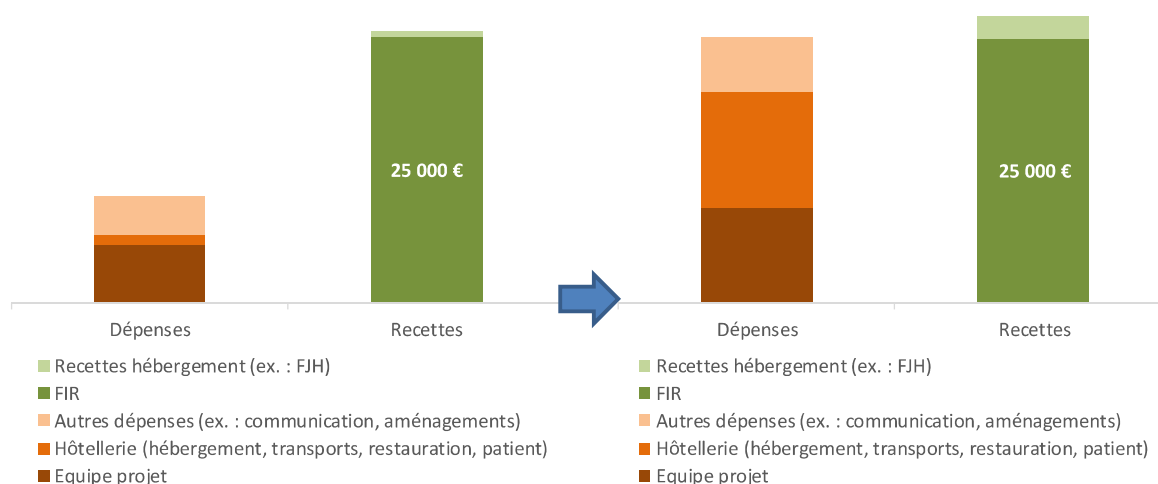
² Tarif d'une nuitée pour le patient avec accompagnant et enfant(s).

6.3. Un modèle économique qui a permis le lancement de l'expérimentation mais qui semble présenter, d'après les établissements, des limites pour en accompagner le développement

Il ressort des éléments d'évaluation médico-économique transmis par les établissements que l'accompagnement financier octroyé par le fonds d'intervention régionale a bien facilité le lancement de l'expérimentation.

Ainsi, la dotation FIR (environ 25 000 € par établissement par an) allouée a permis, lors de la phase de lancement et de montée en charge, de couvrir les coûts directs liés à la mise en place de l'expérimentation (ex. : mise en place d'une équipe dédiée au pilotage et à la coordination, préparation des supports de communication auprès des patients et des services) ainsi que l'engagement des dépenses liées à la prise en charge hôtelière des patients.

Le graphique ci-dessous présente de manière schématique l'évolution des équilibres économiques de l'expérimentation au cours de la montée en charge.



Vue schématique des principaux équilibres économiques constatés lors de la montée en charge de l'expérimentation (gauche : au démarrage et droite : quelques mois plus tard, au cours de la montée en charge)

Ces tendances se retrouvent, par exemple, pour plusieurs établissements dont la montée en charge était en cours en 2018 tels que le CHU de Tours, le CHU de Rennes, le CHU de Reims ou encore le CH Annecy Genevois.

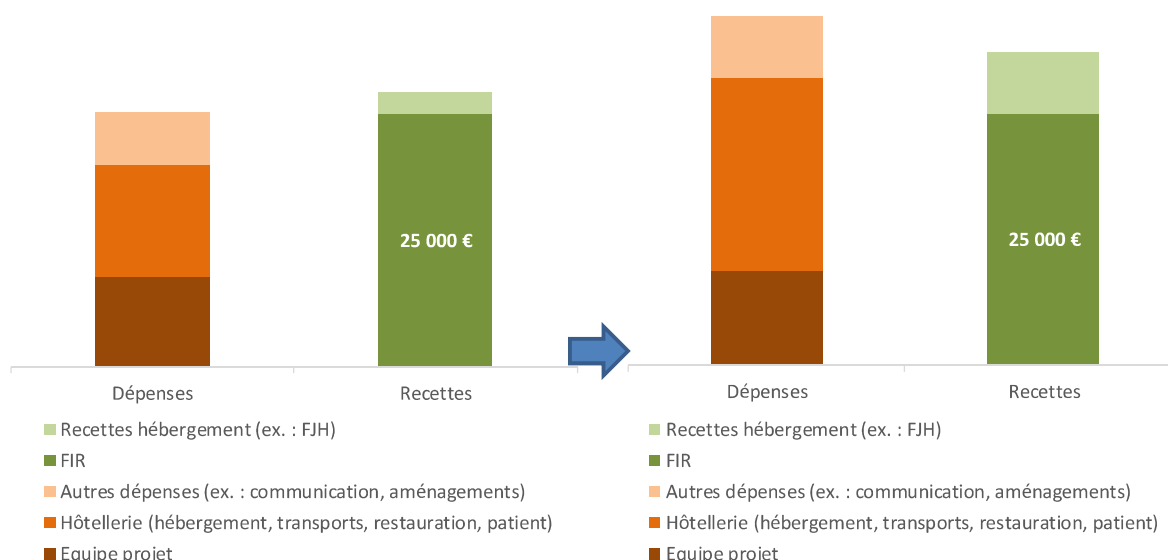
Zoom sur l'état des lieux recettes - dépenses de l'expérimentation au CHU de Tours en 2018 :

- Recettes : 25 000 € (subvention FIR)
- Dépenses : 7 800 € (factures liées à l'hébergement et au transport)

Zoom sur l'état des lieux recettes - dépenses de l'expérimentation au CHU de Reims en 2018 :

- Recettes : 25 000 € (subvention FIR)
- Dépenses : 24 645 € (équipe projet, communication, services techniques, nuitées et transports)

En revanche, les données partagées par les établissements plus avancés dans l'expérimentation font plus souvent état de difficultés à maintenir un équilibre économique au fur et à mesure de la progression de l'activité d'hébergement et donc de l'augmentation des dépenses hôtelières liées à l'hébergement des patients et, le cas échéant, à leurs transports et restauration.



Vue schématique des principaux équilibres économiques constatés lors de la montée en charge de l'expérimentation (gauche : quelques mois après le démarrage et droite : une fois un niveau d'activité plus soutenu atteint)

Deux établissements, parmi les « têtes de pont » de l'expérimentation, présentent ce type de situations avec un niveau de recettes directes ne permettant plus de couvrir les coûts directs de l'expérimentation : le CRLCC Léon Bérard et Gustave Roussy.

Zoom sur l'état des lieux des dépenses de l'expérimentation au CRLCC Léon Bérard en 2018 :

- Dépenses : 71 000 € (dont 26 000 € pour l'hôtellerie et 30 000 € pour les frais de personnel)

Zoom sur l'état des lieux des dépenses de l'expérimentation à Gustave Roussy en 2018 :

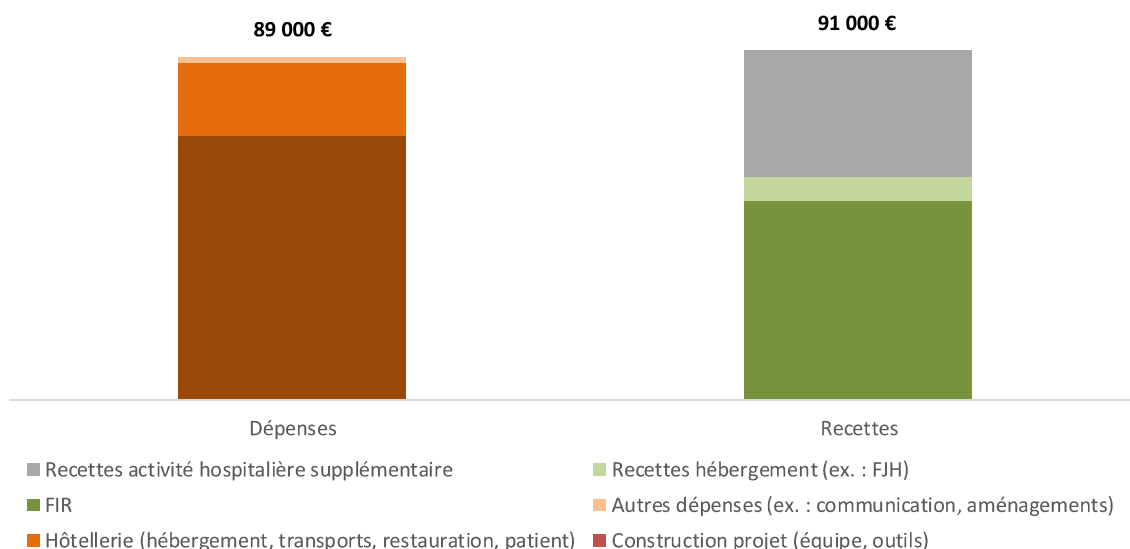
- Dépenses : 766 000 € (dont 627 000 € pour l'hôtellerie)

6.4. Un seuil à franchir pour garantir l'équilibre du modèle économique ?

Pour pallier les limites du modèle économique, principalement subventionnel à ce jour, certains établissements se sont efforcés d'atteindre un palier d'activité d'hébergement non médicalisé permettant d'engager des évolutions plus structurelles (ex. : activité supplémentaire liée à la libération ou la réorganisation de capacités d'hospitalisation, diminution des dépenses hôtelières hospitalières).

Quelques expérimentateurs ont ainsi pu raisonner au-delà des seules recettes et dépenses directes de l'expérimentation en embarquant des gains plus indirects liés à des changements organisationnels.

Le CHU de Montpellier a pu, par exemple, l'espace de quelques mois en 2018, libérer un lit au profit du service de médecine vasculaire et valoriser le développement d'activité associé. Pour Gustave Roussy, ce sont des facturations de consultations et d'actes externes supplémentaires ainsi que des économies de charges générales (restauration, énergie et blanchisserie) qui ont pu être intégrées dans l'équation économique de l'expérimentation.



Bilan économique 2017-2018 de l'expérimentation au CHU de Montpellier

In fine, si l'accompagnement financier accordé (assurance maladie notamment) constitue un vecteur de développement de cette alternative à l'hospitalisation complète, il semble aussi qu'à moyen terme des transformations plus structurelles au sein même des établissements doivent pouvoir prendre le relai pour soutenir l'équilibre du modèle économique. L'atteinte d'un effet seuil, condition *sine qua non* de ces transformations, doit ainsi constituer un objectif prioritaire des établissements s'engageant dans la démarche pour consolider un référentiel médico-économique soutenable et pérenne.

7. Synthèse et conclusions

Lancée en juillet 2017, l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés pour patients vise à tester une nouvelle modalité de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète tenant compte des besoins des patients, des indications des équipes de soins, de l'environnement et des enjeux d'organisation des établissements de santé. Il s'agit, en effet, de mieux distinguer les besoins de soins nécessitant une intervention ou une surveillance hospitalière et le besoin d'hébergement non médicalisé en amont ou en aval de ces prises en charge hospitalières.

41 établissements, de tous statuts et répartis sur l'ensemble du territoire national, se sont initialement engagés dans cette expérimentation. Sur ce panel, 28 établissements ont participé à la phase d'évaluation, objet de ce rapport. Ils ont été rejoints, lors de cette phase, par 2 nouveaux établissements expérimentateurs.

Les objectifs poursuivis par ces établissements à travers cette expérimentation consistent à améliorer la qualité des soins, à fluidifier les parcours patients et à optimiser leurs organisations, en particulier pour les prises en charge courtes de patients résidant à distance de l'établissement. Sur le plan quantitatif, la cible d'activité d'hébergement 2018 a été fixée à 35 000 séjours concernés et 56 000 nuitées d'hébergement non médicalisé par les expérimentateurs.

À ce jour, 29 établissements ont effectivement démarré l'activité d'hébergement non médicalisé en suivant les recommandations de la HAS en matière d'éligibilité des patients et en formalisant très souvent des procédures pour assurer la sécurité des patients. Pour cela, ils se sont appuyés sur différents modèles d'organisation des prestations hôtelières à destination des patients : si une grande majorité des établissements a fait appel à un partenaire proche géographiquement (ex. : hôtel commercial, maison d'accueil hospitalière), quelques-uns ont développé en interne des structures d'hébergement non médicalisé. En fonction de leurs possibilités, une partie d'entre eux assure aussi le transport des patients vers le lieu d'hébergement, leur restauration mais aussi la prise en charge hôtelière des accompagnants.

Parallèlement à la mise en place des prestations, les établissements ont organisé le circuit de de gestion et de suivi de l'expérimentation. Ces circuits s'avèrent être plutôt hétérogènes et plus ou moins aboutis. Dans le cadre du déploiement, les établissements ont d'ailleurs rencontré un certain nombre de difficultés tenant à divers facteurs : appropriation du dispositif par les équipes médicales, soignantes et par les patients ; délai de mise en place de l'ensemble des aspects logistiques (conventionnement, transports, repas, hébergements) ; modèle économique de l'expérimentation considéré comme faiblement incitatif au déploiement.

L'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation demeure ainsi assez nettement en-deçà des objectifs quantitatifs initiaux avec 7 800 séjours concernés et 17 500 nuitées assurées en 2018. Certains expérimentateurs « têtes de pont » font cependant état d'une activité dynamique. L'activité tend également à se développer et à se diversifier pour l'ensemble des établissements, suggérant par-là la levée progressive des freins opérationnels à la mise en œuvre de l'expérimentation.

D'un point de vue plus qualitatif, les résultats transmis répondent bien aux objectifs et enjeux de l'expérimentation. Les hébergements non médicalisés ont bien bénéficié aux patients plutôt éloignés géographiquement dans le cadre de prises en charge courtes / ambulatoires et peu sévères dans le respect des recommandations de la HAS. Le niveau de satisfaction de ces patients s'établit très souvent à plus de 90% voire 95% et le parcours de ces patients semble s'être globalement déroulé dans un cadre sécurisé avec peu de dysfonctionnements signalés. Par ailleurs, si les impacts organisationnels n'ont pas encore pu être pleinement objectivés par les expérimentateurs, le potentiel du dispositif en matière d'optimisation des DMS, de développement de l'ambulatoire et d'économies de transport sanitaire fait consensus.

Enfin, bien qu'il ait pu être identifié comme un point de difficulté, le référentiel économique de l'expérimentation a globalement bien agi comme une « rampe de lancement » de l'expérimentation et s'est avéré suffisant pour engager le démarrage de l'activité. En revanche, ce référentiel semble démontrer certaines limites pour permettre l'atteinte d'un niveau d'activité plus soutenu. Pourtant, c'est bien à partir d'un certain seuil de virage vers l'hébergement non médicalisé que des transformations structurelles pourraient produire des gains contribuant à l'équilibre du modèle économique du dispositif.

Compte tenu de ces éléments, les recommandations suivantes sont formulées quant à la poursuite de l'expérimentation et à son potentiel de déploiement généralisé :

- **Promouvoir les hébergements non médicalisés comme alternative à l'hospitalisation complète et en conforter le cadrage et les principes ;**
- **Consolider les démarches menées en matière de sécurité des parcours et des soins en investiguant plus avant les quelques évènements indésirables et dysfonctionnements recensés ;**
- **Lever les freins opérationnels au développement de ces hébergements en accompagnant et en outillant les équipes projet en fonction des différents modèles organisationnels mis en place ;**
- **Développer une méthodologie d'évaluation des impacts organisationnels produits par le dispositif (DMS, transports et développement d'activité, ambulatoire notamment) et d'analyse des perspectives d'évolutions des organisations hospitalières ;**
- **Identifier un modèle économique à même d'accélérer le développement des hébergements non médicalisés, qui pourrait être testé au cours de l'année 2020 dans le cadre de projets « article 51 » complémentaires ou prolongeant l'expérimentation nationale, en vue d'une généralisation en PLFSS 2021.**