

La feuille de route vise à proposer à la Commission CEESP et au Collège une orientation méthodologique pour répondre à une demande d'évaluation inscrite au programme de travail de la HAS. Cette proposition est fondée sur une analyse préliminaire ; elle est donc établie avant toute recherche documentaire structurée. Elle permet d'identifier les principaux enjeux et les problématiques d'évaluation. Cette orientation sera à confirmer lors du démarrage de l'évaluation (phase de cadrage le cas échéant).

CEESP : 7 avril 2015

Collège d'orientation et d'information : 23 avril 2015

Demandeur : DGOS

Objectif : Participation à l'élaboration des critères d'éligibilité/de sélection des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé dans le cadre du cahier des charges pour l'expérimentation d' « hôtels pour patients »

1. Saisine

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.

Afin de mieux préciser les attentes du demandeur, une réunion de cadrage a eu lieu le 20 janvier 2015. Dans ce cadre, 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 reposent 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 la DGOS, la « prestation d'hébergement temporaire non médicalisée » correspond à la définition couramment admise d'un « hôtel hospitalier ». C'est-à-dire d'un hôtel qui ne fournit qu'un hébergement dans lequel aucun soin n'est administré, ni surveillance du patient effectuée. Ceci excluant la présence en son sein de tout personnel médical ou soignant (infirmier). L'objectif de ces structures est donc de suppléer uniquement à la fonction «hébergement».

Objectifs

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).

2. Etude de faisabilité

L'étude de faisabilité a permis de faire une première recherche concernant l'existence et les modalités d'organisation des structures d'hébergement pour patients, hors établissement de santé.

Il ressort de cette analyse que :

- le cadre légal réglementant cette activité est très succinct, il se limite à l'article 53 mentionné préalablement et à une circulaire CNAMTS (DGR n°27/93-ENSM n°6/93) datant de 1993 précisant les conditions de prise en charge des structures appelées « hôtels pour malades » ;
- une revue de la littérature a été réalisée par la HAS en mai 2014 dans son rapport sur les éléments d'appréciation en vue de la prise en charge des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire¹ ; elle avait montré le peu de données de preuve soutenant la mise en place de ces initiatives ;
- ce type de prestations existe déjà à l'étranger, avec une antériorité dans les pays d'Europe du nord (Danemark, Finlande, Norvège, Suède). Dans ces exemples, les prestations proposées sont généralement partiellement médicalisées (ex. présence d'une infirmière et délivrance de certains soins). Une synthèse des expériences étrangères a été rédigée en novembre 2014 par le Cabinet Kurt Salmon pour l'ARS Ile de France. L'accès à l'information concernant ces modalités de prise en charge est difficile car souvent très succincte (quelques lignes sur le site internet de l'établissement de santé ou d'hébergement qui les propose) ou dans la langue d'origine du pays concerné ;

¹ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/rapport_chir_ambu_axe2_vf.pdf

- ce type de prestations existe également déjà en France (Hôtel Dieu, IGR et autres établissements de lutte contre le cancer, Foyers d'hébergement conventionnés avec l'assurance maladie) ;
- ces types de prises en charge concernent différentes pathologies ou interventions (ophtalmologie, chirurgie ambulatoire digestive, plastique, gynécologique, mammaire, urologique, thoracique, prise en charge des cancers par chimiothérapie et radiothérapie) ;
- de nombreux termes différents sont utilisés pour les qualifier :
 - o **en français** : hôtel hospitalier, hôtel pour patients, hébergement non médicalisé à l'hôpital, structure hôtelière non médicalisée, maison d'accueil, hébergement substitutif à l'hospitalisation complète, hébergement pré ou post-opératoire, hébergement de nuit non médicalisé, hébergement alternatif aux chambres d'hôpital, Hospitel ;
 - o **en anglais** : medihotel , non-medicalized accommodation, patients hotel, patients hostel.

3. Problématique émergeant de l'étude de faisabilité

Afin de mettre en place des structures d'hébergement pour patients, il convient tout d'abord d'identifier la part des patients éligibles à ces structures, en tenant compte de différents critères aussi bien médicaux qu'administratifs, mais aussi géographiques et sociaux. La présentation de critères d'éligibilité retenus à partir de l'analyse de la littérature et des documents ou sites internet des établissements apparaît possible, que ce soit au niveau des critères médicaux, psycho-sociaux ou d'éloignement du patient du lieu de prise en charge hospitalière.

Pourront ainsi être présentés :

- les critères liés à l'âge et à l'autonomie du patient,
- le statut du patient (contagion, toxicité des traitements pour le patient et le personnel de l'hôtel, stabilité de l'état de santé ...),
- les soins susceptibles d'être reçus dans l'établissement de santé alors que le patient est en structure, d'hébergement pour les périodes pré, per et post hospitalisation (ex. consultations externes, radiothérapie, chimiothérapie...),
- les caractéristiques psycho-sociales du patient (état psychique, lieu de résidence habituel, précarité, isolement),
- les caractéristiques d'éloignement du patient par rapport au domicile,
- la place de l'avis du patient et son libre choix concernant la structure d'hébergement.

La question de l'hébergement de l'accompagnant du patient, dès lors qu'il constitue un enjeu de la prise en charge de ce dernier (personnes âgées, enfants, personnes handicapées...) devra être prise en compte de manière spécifique.

Les critères d'éligibilité devront permettre de distinguer les patients qui relèvent d'une hospitalisation conventionnelle, mais également ceux qui devraient être pris en charge dans une autre structure médicalisée (HAD ou SSIAD par exemple).

Il sera également nécessaire de préciser si le patient ne doit impérativement pas avoir besoin de soins ni de surveillance, avant ou après le séjour ou la séance, ou s'il pourrait, le cas échéant, bénéficier de certains soins dans la structure d'hébergement, comme il aurait pu le faire s'il était à son domicile (par exemple passage d'une IDE pour injection d'un anti-douleur).

Compte tenu de l'absence de données de preuve sur ce sujet, ces critères devront ensuite être étudiés, argumentés et validés par un groupe de travail. Les critères proposés par la HAS ne seront pas opposables, ils seront conçus comme une aide à la décision et à la conception des structures d'hébergement pour patients.

Ces différents critères ne sont pas neutres par rapport aux problématiques organisationnelles et financières.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

Elles auront en effet des conséquences :

- sur les types d'établissement à même de pouvoir proposer ces prestations, notamment concernant les modalités d'accès à l'établissement de santé (numéro d'urgence, permanence médicale, éloignement entre l'hébergement et l'établissement, services et qualité de l'hébergement proposé, sécurité du patient et des personnels...),
- sur les conditions d'ouverture aux clients extérieurs (autres que les patients ou leurs accompagnants),
- sur le niveau de financement de la nuitée qui est également un point essentiel de la mise en place de ces hébergements. Ce financement impactera le niveau de confort proposé au patient, ainsi que les résultats de l'hôpital en termes de charges et de recettes.

4. Méthode proposée pour traiter la demande

La méthode pour traiter la demande est en trois étapes :

1. Une analyse et synthèse des critères retrouvés dans la littérature ou utilisés par les établissements existants.
2. Des études monographiques dans les sites français ayant développé ce type de prise en charge. Ces études permettront de caractériser les types de patients concernés et le niveau des flux (entrées, sorties, séjours alternés...), les modalités d'hébergements et l'organisation proposées. A ce jour l'IGR, l'Hôtel Dieu et des foyers d'hébergements conventionnés avec l'assurance maladie ont été identifiés. Ils pourront, le cas échéant, être complétés par d'autres sites identifiés au cours de l'étude.
3. Une typologie des critères d'éligibilité sera ensuite proposée à un groupe de travail composé de professionnels de santé (notamment chirurgiens, oncologues, médecins de SSR, gynécologues obstétriciens, ophtalmologues, anesthésistes réanimateurs, sages-femmes, assistants sociaux, cadres infirmiers) et de représentants de patients ou d'usagers. Le groupe de travail discutera également l'intérêt et les conséquences attendues de chacun des critères proposés sur les modalités d'organisation des établissements concernés et les patients. Le périmètre/les éléments de définition / de réflexion du demandeur seront aussi pris en compte à savoir :
 - hébergements **non médicalisés**,
 - **substituts du domicile**,
 - portant sur le **champ de l'ambulatoire** et des **alternatives à l'hospitalisation complète**,
 - tous secteurs confondus pour les activités de **médecine, chirurgie, obstétrique et SSR**.

5. Actions envisagées en pratique pour la conduite de l'évaluation

Les différentes étapes du projet et le calendrier proposé sont détaillés ci-après :

- Analyse des données de la littérature et typologie des critères avril-mai 2015
- Etude monographique sur sites : mai-juin 2015
- Constitution du groupe de travail : mai 2015
- Consultation du groupe de travail (deux réunions) en Juin et Juillet 2015
- Modification de critères d'éligibilité et rédaction finale du document : août-septembre 2015
- Validation CEESP et Collège septembre octobre 2015



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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