

Mettre en place un hôtel hospitalier

Bonnes pratiques et étapes clés

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans trois collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

—> **anticiper et comprendre**

une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

—> **diagnostiquer et comparer**

leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

—> **mettre en œuvre et partager**

leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Plus d'infos...
contact@anap.fr

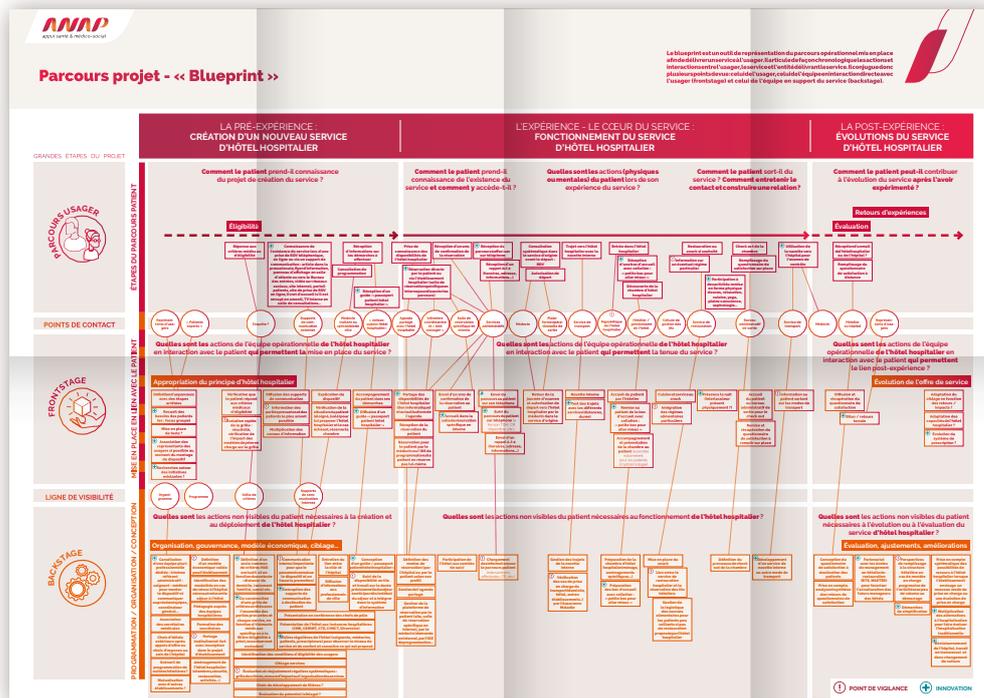


Résumé

Cette publication propose un ensemble de bonnes pratiques, issues des établissements pilotes, pour chacune des étapes clés de la démarche de mise en place d'un hôtel hospitalier.

En complément, l'ANAP met à votre disposition **un tableau synoptique offrant une vue globale de la conduite du projet** décrivant :

- le parcours patient idéal en lien avec les équipes opérationnelles et organisationnelles ;
 - la chaîne optimale d'implication des équipes, services et parties prenantes pour la mise en place, le fonctionnement et l'évaluation du projet ;
 - les leviers et outils à mobiliser (déjà en place ou préconisés) ;
 - les canaux et outils de communication souhaités entre les services et acteurs ;
- et détaillant dans une lecture verticale **les actions, processus, documents et points de vigilance** spécifiques à la mise en œuvre.



Vue globale de la conduite du projet.

Ce tableau est disponible en grand format en version papier et numérique sur



Sommaire

03 — Résumé

05 — Contexte

Étape 1

07 — **Identifier et impliquer les parties prenantes**

08 — 1.1 Identifier les parties prenantes pour en faire un projet de parcours global

10 — 1.2 Mobiliser et rassurer les professionnels sur la dissociation soins/hébergement

Étape 2

13 — **Structurer le dispositif**

14 — 2.1 Identifier les patients éligibles

14 — 2.2 Choisir une solution d'hébergement

16 — 2.3 Organiser les relations entre l'établissement et l'hôtel hospitalier

17 — 2.4 Évaluer régulièrement pour ajuster le dispositif

Étape 3

19 — **Définir le parcours du patient**

20 — 3.1 Décrire les étapes de la prise en charge

Annexes

23 — Méthodologie du travail réalisé

23 — Éléments de descriptions des sites expérimentateurs

25 — Glossaire

26 — Remerciements

Contexte

Introduits par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, les hôtels hospitaliers offrent un hébergement temporaire non médicalisé aux patients¹ en amont, en alternance ou en aval d'une hospitalisation.

Ils sont destinés aux patients volontaires² et autonomes, n'ayant pas besoin de surveillance continue, et dont le domicile est éloigné de l'établissement.

La prestation d'hébergement est réalisée :

- soit par les établissements de santé dans des locaux distincts ;
- soit par des hôtels ou des structures associatives de type maison des parents, maison d'accueil hospitalières, etc.

L'objectif³ est d'améliorer la qualité des soins, de fluidifier les parcours des patients et d'optimiser les organisations hospitalières, notamment en :

- évitant aux patients des trajets fréquents ou fatigants ;
- adaptant le séjour hospitalier au temps strictement nécessaire ;
- permettant aux équipes hospitalières de se concentrer sur les soins ;
- limitant le recours aux transports sanitaires ;
- libérant des capacités d'hospitalisation complète pour des patients ayant besoin de soins et de surveillance.

À compter de juillet 2017, 41 établissements de santé ont été habilités à proposer cette prestation à titre expérimental pendant une durée de 3 ans.

L'ANAP a conduit des travaux associant des établissements expérimentateurs, des représentants des fédérations hospitalières, des ARS et des maisons d'accueil hôtelières et associatives, afin de tirer les enseignements de cette expérimentation et d'aider les futurs porteurs de projet.

UN DISPOSITIF OUVERT À TOUS EN 2021

Le décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 a ouvert à l'ensemble des établissements de santé ce nouveau dispositif.

L'ANAP met à la disposition des futurs porteurs de projet les enseignements de cette première expérimentation, à partir de travaux conduits avec des établissements expérimentateurs, des représentants des fédérations hospitalières, des ARS et des maisons d'accueil hôtelières et associatives.

¹ - L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 est venu insérer l'article L. 6111-1-6 dans le code de la santé publique. ² - L'accord libre et éclairé du patient est recueilli et tracé, critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé, HAS, novembre 2015. ³ - Décret n°2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

Étape 1

Identifier et impliquer les parties prenantes

1.1 Identifier les parties prenantes pour en faire un projet de parcours global
page 08

1.2 Mobiliser et rassurer les professionnels sur la dissociation soins/hébergement
page 10

1.1

Identifier les parties prenantes pour en faire un projet de parcours global

Comme pour toute démarche projet classique, la première étape consiste à identifier et partager avec les parties prenantes leurs intérêts respectifs, leurs besoins, ainsi que les enjeux et les objectifs du dispositif.

Cette étape est d'autant plus importante dans le cadre d'un projet d'hôtel hospitalier qui va mobiliser un ensemble d'acteurs et de parties prenantes issus de différents métiers, qui n'ont pas toujours l'habitude de travailler ensemble. Il est de ce fait primordial de les identifier et de comprendre leur niveau d'influence, leurs intérêts, leurs besoins et préoccupations.

Différents niveaux d'association des parties prenantes peuvent être envisagés :

→ Pour les parties prenantes fortement impliquées, une démarche de coconstruction qui les associe très fortement est recommandée. Dans ce cas de figure, les parties prenantes⁵ sont impliquées dans la réflexion initiale, la conception, mais aussi dans la mise en œuvre du projet, avec un fort pouvoir dans les décisions finales.

BONNES PRATIQUES

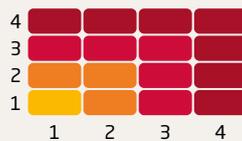
UTILISER UNE MATRICE DE MATÉRIALITÉ

Le recours à une matrice de matérialité⁴ (figures 1 et 2) qui prend en compte ces attentes et leur influence sur le projet se révèle utile.



Figure 1. Influence des parties prenantes

1. Pour chaque partie prenante, noter son influence sur l'organisation et si elles sont influencées par l'organisation, puis les hiérarchiser selon une matrice pour en décliner un niveau d'association.



2. Noter si elles sont influencées par l'organisation entre 1 et 4.

4. PP fortement concernées*	→	Association très forte
3. PP très concernées*	→	Association forte
2. PP plutôt concernées*	→	Association modérée
1. PP faiblement concernées*	→	Association faible

* Concerné = impactant ou impacté

Figure 2. Matrice d'intérêts

ATTENTES DES PARTIES PRENANTES	Forte	Fortes attentes des parties prenantes mais impact modéré sur le projet	Fortes attentes des parties prenantes avec fort impact sur le projet	
	Moyenne	Attentes modérées des parties prenantes avec impact modéré sur le projet	Attentes modérées des parties prenantes mais fort impact sur le projet	
	Faible	Faible	Moyenne	Forte
		INFLUENCE SUR LE PROJET		

4 - L'ANAP propose de s'inspirer du « Guide du dialogue avec les parties prenantes » rédigé par le « Club du développement durable des établissements publics et entreprises publiques ». 5 - Les parties prenantes fortement impliquées : responsables de pôle, chefs de service, trio de pôle, cadres d'unités intégrant les hôtels hospitaliers, le président de la commission médicale d'établissement, les directions générale et fonctionnelle : financière, des soins, logistique, de la qualité et de gestion des risques, des systèmes d'information...

→ Pour les parties prenantes très concernées, une démarche d'association forte aux travaux est à privilégier. La concertation correspond à une implication importante des parties prenantes⁶ dans la réflexion initiale, la conception, la définition et la priorisation des actions avec plus ou moins de participation dans la mise en œuvre du projet et son évaluation. Cependant, la décision finale ne revient pas aux parties prenantes. Pour les parties prenantes plutôt concernées⁷, une association modérée de type consultation permet de recueillir leur avis lors de la réflexion initiale et la définition des actions.

→ Enfin, pour les parties prenantes faiblement concernées, leur information par des actions de communication sera suffisante.



LA PAROLE AUX PROFESSIONNELS HÔTELIERS LE DISPOSITIF DOIT ÊTRE BIEN IDENTIFIÉ PAR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Hôtel Home du Buisson

Mutualité française limousine, Limoges

« L'expérimentation a été faite avec le CHU de Limoges et la polyclinique privée de Limoges. L'hôtel hospitalier est face au CHU. Il n'y a pas de lits dédiés, 1 étage est réservé.

L'orientation pour les déficients visuels a été adaptée. Dans un premier temps, l'hôtel hospitalier est mis en place avec le service d'ophtalmologie de la polyclinique. Le dispositif est bien identifié en post opératoire par les professionnels de santé : le patient passe la nuit à l'hôtel et vient pour la contre-visite post opératoire le lendemain.

Avec le CHU, toutes les spécialités sont concernées.

Un gros programme de communication a été réalisé auprès de tous les services. 1 500 nuitées/an étaient prévues. Moins de 400 nuits ont été comptabilisées en 2019 et ce ne sont pas forcément les services ciblés qui se sont investis. Le dispositif a concerné beaucoup d'ophtalmologie, de pathologies respiratoires, de patients de gynécologie, gastro-entérologie et du plateau technique de chirurgie ambulatoire.



Malgré un travail sur le parcours patient, sur la communication (vidéo dans les salles d'attente : plus pédagogique pour les équipes), il est difficile de changer les habitudes.

Une démarche d'évaluation médico-économique est en cours avec le CHU, et qualitative/ sociologique avec une sociologue en santé (satisfaction du patient à froid, ressentis, présupposés des équipes pour développer le dispositif).

Le projet repose sur la prescription et l'orientation du médecin ; mais le patient doit devenir plus acteur de son parcours.

Les freins constatés avec les professionnels portent sur l'impression de privatisation de l'hôpital, le report de responsabilités...

L'accompagnement au changement est important et à prévoir dans le temps. Une vidéo destinée aux patients, basée sur l'expérience patient, va être réalisée. »

6 - Les parties prenantes très concernées : hôteliers, URPS, représentants des usagers, le/les médecin(s) du département d'information médicale et les chefs de service et cadres d'unités en lien fort avec la filière intégrant l'hôtel hospitalier : services d'accueil des urgences, maternité, bloc opératoire, les personnels des services transversaux et médico-techniques : radiologie, laboratoire, de gestion administrative des usagers et des secrétariats. 7 - Les parties prenantes plutôt concernées : services hospitaliers, partenaires sociaux, ambulanciers, pompiers...

1.2

Mobiliser et rassurer les professionnels sur la dissociation soins/hébergement

Dissocier les soins de l'hébergement induit un changement culturel important. Les équipes hospitalières et notamment la communauté médicale s'interrogeront sur la sécurité des patients, le champ de la responsabilité médicale, l'intérêt du dispositif pour le patient, mais aussi le fonctionnement même des hôtels hospitaliers.

Pour fédérer les professionnels et les associer pleinement à la réussite du projet, il convient donc de partager avec eux les atouts du dispositif :

- offrir un service supplémentaire aux patients, améliorant leurs conditions d'hospitalisation ;
- développer les prises en charge ambulatoires (médecine, chirurgie, obstétrique) ;
- limiter les hospitalisations inadéquates ;
- réduire les durées de séjour en limitant le nombre de nuits inopportunes ;
- optimiser la gestion des lits ;
- intégrer l'hôtel hospitalier dans la réflexion capacitaire dans le cadre d'un projet immobilier.



LA PAROLE AUX PROFESSIONNELS HOSPITALIERS L'HÔTEL HOSPITALIER AMÉLIORE LA QUALITÉ DES PRISES EN CHARGE

Propos recueillis par le groupe de travail

« En pré-hospitalisation, l'hôtel hospitalier permet de s'assurer de la présence des patients « starters » en début de programme interventionnel et améliore la qualité des prises en charge (parcours fluides, évite les démarrages tardifs). »

« Le plateau de chirurgie ambulatoire voit transiter 43% des patients de l'hôtel hospitalier. Les anesthésistes et les secrétaires médicales des consultations d'anesthésie ont été identifiés comme des vecteurs importants du dispositif. En effet, garder le patient à proximité de l'hôpital après une intervention sécurise la chirurgie ambulatoire, voire la rend possible. La conduite d'un véhicule est en effet déconseillée au minimum pendant la journée de l'intervention et la fatigue est l'un des principaux symptômes constatés après une anesthésie générale. »

BONNES PRATIQUES

FORMALISER EN PRIORITÉ LE PARCOURS DES URGENCES



Afin de lever les inquiétudes, il est recommandé de formaliser en priorité le parcours des urgences survenant pendant l'hébergement en hôtel hospitalier et celui des personnes handicapées ou âgées :

- Une ré-hospitalisation non programmée requiert une bonne coordination entre les différents acteurs de l'hébergement, les services prescripteurs et les urgences. C'est pourquoi les modalités de transport depuis l'hôtel hospitalier, d'entrée dans l'établissement (entrée directe dans l'unité de soins ou *via* les urgences), et de reprise du parcours à l'issue de la prise en charge, doivent être précisément définies et régulièrement évaluées.
- L'accessibilité concerne le cheminement, les conditions d'accès et d'accueil, les circulations horizontales et verticales à l'intérieur des bâtiments, mais également entre l'hôtel hospitalier et l'unité de soins des personnes en situation de handicap ou âgées.

SOULIGNER LES EFFETS POSITIFS

- L'amélioration du service rendu en matière de confort ou d'accompagnement, qui facilite l'amont et l'aval des prises en charge et qui est plébiscitée par les patients et les professionnels ;
- L'intérêt : avec des effets de réputation à l'échelle de l'établissement ;
- L'évolution des pratiques et du taux de prises en charge ambulatoires ;
- La gestion des lits hospitaliers ainsi libérés.

Figure 3. Propositions d'actions pour favoriser la mobilisation des acteurs

<p>Portage du dispositif</p>	<p>Mettre en place un portage institutionnel fort par la direction générale, la direction des soins et la CME, avec inscription au projet d'établissement</p> <p>Intégrer les objectifs de l'hôtel hospitalier dans les contrats de pôle</p> <p>Constituer un groupe de personnes-ressources porteuses du projet dont les bed manager, infirmier(e)s coordinateur(rice)s, et gestionnaires de l'hôtel hospitalier</p> <p>Être attentif aux moyens de mise en place (bon niveau de gouvernance), incitations à faire (autorité, légitimité...)</p> <p>Constituer un trinôme référent (éventuellement polaire) administratif, soignant, médical pour construire le dispositif et communiquer auprès des services</p>
<p>Intégration des équipes soignantes</p>	<p>Constituer une équipe pluridisciplinaire avec un médecin pilote référent de la CME à l'échelle de l'établissement</p> <p>Rencontrer toutes les équipes associant médecins, infirmier(e)s de programmation, encadrement soignant et secrétaires pour faciliter leur intégration dans le dispositif, en laissant la décision de l'organisation du parcours au niveau de chaque spécialité</p>
<p>Intégration des usagers</p>	<p>Associer des représentants des usagers dès le montage du dispositif</p> <p>Inclure des usagers en particulier dans la partie satisfaction/évaluation</p>
<p>Implication et engagement</p>	<p>Accompagner le changement culturel en partageant les besoins, les enjeux et les objectifs du projet</p> <p>Levée des craintes : (re)définir la procédure en cas de problème, avec numéro de téléphone en cas d'urgence</p> <p>Valoriser l'intérêt et la satisfaction du patient pour de meilleures conditions d'hébergement en amont et en aval d'une hospitalisation</p> <p>Valoriser les chambres individuelles, la qualité des repas, l'intimité familiale et l'autonomie</p> <p>Valoriser une préparation plus sereine, l'accès à des prises en charge spécialisées non disponibles en proximité et à l'ambulatoire</p> <p>Valoriser le SAS considéré comme plus sécurisant que le domicile car situé à proximité de l'établissement</p> <p>Renforcer l'image de marque des hôteliers</p> <p>Indiquer des perspectives de remplissage à la structure hôtelière en cas de montée en charge progressive de l'activité avec peu de volume au démarrage</p>
<p>Acculturation</p>	<p>Organiser des visites régulières de l'hôtel hospitalier (soignants, médecins, patients) pour observer le niveau de service et de confort et faire connaître ce qui est proposé</p> <p>Présenter l'hôtel hospitalier aux instances hospitalières (CME, CHSCT, CTE, CSIRMT)</p> <p>Intervenir avec pédagogie auprès des équipes (temps dédié à la gestion de projet, ressources affectées en fonction de la charge en soins) pour qu'elles s'approprient le dispositif et fassent évoluer leurs organisations</p> <p>Établir des partenariats avec les écoles de management en hôtellerie-restauration pour favoriser l'acculturation des futurs managers des hôtels hospitaliers</p>
<p>Communication</p>	<p>Informers les patients dès la prise de rendez-vous téléphonique, en ligne ou <i>via</i> un support de communication</p> <p>Développer une stratégie de communication globale et pédagogique</p> <p>Multiplier les supports d'information : publier des articles dans le journal de l'établissement avec interviews patients, réaliser un film avec les différents intervenants et le patient bénéficiant de l'hôtel hospitalier, diffuser l'information par des flyers, dans le livret d'accueil, sur les panneaux d'affichage dans les salles d'attente et le bureau des entrées, par vidéo sur le réseau de télévision interne en salle de consultations, sur le site internet de l'établissement, sur le portail patients, sur les réseaux sociaux</p> <p>Publier un article dans la presse locale</p>

ÉCUEILS À ÉVITER

Des erreurs de communication ou de stratégie relatives à l'organisation de l'hôtel hospitalier ou à l'allocation de moyens peuvent anéantir les chances de faire aboutir le projet. Un certain nombre de pratiques sont ainsi à éviter.

CELLULE PROJET

- Développer des procédures de mise en œuvre complexes ou incomplètes ;
- Composer la cellule projet de personnes réfractaires au changement ;
- Choisir un pilote inadéquat (manque de légitimité, de leadership, ou d'expertise en conduite de projet) ;
- Créer une cellule projet sans moyen d'agir (absence de moyens et de temps dédié) ;
- Manquer de portage institutionnel fort (direction).

ÉQUIPE SOIGNANTE

- Négliger de l'impliquer et de la motiver ;
- Communiquer sur les seuls impacts capacitaires ou de DMS.

INFORMATION ET COMMUNICATION

- Baser la communication sur les seuls impacts économiques ;
- Cibler les seuls acteurs du projet internes à l'établissement (en excluant les partenaires externes⁸ et les représentants des usagers).



ADHÉSION DES PATIENTS

- Avoir des conditions d'accueil ou d'hébergement insatisfaisantes (hébergement mixte patients et internes en médecine, inconfort, nuisances sonores...);
- Négliger de répondre au sentiment d'isolement ou d'insécurité ;
- Négliger de les informer d'un éventuel reste à charge (contrairement à la nuit en hospitalisation).

PRESTATAIRES D'ÉTABLISSEMENTS À CARACTÈRE HÔTELIER

- Imposer des contraintes excessives ;
- Laisser s'installer une mauvaise cohabitation entre la clientèle et les patients.

⁸ - Partenaires externes : professionnels libéraux, hôteliers, transporteurs, ambulanciers, etc.

Étape 2

Structurer le dispositif

2.1 Identifier les patients éligibles
page 14

2.2 Choisir une solution d'hébergement
page 14

2.3 Organiser les relations entre l'établissement et l'hôtel hospitalier
page 16

2.4 Évaluer régulièrement pour ajuster le dispositif
page 17

2.1

Identifier les patients éligibles

C'est le point de départ pour concevoir le dispositif. Le ciblage est à établir avec les différents services concernés, sur la base des critères d'éligibilité définis par la Haute Autorité de Santé⁹ ainsi que les textes d'application de la LFSS pour 2021.

Les équipes auront ensuite à identifier les services qui peuvent recourir à l'hôtel hospitalier. Si a priori tous les services peuvent s'y engager, il convient de prioriser le déploiement selon l'adhésion des équipes et le besoin. Les premières initiatives réussies favoriseront l'extension du périmètre.

La plupart des établissements expérimentateurs ont ciblé d'abord la médecine, notamment les hospitalisations de jour, pour des traitements itératifs tels que les cures de chimiothérapie (particulièrement éprouvantes pour les patients). En chirurgie, la prestation contribue à la réduction de la durée de séjour en évitant une hospitalisation la veille d'une intervention ou d'un examen. Il ressort également que le nombre de patients concernés par la prestation évolue au fil du temps, en lien avec l'évolution des pratiques. Il est nécessaire de s'adapter en fonction des protocoles de prise en charge en restant à l'écoute des équipes.

BONNES PRATIQUES

CONSTRUIRE UNE GRILLE DE CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ POUR CHAQUE SERVICE



La construction d'une grille de critères d'éligibilité pour chaque service, sur la base des critères de la Haute Autorité de Santé, permet d'exclure les séjours non pertinents (ceux de personnes âgées dépendantes ou ceux liés à des motifs sociaux par exemple).

Construite avec l'ensemble des parties prenantes et chaque service en fonction d'éléments médicaux spécifiques à la filière, cette grille définit :

- les critères d'éligibilité à un hébergement *a priori* ;
- les critères d'éligibilité à un hébergement « sous réserve » ;
- les critères d'exclusion.

Elle permet de proposer une prestation d'hébergement en routine pour les premiers, et sous conditions pour les seconds, ce qui fluidifie les parcours.

2.2

Choisir une solution d'hébergement

Dans un second temps, il convient d'opter pour une des solutions d'hébergement envisageables : hébergement intra-hospitalier (dans des locaux dédiés), externe (location de meublés), partenariats avec des chaînes hôtelières et maisons d'accueil hospitalières, ou mutualisation de la structure d'hébergement entre plusieurs établissements de santé.

Pour y parvenir, il faut déterminer :

→ Les contraintes et spécificités des patients concernés. L'éloignement de l'hôtel hospitalier est à prendre en compte service par service, en tenant compte de la mobilité, des capacités de repérage et de marche restreintes de certains patients ;

→ Les moyens à disposition : les ressources disponibles en interne peuvent également orienter le choix, notamment pour les établissements qui disposent d'un patrimoine foncier disponible ;

→ L'impact sur les patients : quelle que soit la modalité d'hébergement retenue, les patients doivent pouvoir s'organiser

⁹ - Critères d'éligibilité des patients à un hébergement à proximité d'un établissement de santé, HAS, novembre 2015

en planifiant des activités ou des prises en charge dont ils disposaient à domicile habituellement ;

→ L'impact sur la filière médicale, soignante et administrative : toute la chaîne hospitalière est impactée par un hébergement dissocié des soins. Il convient de lister précisément les activités spécifiques qui doivent être maîtrisées, par exemple la traçabilité du recueil de l'accord du patient dès la consultation médicale ou la gestion des réservations ;

→ L'impact sur les systèmes d'information : la gestion des réservations par exemple questionne la maturité des systèmes d'information et leur capacité à s'interconnecter avec des plateformes externes ainsi qu'à absorber des parcours « dérogatoires » aux flux de consultations et d'hospitalisations conventionnelles.

BONNES PRATIQUES

ÉVALUER LE NOMBRE DE PATIENTS ET PRÉVOIR UNE MONTÉE EN CHARGE PROGRESSIVE

Pour évaluer le nombre de patients éligibles, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet une première approche. Les équipes doivent également se poser la question du seuil idéal pour l'établissement en tenant compte des impacts économiques et organisationnels du dispositif.

CO-CONSTRUIRE UN CAHIER DES CHARGES AVEC LES USAGERS

Pour développer puis maintenir une prestation optimale et ainsi fidéliser la patientèle, l'offre de services doit continuellement s'ajuster aux besoins des patients. Cela peut se faire dans un cahier des charges co-construit avec les usagers, qui fera l'objet d'évaluations régulières.

Ce cahier des charges précisera notamment le niveau d'attente en matière de :

- sécurité : présence ou non dans les locaux de l'hôtel hospitalier d'un interlocuteur la nuit par exemple ;
- qualité d'accueil et de mise en place de services dédiés : par exemple la distribution d'un box d'accueil ou le placement des patients au même étage ;
- qualité des repas : présence d'un distributeur de boissons, flexibilité des horaires de repas, intégration des régimes alimentaires particuliers, valorisation du « bien manger » comme adjuvant aux soins... ;
- services : conciergerie, espace de coworking, salle des parents accompagnants des patients enfants...



ÊTRE VIGILANT SUR LE CARACTÈRE PRATIQUE ET ACCUEILLANT DE L'HÔTEL HOSPITALIER

Ces deux aspects seront déterminants pour la qualité du service et la satisfaction des patients. Pour cela, il faut être vigilant à plusieurs points clés du lieu d'hébergement :

- La proximité, l'environnement et l'accessibilité ;
- la qualité de l'accueil ;
- la sécurité ;
- les prestations incluses (wifi, télévision, etc.) ;
- un service de restauration proposant des repas adaptés aux régimes particuliers.

L'offre de services joue également une part importante. Selon les patients accueillis, des prestations adaptées peuvent être proposées :

- des services de proximité : restaurant, librairie, alimentation, coiffeur, etc. ;
- des espaces de convivialité pour les patients et les associations de patients ;
- des activités spécifiques : relaxation, sophrologie, remise en forme physique douce, telles que proposées par le CHU de Lyon dans le cadre de la RAAC et plus de 250 hôpitaux et cliniques à travers le monde¹⁰.

10 - « Plus de 250 hôpitaux proposent la méditation », Balises, 2 août 2017

2.3

Organiser les relations entre l'établissement et l'hôtel hospitalier

Il s'agit de définir l'organisation entre les unités de soins et l'hôtel hospitalier, les besoins en transports et le nombre de chambres nécessaires. Pour éviter des blocages, la montée en charge du dispositif doit être explicitée dès le démarrage du projet.

RETOUR D'EXPÉRIENCES

RÉSERVATIONS À L'INSTITUT GUSTAVE ROUSSY

L'institut Gustave Roussy, situé à Villejuif, est le premier centre de lutte contre le cancer en Europe. Cet acteur sanitaire de premier plan a développé en 1988 un partenariat avec un hôtel à proximité, puis un second en 2010. Actuellement ces partenariats permettent de mettre à disposition 69 chambres doubles et 45 studios par semaine, répartis entre 2 hôtels. Ils ont accueilli en 2018 environ 900 patients, réalisé 5 639 nuitées et servi 7 039 repas. Le taux d'occupation est satisfaisant, avec une légère optimisation à prévoir.

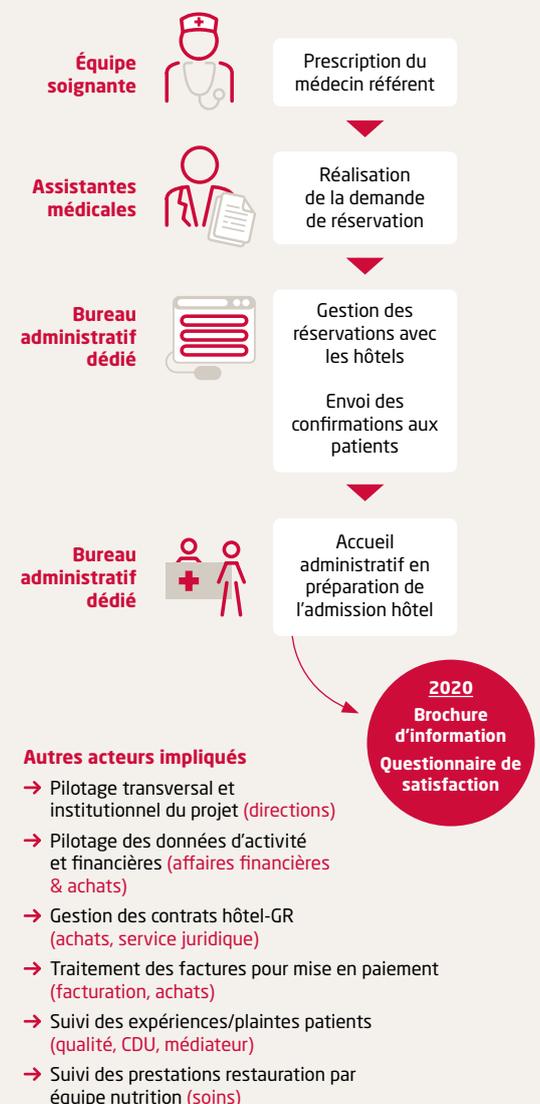
Ce projet hautement collaboratif nécessite une forte implication des différents corps de métier. La gestion des réservations est centralisée par une équipe administrative dédiée. Celle-ci présente une organisation efficace vis-à-vis du nombre de nuitées à gérer (réservations aux hôtels, confirmation de réservations aux patients, gestion des annulations, reprogrammations selon le parcours de soins, accueil des patients pour informations sur le dispositif...). Le dispositif est plébiscité par les patients.

Pour la traçabilité des séjours, les 2 hôtels sont gérés dans un module informatique spécifique, similaire à une gestion des lits. Un outil informatique en gestion prévisionnelle serait plus efficient quant à la répartition des nuitées sur les 2 hôtels (cela afin de limiter le coût lié aux réservations non honorées.)

RÉSERVATIONS AU CHU DE NÎMES

Un agenda partagé avec la Maison des Parents, équipée d'un poste informatique, permet de suivre la disponibilité des lits de l'hôtel hospitalier en temps réel. Cet agenda est consulté à la fois par les bed managers et par la plateforme opérationnelle de sortie du CHU. Un rappel systématique des patients est réalisé la veille de leur venue à l'hôtel hospitalier par le secrétariat de la plateforme.

Figure 4 : Organisation interne à l'Institut Gustave Roussy



ÉCUEILS À ÉVITER

UNE COORDINATION IMPARFAITE AVEC LE LIEU D'HÉBERGEMENT

La coordination des activités (repas, transport) entre le lieu d'hébergement et les unités de soins est difficile à réaliser en raison de la variété du fonctionnement propre à chaque service. Un ajustement imparfait entre l'hôtel hospitalier et l'unité de soins peut occasionner des retards qui désorganisent les prises en charge et compromettent l'adhésion des équipes de soins par ailleurs exposées à l'insatisfaction des patients. Il convient donc de sécuriser cette coordination.

Pour une coordination optimale, différents outils peuvent être mobilisés, tels qu'un agenda partagé pour les réservations, le dossier patient informatisé, ou la mise en place d'une gestion centralisée.



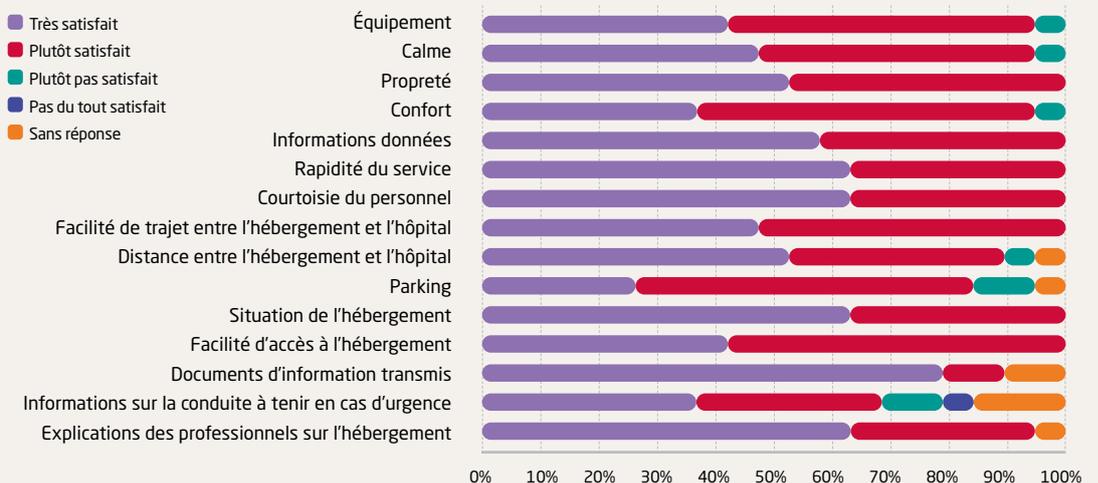
2.4 Évaluer régulièrement pour ajuster le dispositif

Il faut ajuster régulièrement la prestation en fonction des attentes des patients en amont de l'hébergement ainsi que de leur expérience. L'évaluation doit porter également sur des éléments spécifiques tels que l'analgésie, l'alimentation, et être complétée du retour des professionnels.

RETOUR D'EXPÉRIENCES

L'EXPÉRIENCE PATIENTS À L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE DE LORRAINE

Figure 5 : Évaluation de l'hébergement non médicalisé



Étape 3

Définir le parcours du patient

3.1 Décrire les étapes de
la prise en charge
page 20

3.1

Décrire les étapes de la prise en charge

Chaque étape du parcours hospitalier du patient doit être définie, selon son état de santé et ses besoins. Le parcours décrit de façon chronologique les étapes que traverse le patient au cours de sa prise en charge. Ce séquençage permet d'identifier les ressources nécessaires en personnel, infrastructures, équipements, etc.

Il permet également de mettre en évidence les points de coordination nécessaires entre les acteurs pour anticiper les réservations, gérer les annulations de dernière minute et éviter la transmission d'informations incomplètes.

RETOUR D'EXPÉRIENCES

LE PARCOURS PATIENT AVEC PRESTATION D'HÉBERGEMENT AU CHU DE RENNES

Un partenariat a été noué avec une résidence étudiante dont 5 studios sont dédiés à l'hôtel hospitalier, à proximité directe du site de Pontchaillou. En début d'année 2021, la moyenne mensuelle est de 27 nuitées. Le parcours patient concerne les patients chirurgicaux en pré ou post-opératoire et les patients de médecine (hématologie principalement ou sur protocole spécifique). Le dispositif s'appuie sur :

→ les leviers existants d'amélioration du parcours patient : accueil JO, optimisation de la durée prévisionnelle de séjour ;

→ l'information préalable du patient et la transmission des documents propres à chaque spécialité ;
→ la coordination de la réservation par la cellule de gestion centralisée des lits.

L'expérimentation montre que le développement de l'hôtel hospitalier requiert :

→ une intégration systématique dans le parcours patient ;
→ une communication adaptée auprès des équipes hospitalières, permettant de cibler l'ensemble des patients éligibles entre les différentes spécialités.

Figure 6 : La place du dispositif dans le parcours patient

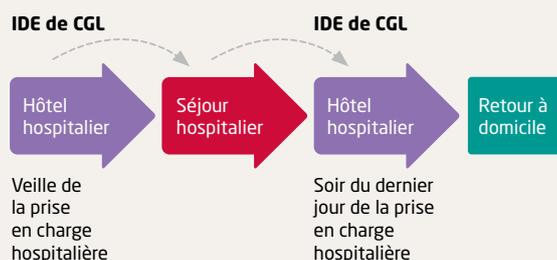


Figure 7 : Le parcours hôtel hospitalier en pré-hospitalisation

1. Consultation chirurgicale/médicale
2. IDE de programmation
3. Consultation anesthésie
4. Préadmission
5. Hôtel hospitalier à J -1
6. Séjour hospitalier à J 0

Figure 8 : Intégration du séjour hôtelier

1. Évaluation des indications et critères d'éligibilité par le médecin ou l'IDE à l'issue de la consultation chirurgicale/médicale.
2. Envoi d'un mail par l'IDE de programmation à la CGL d'identification du patient éligible accompagné de la fiche administrative du patient.
3. Si l'IDE de programmation voit le patient : remise des documents par l'IDE de prog (fiche de consentement et de réservation, note d'information, fiche repas) au patient qui adresse dès que possible complété/signé à la CGL.
Si l'IDE de programmation ne voit pas le patient : Envoi des documents au patient par la CGL.
4. Réservation à la résidence Whôo par la CGL.
5. Commande du repas *via* l'outil interne de commande par la CGL.
6. Attestation du séjour par la résidence Whôo.
7. Facturation.

Figure 9 : Le parcours hôtel hospitalier en post-hospitalisation

1. Séjour hospitalier
2. Visite médicale autorisant hébergement à l'hôtel hospitalier avant retour à domicile
3. IDE de parcours/IDE d'hospitalisation
4. Hôtel hospitalier : le jour de sortie (avec éventuellement consultation)
5. Retour à domicile

Cumul possible des deux parcours en pré et post-hospitalisation

RETOUR D'EXPÉRIENCES

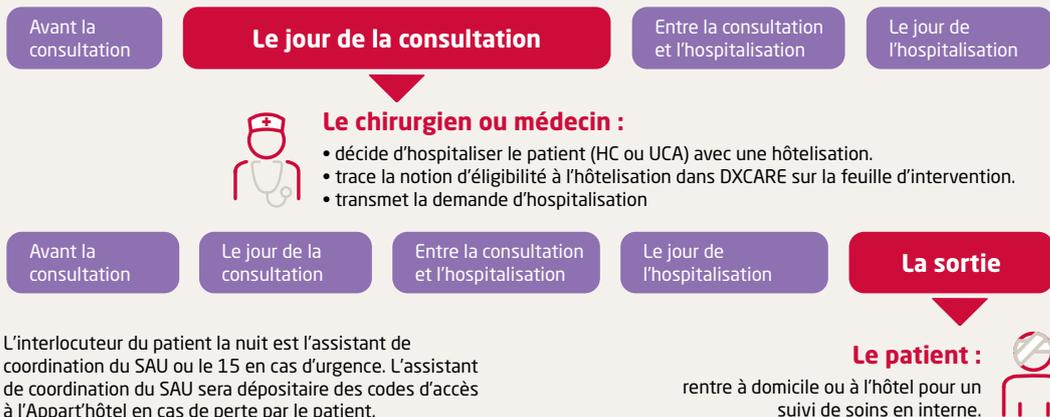
LE PARCOURS PATIENT EN CHIRURGIE ET EN RADIOTHÉRAPIE AVEC HÉBERGEMENT AU CHRU DE NANCY

Un partenariat a été noué avec un Apart hôtel et 4 studios loués à l'année (pour le CHRU de Nancy et l'Institut de cancérologie de Lorraine).

Au CHRU : la centralisation des réservations est réalisée par des infirmier(e)s de parcours après décision médicale. La mise en œuvre a été facilitée par l'existence du programme OPP (optimisation du parcours patients) qui permet de gérer les lits et les programmations d'hospitalisation de tout le secteur médecine, chirurgie et obstétrique. Ainsi la réservation d'une hôtélisation est intégrée dans la programmation du séjour par les infirmier(e)s de parcours.

Parcours du patient en chirurgie et en radiothérapie : le chirurgien ou le radiothérapeute vérifie en consultation que le patient est éligible à l'hôtel hospitalier. L'éligibilité est confirmée ou non par l'anesthésiste au cours de la consultation pré-anesthésique ou en radiothérapie. La réservation est réalisée par les secrétariats d'anesthésie ou du plateau technique via Dxcare/Dxplanning©.

Figure 10 et 11 : Parcours patient en chirurgie et en radiothérapie



BONNES PRATIQUES

VEILLER À LA FLUIDITÉ DE L'ORGANISATION

Pour garantir la fluidité du parcours patient, il est nécessaire :

- d'articuler le séjour hospitalier avec l'amont et l'aval des prises en charge ;
- d'anticiper les dates et les modalités d'hospitalisation ;
- d'identifier les séjours adaptés à un hébergement.



Figure 12. Propositions d'actions pour fluidifier le fonctionnement

<p>Organisation générale</p>	<p>Centraliser les étapes pour éviter les organisations en silo</p> <p>Écouter les professionnels de terrain pour supprimer des points de blocage et capitaliser sur les points positifs</p> <p>Assurer la transparence dans le traitement des événements indésirables</p> <p>Organiser la participation des représentants des hôtels hospitaliers aux comités de suivi de projet</p>
<p>Facilité de mise en place</p>	<p>Organiser la modularité des locaux</p> <p>Tester les trajets avec les différents services (distances, durée et signalétique)</p> <p>Organiser une réservation directe par le patient ou <i>via</i> l'établissement hospitalier</p> <p>S'appuyer sur les dispositifs existants de gestion des lits, plateforme informatisée de réservation avec les disponibilités en temps réel, agenda partagé</p> <p>Définir et organiser le lien entre le service de restauration hospitalier et la réservation de l'hébergement</p> <p>S'assurer de la visibilité sur la prise en compte des demandes des patients</p> <p>Au démarrage, intégrer des emplois civiques dans l'accompagnement des patients par exemple les personnes âgées</p>
<p>Information</p>	<p>Organiser l'information des parties prenantes et des patients la plus large et le plus en amont possible</p> <p>Améliorer les circuits d'information entre services de soins et services administratifs</p> <p>Organiser la communication avec les services de transports (navettes, bornes d'appel...)</p> <p>Envoyer le parcours patient par téléphone pour suivi (heure de rendez-vous, compte rendu disponible, etc.)</p> <p>S'assurer que les modalités de retour dans l'établissement de santé, s'il s'avère nécessaire durant le séjour en hôtel hospitalier, sont connues, affichées, testées</p> <p>Informé le patient le plus précocement possible, information à donner par le médecin lors de la consultation initiale et tout au long de son parcours</p> <p>Concevoir des supports de communication à destination du patient</p> <p>Concevoir et diffuser un « passeport patient hôtel hospitalier »</p> <p>Penser la signalétique avec les patients et avec les services (ophtalmologie par exemple)</p>

Annexe 1

Méthodologie du travail réalisé

Entre mars et novembre 2020, l'ANAP a conduit un travail de documentation des différents modes de mise en place et de fonctionnement des hôtels hospitaliers.

Ce travail s'est inscrit dans le cadre d'une démarche ayant pour vocation de :

- faciliter la mise en œuvre du dispositif hôtel hospitalier par les expérimentateurs ;
- identifier les leviers d'optimisation du dispositif ;
- capitaliser sur l'expérimentation réalisée dans la perspective d'une généralisation du dispositif.

Cette démarche a été menée en collaboration avec :

- des établissements de santé, en l'occurrence 19 sites expérimentateurs parmi les 32 établissements de santé, ayant finalement contribué à l'évaluation du dispositif hôtel hospitalier en 2019¹¹ ;
- des représentants des ARS, notamment celles de Bretagne, Grand-Est, Hauts-de-France et Ile-de-France ;
- des représentants de plusieurs fédérations¹².

Trois thématiques principales ont été investiguées par le groupe de travail :

- l'élaboration d'un diagnostic du fonctionnement des hôtels hospitaliers à partir du recueil du retour des expérimentateurs ;

→ la modélisation du dispositif des hôtels hospitaliers dans ses aspects organisationnel, opérationnel et de la prise en charge du patient ; formalisée selon une méthode de conception de service Design blueprint¹³ ;

→ les facteurs clés de succès.

Un tableau synoptique consolide l'ensemble des étapes et actions du dispositif.

Les travaux ont été complétés par des éclairages approfondis, partagés par certains des expérimentateurs. Il s'agit :

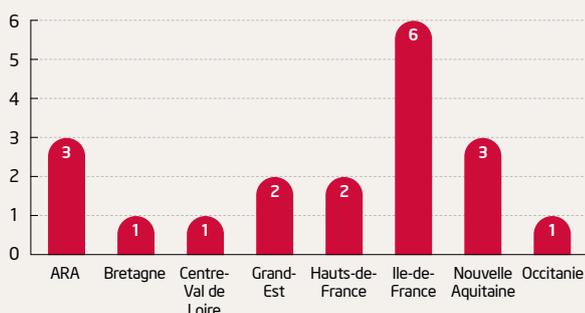
- du CHRU de Nancy et de l'Institut de cancérologie de Lorraine : le dispositif Hôtelisation et le parcours en chirurgie et radiothérapie ;
- du CHU de Rennes : le dispositif Hôtel hospitalier et la place du dispositif dans le parcours patient ;
- du CHU de Clermont-Ferrand : le dispositif H2E d'Estaing et le bilan d'activité ;
- de l'Institut Gustave Roussy : le dispositif d'Hébergements non médicalisés et l'organisation de la réservation ;
- du CHU de Nîmes : la Maison des parents et l'agenda partagé ;
- de la Mutualité Limousine Limoges : le Home du Buisson et une étude sociologique du dispositif d'hôtel hospitalier.

Annexe 2

Éléments de descriptions des sites expérimentateurs

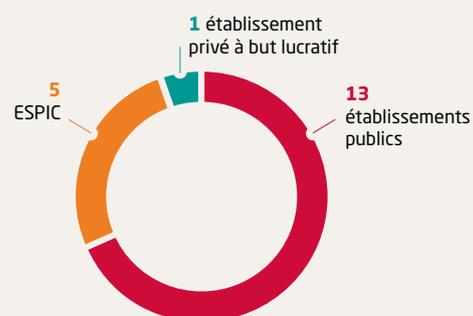
8 régions sont représentées dans le groupe de travail qui comprend 19 établissements.

Figure 13. Nombre d'établissements inscrits par région



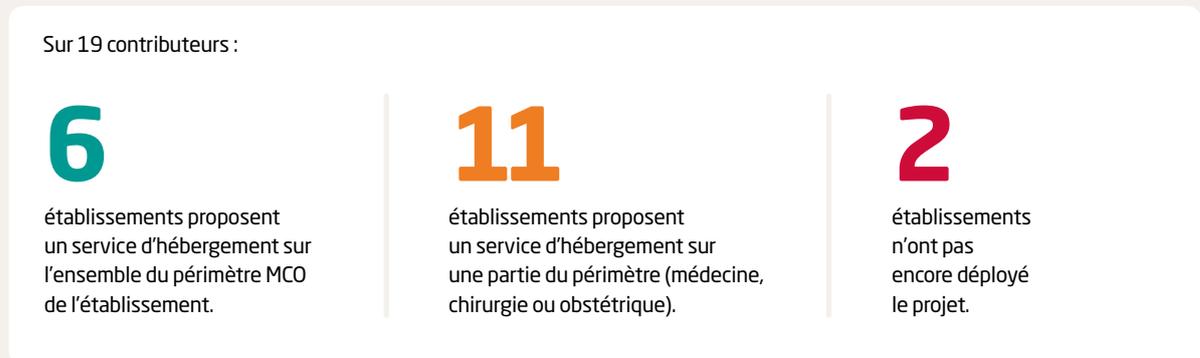
Les établissements sont majoritairement de statut juridique public.

Figure 14. Statut des établissements inscrits



11 - Depuis juillet 2017, 41 établissements de santé ont été habilités à proposer cette prestation à titre expérimental pendant une durée de 3 ans. **12** - la Fédération hospitalière de France, la Fédération de l'hospitalisation privée, la Fédération des établissements hospitaliers et l'aide à la personne, la Fédération nationale des centres de lutte contre le Cancer (« Réseau Unicancer »), la Fédération des maisons d'accueil hospitalières et la Mutualité française Limousine. **13** - En Design de Service, le Blueprint cartographie les interactions entre les acteurs.

Figure 15 : Niveau de déploiement des hôtels hospitaliers au sein des établissements



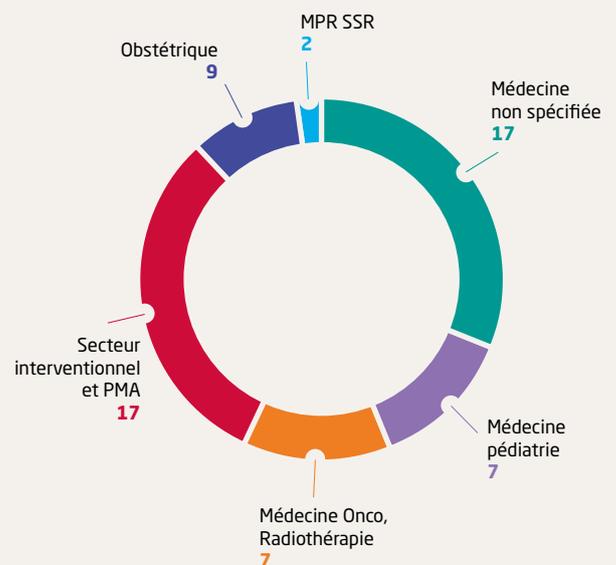
Les 17 établissements qui ont déployé partiellement ou complètement un hébergement comptent en moyenne 3 unités de soins ou spécialités distinctes prescrivant des nuitées (*figure 16*).

La typologie présentée porte sur le nombre d'unités de soins prescriptrices et non pas sur le volume en nuitées réalisées par chaque unité.

Trois constats se dégagent de la répartition des unités de soins prescriptrices d'hébergement :

- ces unités de soins relèvent quasi exclusivement des secteurs de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et seuls 2 services relèvent des activités de médecine physique, soins de suite et de réadaptation ;
- les services de médecine (17) et les unités des secteurs interventionnels (17) sont représentés à parts égales ;
- le nombre de prescriptions issues des services d'obstétrique et de pédiatrie, ainsi que le nombre de séances et venues itératives (radiothérapie, chimiothérapie, douleur) constituent près de 39% du périmètre ciblé par les établissements (23).

Figure 16 : Typologie des unités de soins prescriptrices d'hébergement



Glossaire

AP-HP

Assistance publique hôpitaux de Paris

ARS

Agence régionale de santé

CH

Centre hospitalier

CHI

Centre hospitalier intercommunal

CHSCT

Comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail

CHU

Centre hospitalier universitaire

CME

Commission médicale d'établissement

CSIRMT

Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques

CTE

Comité technique d'établissement

ESPIC

Établissement privé d'intérêt collectif

FEHAP

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires

FHF

Fédération hospitalière de France

FHP

Fédération de l'hospitalisation privée

HAS

Haute Autorité de Santé

HTNM

Hébergement temporaire non médicalisé

ICL

Institut de cancérologie de Lorraine

Remerciements

L'ANAP souhaite remercier tout particulièrement :

- **Atouf Fatiha**, FHP-MCO
- **Avit Virginie**, CHU de Clermont-Ferrand
- **Baehr Ingrid**, ARS Hauts-de-France
- **Beck Morgane**, ARS Grand-Est
- **Bertin Aline**, Mutuelle Française Limousine
- **Bethoux Jean-Pierre**, FHF
- **Bouchenoire Thibault**, CHU de Tours
- **Boucher Sandrine**, UNICANCER
- **Cadalen Monique**, CHU de Rennes
- **Caillat Helene**, FEHAP
- **Chardeau Marie**, CHU de Nimes
- **Chesnel Guillaume**, FEHAP
- **Chevance Cécile**, FHF
- **Compain Laure**, ARS Bretagne
- **Dancoisne Clémence**, UNICANCER
- **De Faverges Hélène**, Établissements de santé de Paris ap-hp Paris
- **Durand Annaïg**, ARS Île-de-France
- **Durand Luc**, CHU de Bordeaux
- **Duverneuill Géraldine**, Établissement de santé Bichat AP-HP Paris
- **Farfara Isabelle**, Établissement de santé Bichat AP-HP Paris
- **Fillette Magali**, CHU de Valenciennes
- **Flieler Barbara**, CHRU de Nancy
- **Forte Stéphanie**, Établissement de santé Foch de Suresnes
- **Gamel Sylvie**, CHRU de Nancy
- **Guilloux-Jacquemin Myriam**, Établissement de santé Necker AP-HP Paris
- **Humbert-Eloy Béatrice**, Centre hospitalier Annecy Genevois
- **Igersheim Corinne**, Établissement de santé Bichat AP-HP Paris
- **Jaillard Géraldine**, ARS Bretagne
- **Laffage Céline**, Infirmerie protestante de Lyon
- **Le Borgne Gildas**, CHU de Rennes
- **Lecherf Alain**, CHU de Valenciennes
- **Lefranc Hugues**, CHU de Valenciennes
- **Lejri Donia**, Institut Gustave Roussy
- **Mazue Henri**, Maisons d'accueil hospitalier
- **Mejdoubi Mehdi**, CHU de Valenciennes
- **Mizzi Violaine**, CHU de Tours
- **Mokede Alexandre**, FHF
- **Pacquit Alain**, CHI Meulan Les Mureaux
- **Pasquier Éric**, Polyclinique de Limoges
- **Paugam Olivier**, ARS Bretagne
- **Portolan Nicolas**, Institut Bergonie à Nimes
- **Pottier Sophie**, CHRU de Nancy
- **Sommier Bertrand**, FHP
- **Sourdille Aurélien**, FHF
- **Sterin Claire**, ARS IDF
- **Thuilleaux Léa**, CHRU de Reims
- **Touchagues Laurent**, Fédération des maisons d'accueil hospitalier
- **Zamiara Celia**, ARS HDF



Auteurs de la publication

Nadine Farcy
Pascale Martin

Mentions légales

Financement: les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts: les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage: l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle: les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement: « Mettre en place un hôtel hospitalier - bonnes pratiques et étapes clés © ANAP 2021 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé sur papier PEFC

Août 2021

Les hôtels hospitaliers offrent un hébergement temporaire non médicalisé aux patients en amont, en alternance ou en aval d'une hospitalisation.

Cette publication décrit les étapes clés et les bonnes pratiques de mise en place d'un hôtel hospitalier.

