

---

# RAPPORT SUR L'INTERET DE L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE NON MEDICALISÉ

ÉTUDE PAR SPECIALITÉ MÉDICO-CHIRURGICALE  
DES NOUVEAUX PARCOURS DE SOINS IMPLIQUANT  
L'HEBERGEMENT TEMPORAIRE NON MEDICALISE  
(HTNM) ET LEUR IMPACT MEDICO-ECONOMIQUE

---

## RAPPORTEURS DE L'ÉTUDE :

Professeur Francis NAVARRO (*Chirurgien, CHU de Montpellier*);

Professeur Emérite Jean-Pierre BETHOUX (*Consultant en H.T.N.M*);

Docteur Grégoire MERCIER (*Responsable Equipe de science  
des données de santé, CHU de Montpellier*).



## COMPOSITION DU COMITÉ DE PILOTAGE :

ANAP (Mr T.Brienen),  
FHF (Mr A.Sourdille),  
FHP (Mr L. Gharbi),  
FEHAP (Mm. M-S. Desaulle, Mr C.Guepratte,  
Mr A. Joan Grange, Mr N.Villenet),  
FSM  
(Mr F. Fossati, Pr O.Goëau-Brissonnière),  
UNICANCER (Pr J-Y. Blay),  
Association Française  
de chirurgie (Mr F.Navarro),  
Académie de Médecine  
(Mr P.Tranbahy),  
Académie de Chirurgie  
(Mr A.Benhamou)  
Mutualité Française (Mme A. Oder,  
Mme L-M. Issanchou).

## COORDONNATEURS DE L'ÉTUDE :

Professeur Francis NAVARRO  
(Chirurgien, CHU de Montpellier);  
Professeur Emérite Jean-Pierre  
BETHOUX (Consultant en H.T.N.M);  
Docteur Grégoire MERCIER  
(Responsable Equipe de science  
des données de santé, CHU de Montpellier).  
Docteur Samir BOUAM (Médecin Expert  
DIM, AP-HP).

## SITES RÉFÉRENTS :

CHU de Montpellier  
(Professeur F. Navarro),  
CHR Metz- Thionville  
(Mr D. Peljack),  
Hôpital de Foch (Suresnes)(Mme S.Forté ;  
Mme S.Escalon);  
CH Valenciennes (Mr N. Salvi),  
CHU de Lyon  
(Mr F.Cros, Mr B.Saccoman, Mme V.Valentin),  
Hôpital Nord Franche Comté  
(Mr L.Mouterde),  
CHU de Nice (Mr R. Bourret),  
Centre hospitalier Avignon (Mr P. Pinzelli),  
CH de Perpignan  
(Mr B.Mayol, Mme K.Bedolis),

## RAPPEL DE L'EXPOSE DES MOTIFS DE L'ETUDE NATIONALE

A travers l'essor du virage ambulatoire à l'hôpital, la notion d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) a progressivement émergé au sein du système de santé français.

Si les premiers constats associés à ce dispositif sont connus, notamment en termes de sécurité et du fort taux de satisfaction des patients, son corollaire, l'intégration de lits non médicalisés au sein du capacitaire hospitalier, doit être sérieusement étudié au vu des impacts organisationnels et financiers majeurs portés par ces derniers.

La généralisation de ce nouveau mode d'hébergement implique ainsi une redéfinition des parcours de soins des patients. Sous l'effet du progrès médical et du développement de la prévention en santé, les durées d'hospitalisation par pathologies ont été réduites et sont désormais caractérisées par des thérapeutiques moins lourdes et un recours plus important aux techniques mini-invasives, qui justifie un hébergement plus court durant la prise en charge.

Il est donc possible d'envisager en conséquence une optimisation de la gestion des lits conventionnels d'hospitalisation, et cette optimisation pourra logiquement être facilitée par le développement de ces « secteurs tampons » d'hébergement temporaire non médicalisé en couplant lit médicalisé et lit non médicalisé au sein d'un même parcours de soins.

Ces modalités d'intégration doivent être définies avec l'aide des Conseils Nationaux Professionnels (CNP) et de leurs sociétés savantes qui, pour chaque spécialité médicale, sont en mesure de proposer par groupe homogène de malade (GHM) un parcours-type mêlant séjours HTNM et séjours conventionnels.

Dans cette perspective, avec le soutien des Académies de Médecine et de Chirurgie et des Fédérations Hospitalières publiques et privées, en lien avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) et l'Agence Nationale de l'Appui à la Performance (NAP), une étude nationale par questionnaire a été diligentée à l'été 2023 en direction des CNP, grâce au concours de la Fédération des Spécialités Médicales (FSM).

## METHODOLOGIE

### LES ELEMENTS DU QUESTIONNAIRE :

Après deux questions initiales sur la connaissance ou non par la spécialité médicale interrogée des textes réglementaires concernant les HTNM, le questionnaire est décliné en 5 Sections regroupant plusieurs questions et sous-questions :

- Section I (12 questions dont 1 avec 7 sous-questions) : Filières de soins ; quels problèmes rencontre éventuellement la spécialité dans l'hébergement de ses patients en établissement de santé ?
- Section II : Parcours « HTNM » ; Il est proposé à la spécialité de travailler sur ses racines de Groupes Homogènes de Malades (GHM) aux degrés de sévérité de niveau 1 et 2 les plus importants en volume (recensement de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation - ATIH au 1er semestre 2023) et les plus pertinents au regard de l'HTNM. Pour les racines de GHM ainsi sélectionnés, il est demandé à la spécialité de déterminer, en cas d'utilisation des HTNM dans les parcours de soins, quel serait son nombre minimal de nuitées en lits médicalisés d'hospitalisation classique et son nombre minimal de nuitées en lits non médicalisés ?  
C'est essentiellement à partir des résultats de cette Section II sur les nouveaux parcours avec nuitées en HTNM, qu'il sera possible de réaliser une étude d'impact médico-économique.
- Section III (5 questions dont 1 avec 9 sous-questions et 1 avec 6 sous-questions) : Intérêts pour les médecins de la spécialité : quel(s) apport(s) verrait la spécialité dans la prescription des lits d'hébergement non médicalisés pour la prise en charge médicale des patients dans la spécialité ?
- Section IV (1 question avec 12 sous-questions) : Intérêts pour les personnels non médicaux de la spécialité : quel(s) apport(s) verrait la spécialité dans l'utilisation des lits d'hébergement non médicalisés pour la prise en charge paramédicale [Cadres de Santé, Infirmier(e)s, Aides-Soignant(e)s] des patients ?
- Section V ( 7 questions dont 1 avec 9 sous-questions) : Critères prioritaires de prescription HTNM : la spécialité a-t-elle déjà intégré l'HTNM dans ses

pratiques et quels sont ses critères prioritaires pour la prescription de nuitées en HTNM ?

Le questionnaire fût adressé par la FSM à 25 CNP durant l'été 2023.

À la fin 2023, seuls 5 CNP avaient répondu au questionnaire délivré initialement (V1) pour une réponse « manuelle » (téléchargement du questionnaire, réponses cochées aux questions, puis renvoi du questionnaire rempli) : la Cardiologie et Chirurgie Vasculaire, la Chirurgie de l'Enfant et l'Adolescent, la Stomatologie-Maxillofaciale et Orale, et la Radiologie et radiologie interventionnelle.

Et seul, le CNP de Chirurgie vasculaire et endovasculaire avait répondu à la Section II, en proposant des racines de GHM de niveau de sévérité 1 ou 2 pour de nouveaux parcours de soins intégrant des nuitées en HTNM.

Pour faciliter et amplifier les réponses des CNP au questionnaire, il leur fût adressé, toujours via la FSM en janvier 2024 une version en ligne (V2), avec pour la Section II des propositions de principales racines de GHM (pour des niveaux de sévérité 1 ou 2) de la spécialité présélectionnées (de 5 à 10 racines selon les spécialités).

Le délai maximum de réponses des CNP au questionnaire fût fixé au 31 mai 2024.

Certaines spécialités répondirent jusqu'en juillet, via leur CNP ou des Services de sites hospitaliers référents.

Au total (Cf. Annexe 1 : récapitulatif CNP et spécialités), 25 CNP ont reçu le questionnaire en V1 et/ou V2, pour un total de 29 spécialités.

22 CNP ont répondu au travers de 26 spécialités, dont 5 en version V1 non en ligne et 21 en V2 en ligne,

Pour les 27 questions de la Section I du questionnaire en ligne, les 3 questions (avec 15 sous-questions) de la Section III, les 2 questions (avec 12 sous-questions) de la Section IV, les 3 questions (avec 9 sous-sections) de la Section V, les 26 spécialités ont ainsi émis des réponses pour un total de 35 questions et 36 sous-questions.

16 spécialités ont répondu également à la Section II et 10 non,

3 CNP n'ont pas répondu du tout.



# RESULTATS ET ANALYSE STATISTIQUE :

A/ Résultats statistiques des réponses aux questions des Sections I, III, IV, et V (Cf . Annexe 2 : le relevé des réponses):

## 1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

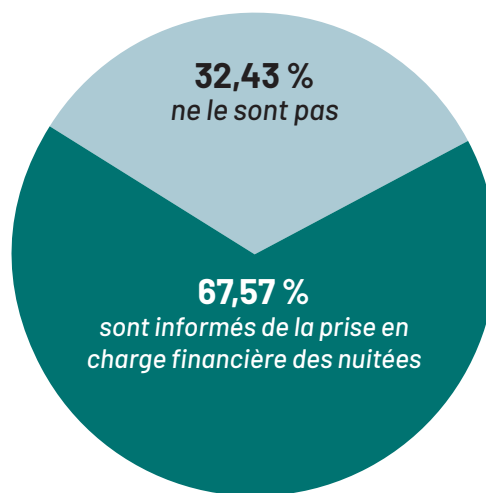
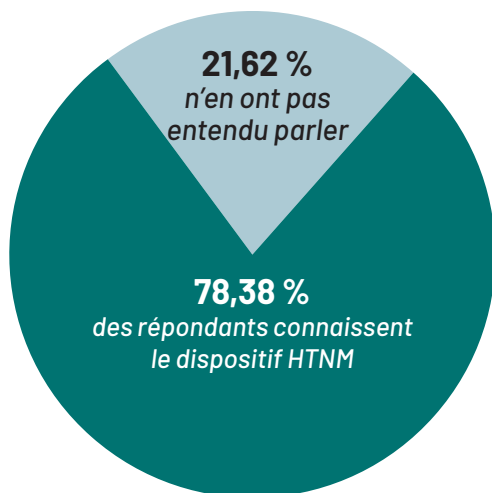
L'analyse porte au travers de ces 4 Sections de questions sur les perceptions et les retours des professionnels de santé sur le dispositif HTNM, instauré par le décret du 25 août 2021.

L'objectif de l'étude est de mieux comprendre les besoins, les difficultés rencontrées et l'acceptabilité de ce dispositif auprès des différents intervenants.

## 2. PRINCIPAUX RÉSULTATS :

L'ÉTUDE REPOSE SUR UN ÉCHANTILLON DE 44 RÉPONDANTS REPRÉSENTANT UNE LARGE GAMME DE SPÉCIALITÉS MÉDICALES ET CHIRURGICALES.

### CONNAISSANCE DU DISPOSITIF ET DE L'ARRÊTÉ DE 2021 :



Ce qui souligne un besoin de communication renforcée sur ce sujet.

### DIFFICULTÉS D'HÉBERGEMENT RENCONTRÉES :

**75,76 %**

des répondants signalent des problèmes d'hébergement pour les patients lors d'admissions programmées et en hospitalisation complète.

**88,24 %**

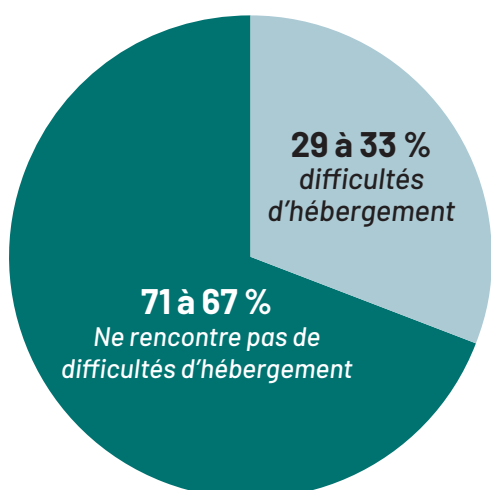
En cas d'admission non programmée  
Ce qui démontre un besoin important de solutions flexibles comme le HTNM.

**69,7 % → 78,79 %**

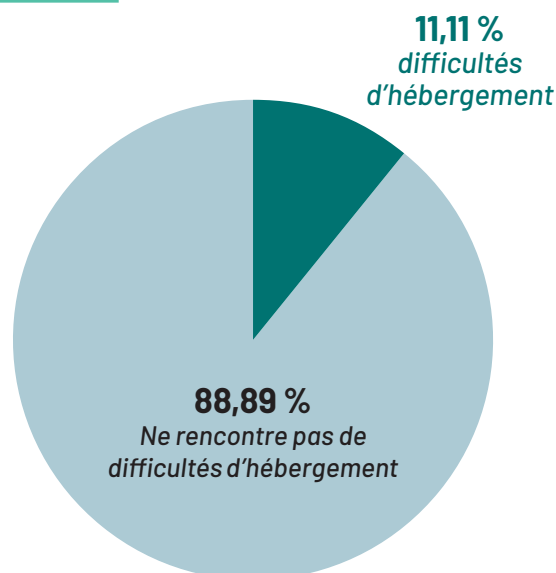
Les difficultés sont également relevées pour l'hébergement de patients en attente d'une nouvelle hospitalisation à délai rapproché

après un passage aux urgences

## PROBLÈMES SPÉCIFIQUES À CERTAINES MODALITÉS DE SOINS :



*Interventions en chirurgie ambulatoire et les gestes médicaux nécessitant une nuitée*



*après des séances de chimiothérapie, les problèmes sont moins fréquents ce qui peut s'expliquer par des besoins de surveillance différents.*

### 3. BÉNÉFICES PERÇUS ET ADAPTATIONS NÉCESSAIRES

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ IDENTIFIENT PLUSIEURS APPORTS POTENTIELS AU DISPOSITIF HTNM :

## GESTION ET ORGANISATION DES CAPACITÉS D'ACCUEIL :

# 54 %

*estiment que le HTNM permettrait une meilleure gestion de la capacité d'hébergement, notamment en cas de réduction de lits médicalisés.*

# 72 %

*des répondants jugent l'accès à un hôtel hospitalier intéressant pour faciliter l'accompagnement et l'éducation thérapeutique, notamment pour des pathologies chroniques comme le diabète.*

## SÉCURITÉ ET CONDITIONS DE PRESCRIPTION :

# 96 %

*Des répondants prêts à prescrire des nuitées en HTNM si les conditions de sécurité sont réunies (télésurveillance, intervention de personnel paramédical).*

*Ils estiment que l'accompagnement et la coordination sont jugés indispensables ce qui souligne l'importance d'un suivi rigoureux pour garantir la continuité des soins.*

## 4. LIMITES ET SUGGESTIONS D'AMÉLIORATION

LES RETOURS RÉVÈLENT CERTAINS POINTS DE VIGILANCE ET DES SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER L'INTÉGRATION DU HTNM :

### COORDINATION ET SUIVI INSUFFISANTS :

*Bien que le concept soit perçu positivement, certains répondants soulignent que l'HTNM ne doit pas compromettre la qualité des soins hospitaliers traditionnels, en particulier pour les patients nécessitant une surveillance clinique accrue.*

*Le besoin de formation et d'information des équipes est également mentionné, notamment pour les services moins familiarisés avec cette modalité.*

### CRITÈRES DE SÉLECTION DES PATIENTS :

*Les retours indiquent qu'il est crucial de définir des critères de sélection stricts pour le transfert en HTNM, afin de limiter les risques. La notion de «surveillance simple» reste floue pour certains, ce qui pourrait freiner l'adhésion des praticiens.*

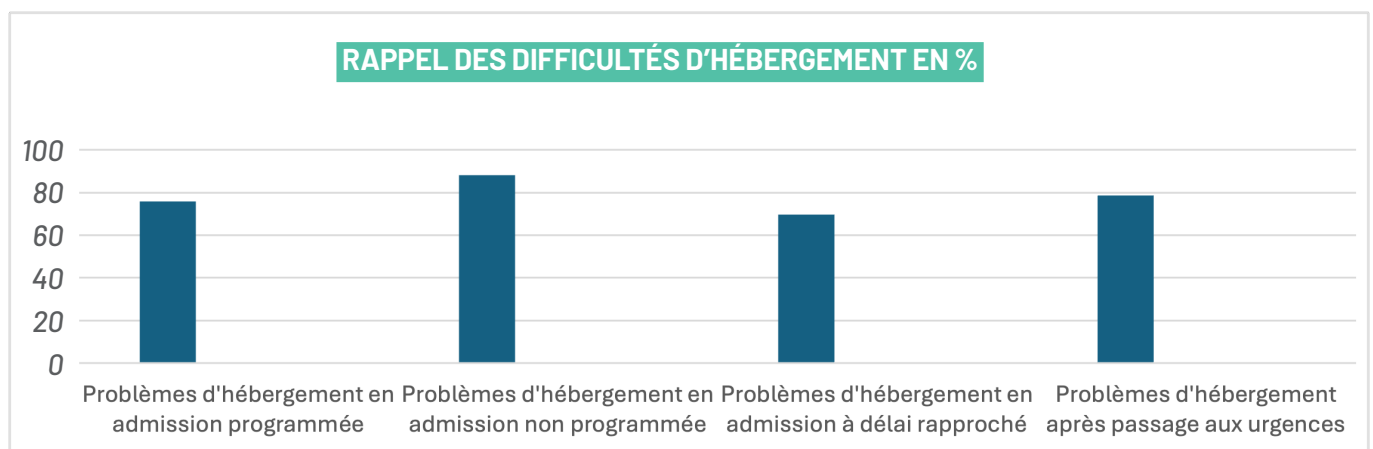


## 5. COMMENTAIRES

L'ANALYSE STATISTIQUE DE CES 4 SECTIONS DE QUESTIONS MONTRE UN INTÉRÊT CERTAIN POUR LE DISPOSITIF HTNM, SURTOUT EN RÉPONSE AUX PROBLÉMATIQUES D'HÉBERGEMENT POUR LES ADMISSIONS NON PROGRAMMÉES ET LES HOSPITALISATIONS À DÉLAI RAPPROCHÉ.

*L'acceptabilité de ce dispositif dépend toutefois de la mise en place de protocoles de sécurité et de coordination solides. La formation des professionnels et la clarification des critères d'utilisation semblent indispensables pour garantir son succès et son intégration pérenne au sein des établissements de santé.*

*En renforçant ces aspects, l'analyse des réponses aux Sections I, II, III et IV montre que pour les spécialités interrogées l'HTNM pourrait constituer une solution innovante et efficace pour améliorer la prise en charge des patients tout en optimisant les ressources hospitalières.*



*B/ Résultats statistiques des réponses à la Section II (Cf. Annexe 3 : Tableau récapitulatif des GHM des spécialités)*

La Section II représente le cœur du questionnaire portant sur la demande de propositions de nouveaux parcours de soins avec HTNM.

Les 5 à 10 racines de GHM, de niveau de sévérité 1 ou 2, soumises à chaque questionnaire de spécialité pour être testées étaient celles les plus fréquemment prises en charge au plan national par la spécialité, selon les résultats ATIH du 1er semestre 2023.

La plupart des spécialités avaient reçu une demande de réponse pour 10 racines de GHM.

Seules la Chirurgie Cardiaque (6 racines de GHM) et la Greffe de Rein (5 racines de GHM) ont reçu moins de soumissions de racine de GHM, en raison d'une faible volumétrie de séjours nationaux de ces racines en niveau de sévérité 1 ou 2.

Sur les 29 spécialités ayant reçu le questionnaire pour un total de 281 racines de GHM soumises à réflexion, 16 spécialités médicales et chirurgicales sur les 26 ayant répondu ont également répondu à la Section II, pour un total de 151 racines de GHM proposées.

Certaines spécialités ont répondu via leur CNP, d'autres grâce aux réponses fournies par des Services de soins de la spécialité appartenant à des établissements de santé référents de l'étude nationale.

Ce fut le cas notamment de la Chirurgie Digestive, de l'Hématologie, de la Neurochirurgie et de la Gynéco-Obstétrique.

Une proposition de nouveau parcours de soins avec remplacement d'au moins une nuitée d'hospitalisation classique (HC) par une nuitée en HTNM a été réalisée par les 16 spécialités pour un total de 141 de ces racines de GHM soumises.

Les propositions pour un ensemble de 11 racines de GHM sur les 151 n'ont en effet pas été considérées comme contributives (NC), car présentant des chiffres paradoxaux ou ininterprétables; avec par exemple une Durée Moyenne de Séjour (DMS) jugée comme incompréhensible supérieure à la DMS nationale.

Les résultats figurant en annexe 3 montrent que pour les 141 réponses GHM exploitables, une moyenne d'une nuitée du séjour en hospitalisation classique pouvait pour chaque séjour être remplacée par une nuitée d'HTNM et parfois plus.

Les spécialités présentant le plus de possibilité de remplacement entre un hébergement en lit médicalisé et un hébergement en lit non médicalisé, impactant de façon notable la DMS, sont l'Endocrinologie, l'Urologie, la Gynéco-Obstétrique, la Chirurgie Digestive, l'Hépatologie-Greffe de foie, la Chirurgie Vasculaire, l'Ophtalmologie et la Rhumatologie.

Pour certaines spécialités, notamment la Gynéco-Obstétrique, la Chirurgie vasculaire, l'Ophtalmologie, la Chirurgie Digestive et l'Urologie, la réduction potentielle de séjours avec une DMS d'une seule nuitée d'HC pour certaines racines de GHM (35 au total), grâce à l'utilisation d'HTNM, rend tout à fait envisageable la perspective de passer à terme ces séjours en mode « chirurgie ambulatoire ».

Ce qui s'inscrit parfaitement dans l'objectif du passage à 80% de chirurgie ambulatoire proposée récemment pour les établissements de santé (ES) par l'ANAP et l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) (« OBJECTIF 80 % DE CHIRURGIE AMBULATOIRE LES CLÉS POUR ACCÉLÉRER », ANAP - Guide - septembre 2024).

## COMMENTAIRES

Ainsi, les spécialités ayant répondu à la Section II du questionnaire (16 sur les 26 répondantes, soit 60 % d'entre-elles) considèrent comme pertinent et suffisamment sécurisé, pour des patients éligibles, de proposer un hébergement en lit non médicalisé, chaque fois qu'il peut se substituer à un hébergement en lit médicalisé.

Pour les 40 % n'ayant pas répondu à la Section II du questionnaire, l'utilité des HTNM n'est néanmoins pas contestée au travers de leurs réponses aux autres Sections, justifiant leur approfondissement ultérieur de modalités de construction protocolée de séjours

hospitaliers avec hébergement partiel en lits non médicalisés.

On peut en conclure que de nouveaux parcours de soins, comportant un hébergement temporaire intra- ou juxta- hospitaliers autre qu'en lit médicalisé, sont validés à l'occasion de cette étude par une majorité de sociétés savantes médicales des équipes soignantes de terrain.

La dissociation possible dans les établissements de santé entre les soins et l'hébergement est de ce fait entérinée.



# ETUDE MEDICO-ECONOMIQUE :

Pour préciser l'impact médico-économique de l'introduction d'un hébergement en lit non médicalisé en établissement de santé en substitution de l'hébergement habituel, en lit médicalisé, l'étude nationale des coûts (ENC) 2022 (la dernière en date) peut être prise en compte.

Pour chaque GHM, la gestion du coût complet est ventilée en 202 catégories de coûts regroupées dans les grandes catégories suivantes :

- Coûts cliniques (amortissements, maintenance et personnel pour l'hébergement classique, la réa, les soins intensifs...)
- Coûts médico-techniques (bloc, laboratoire, imagerie, exploration...)
- Coûts de logistique et de gestion générale (blanchisserie, restauration, services hôteliers...)
- Coûts de logistique médicale (pharmacie, stérilisation, biomédical...)
- Coûts directs (médicaments, DMI, autres consommables, sous-traitance...)
- Coûts de structure.



Dans une démarche évidente d'efficacité et d'optimisation des charges inutiles, l'HTNM va engendrer des gains de coûts.

Si l'on s'en tient uniquement aux coûts de logistique et de gestion générale (repas, petits consommables, blanchisserie...) et des charges directes (autres consommables médicaux et spécialités pharmaceutiques en sus), qui peuvent être considérés comme variables en fonction de la durée d'hébergement en lit médicalisé, le reste des types de coûts étant considéré comme invariable (charges liées au bloc opératoire, à l'anesthésie, aux unités spécialisées d'hébergement de type réanimation, au temps médical, au temps paramédical...), l'établissement réalisera des économies chaque fois qu'une journée d'hébergement en lit médicalisé sera remplacée par une journée en lit non médicalisé.

*Exemple : l'analyse du GHM 06C041 = Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon, niveau 1, qui a été étudié par la spécialité de « Chirurgie Viscérale et Digestive ».*

## COÛT MOYEN D'UN SÉJOUR (ENC 2022) :

	2022
<b>Coût moyen du séjour (en €)</b>	<b>6 864</b>
<b>Nombre de séjours ENC (dénombrement 2023)</b>	<b>17944</b>
<b>Intervalle de confiance borne basse (en €)</b>	<b>6 466</b>
<b>Intervalle de confiance borne haute (en €)</b>	<b>7 262</b>
<b>Indicateur de fiabilité de la mesure du coût</b>	<b>BON</b>

## DÉTAIL DES POSTES DE CHARGES DE LGG ET DIRECTES :

Poste de charges	Coût moyen en 2022 (en €)	Poids dans le coût du GHM
Logistique et gestion générale	788	11,5%
Charges directes	1 281	18,7%

Rapporté à un **montant journalier** pour une **DMS nationale de 5,99 J**, le coût de LGG et des charges directes (de **2069 €**) pour ce **GHM** est de **345,40 €**.

**C'est ainsi le coût journalier évitable, si la journée en HC est remplacée par une journée en HTNM.**

Dans l'hypothèse proposée pour ce GHM par la spécialité de Chirurgie Viscérale et Digestive de 2 nuitées d'HTNM, en remplacement de 2 nuitées d'HC, l'économie pour l'établissement de santé sera, pour chaque séjour de patient, de 690,81 € pour ces deux postes de charges.

De plus, le tarif des deux nuitées d'HTNM étant pris en charge par l'AM, l'hôpital n'a pas en final de dépense supplémentaire liée à l'utilisation des lits non médicalisés.

Si l'on extrapole à l'ensemble des ES, en admettant que le dispositif d'HTNM soit à terme généralisé, pour tous les parcours de soins en rapport avec le GHM 06C041, on obtiendrait au plan national pour les 17944 séjours répertoriés en 2023 un montant d'économie potentiel de 12 395 894,64 € pour l'ensemble des établissements de santé.

*Autre exemple, en médecine : l'analyse du GHM 08M152 = Tendinites, myosites et bursites, niveau 2, étudié par la spécialité de « Rhumatologie »*

## COÛT MOYEN D'UN SÉJOUR (ENC 2022) :

	<b>2022</b>
<b>Coût moyen du séjour (en €)</b>	<b>4 405</b>
<b>Nombre de séjours ENC (dénombrement 2023)</b>	<b>2655</b>
<b>Intervalle de confiance borne basse (en €)</b>	<b>4 066</b>
<b>Intervalle de confiance borne haute (en €)</b>	<b>4 744</b>
<b>Indicateur de fiabilité de la mesure du coût</b>	<b>BON</b>

## DÉTAIL DES POSTES DE CHARGES DE LGG ET DIRECTES :

Poste de charges	Coût moyen en 2022 (en €)	Poids dans le coût du GHM
Logistique et gestion générale	1 098	24,9%
Charges directes	607	13,8%

Si l'on applique le même type de calcul que précédemment, on obtient pour ce GHM médical : **390,16 €/** Journée d'HC de charges de LGG et de charges directes pour une DMS à **4,37 J**.

La spécialité ayant proposé 3 nuitées d'HTNM potentiellement à la place des hébergements en lit

médicalisé, on obtient une économie éventuelle de **1170,48 €** par séjour pour ce GHM.

**Ce montant, extrapolé aux 2655 séjours nationaux dénombrés en 2023, conduit à une économie globale potentielle pour ce GHM de 3 046 559,40 €.**

### Commentaires :

Ces chiffres, qu'il s'agisse du GHM chirurgical ou du GHM médical pris comme exemple, ont vocation à être affinés, corrigés et probablement complétés par le calcul d'autres économies de dépenses ; notamment si l'établissement est en mesure de proposer une restructuration importante avec une réorganisation du capacitaire en lits dans une même unité, pouvant aboutir à des gains de coûts fixes envisageables en plus des gains de coûts variables identifiés précédemment.

En admettant que l'utilisation de lits non médicalisés soit possible pour la grande majorité des 2300 GHM répertoriés, et systématiquement protocolée quelle que soit la spécialité médicale ou chirurgicale, on peut évaluer l'ampleur des économies potentielles générées pour notre système hospitalier.

Mais, pour affiner la démonstration, il serait justifié de réaliser une étude dédiée de comptabilité analytique auprès d'ES ayant activement développé le dispositif d'HTNM pour préciser, avec le plus de détails possibles, les gains de coûts selon les postes de charges, que l'on peut en attendre.

# CONCLUSION

Cette étude a clairement démontré, pour la majorité des spécialités consultées, qu'il était possible, en introduisant une dissociation entre les soins et l'hébergement hospitaliers, de créer un nouveau type de lit d'hôpital pour les parcours des patients : le lit non médicalisé.

Elle vient conforter les recommandations sur les HTNM éditées par La Haute Autorité en Santé (HAS) en novembre 2015 et les premiers résultats de l'évaluation de la généralisation des HTNM diligentée par la DGOS (Rapport Cabinet VELTYS).

Le lit non médicalisé permet de concilier le confort de l'accueil, avec la présence d'un éventuel accompagnant, et la sécurité des malades.

Et surtout, si ces lits non médicalisés, qui ne sont en rien de simples lits d'hôtels car dédiés à la patientèle de l'hôpital, sont installés au sein ou à proximité immédiate des établissements de santé, avec une possibilité de surveillance par télémedecine, l'intervention possible de paramédicaux et la nécessité d'une infirmière de coordination.

La perspective serait ainsi de professionnaliser des « Résidences-Patients » au service des établissements de santé.

On retiendra également de cette étude, que le dispositif d'HTNM permet d'apporter aux équipes soignantes une souplesse de gestion du capacitaire en hébergement.

Et ce, avec notamment la possibilité donnée aux Services de soins d'améliorer la disponibilité d'hospitalisation en cas de demande non programmée ou de créer des plages horaires supplémentaires pour la chirurgie ambulatoire, qui pourra ainsi être d'avantage développée.

En termes d'impact médico-économique, même si des études ultérieures seront nécessaires pour en affiner la démonstration, il paraît déjà clair, au vu de cette étude, que l'introduction de ces lits non médicalisés permettra aux établissements de santé de diminuer de façon notable le montant de leurs frais variables consacrés aux séjours de leurs patients.

Ainsi, chaque fois qu'une journée en lit non médicalisé sera substituée à une journée en lit médicalisé, pour un patient éligible, et quel que soit le GHM, en médecine comme en chirurgie, l'hôpital sera gagnant et économiquement bénéficiaire.

**Au total, si l'on retient son utilité pour le confort des patients, pour la souplesse de gestion du capacitaire d'hébergement par les équipes soignantes et pour l'efficacité du budget des établissements de santé, l'introduction de lits non médicalisés devrait constituer une réforme structurelle de première ampleur pour le système hospitalier .**

**Elle implique de revisiter complètement le concept d'hospitalisation, en s'interrogeant sur la pertinence d'héberger systématiquement les patients au sein des établissements de santé dans des lits médicalisés, à chaque fois qu'un hébergement y est requis, alors qu'une solution alternative en lit non médicalisé est possible.**

**Elle ouvre ainsi la voie à la création généralisée dans les établissements de santé de lits que l'on peut qualifier de lits d'accueil et de « réhabilitation » pré ou surtout post-soins, pour les patients qui y seront éligibles.**

# ANNEXE 1

## ÉTUDE NATIONALE « PARCOURS AVEC HTNM » TABLEAU RÉCAPITULATIF DES CNP ET SPÉCIALITÉS

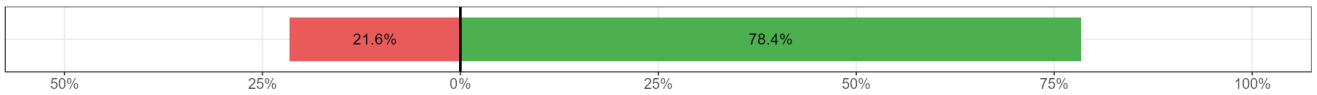
CNP	Spécialité 1	Spécialité 2	Spécialité 3
Cardio-vasculaire	Cardiologie médicale V1	Chirurgie Cardiaque	
Chirurgie Thoracique			
Chirurgie Viscérale et Digestive			
Hépat. Gastro entéro.-Grefe de Foie	Hépatologie-Grefe de Foie	Gastro-entérologie	
Néphrologie - Greffe de Rein	Néphrologie	Greffe de rein	
Gynéco-Obstétrique -Gynéco. médicale	Gynécologie chirurgicale (ES)	Obstétrique (ES)	Gynécologie Médicale > Non concernée
Hématologie (ES)			
Neurochirurgie ( ES)			
Oncologie			
Ophthalmologie			
ORL et CCF (Chirurgie Cervico-faciale)			
Chir. Maxillo-faciale, Stomato. et de Chir. Orale Médicale V1			
Orthopédie			
Pédiatrie			
Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent V1			
Urologie			
Chirurgie vasculaire et endovasculaire V1			
Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique			
Radiologie et Imagerie médicale V1			
Endocrinologie			
Dermatologie et vénéréologie			
Médecine nucléaire			
Radiothérapie			
Neurologie			
Rhumatologie			

Soit :

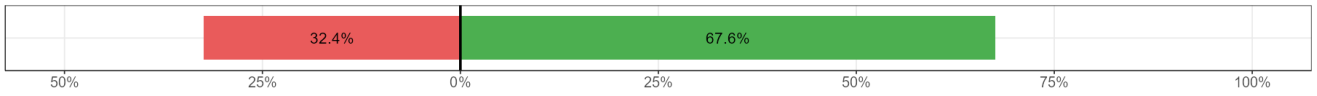
- 25 CNP ayant reçu le questionnaire en V1 et/ou V2, [dont certains avec réponse en V2 par le biais d'un Service d'établissement de santé (ES) participant au Comité de Pilotage de l'Étude].
- 22 CNP ayant répondu (dont 3 via un Service en ES : la « Neurochirurgie », « l'Hématologie » et la « Gynéco-obstétrique »),
- Au travers de 26 spécialités, avec 5 en version V1 non en ligne et 21 en V2 en ligne,
- Dont 16 ont répondu également à la Section II et 10 non,
- 3 CNP n'ont pas répondu.

Variable	n	Population
Spécialité, n (%)	36	
Cardiologie		2 (5.56)
Chir viscérale		1 (2.78)
Chirurgie digestive		3 (8.33)
Chirurgie orthopédique		1 (2.78)
Chirurgie plastique		1 (2.78)
Chirurgie vasculaire et endovasculaire		2 (5.56)
Chirurgie vasculaire et thoracique		1 (2.78)
CMF sto orale médicale		1 (2.78)
CNP CEA de la chirurgie de l'enfant et de l'adolescent		1 (2.78)
Endocrinologie		1 (2.78)
Gynécologie obstétrique		1 (2.78)
Hématologie		1 (2.78)
HGE		2 (5.56)
Néphrologie		2 (5.56)
Neurochirurgie		1 (2.78)
Neurologie		2 (5.56)
Obstétrique		1 (2.78)
Oncologie		1 (2.78)
Ophtalmologie		1 (2.78)
Orl		2 (5.56)
Radiologie et imagerie médicale - radiologie interventionnelle		1 (2.78)
Rhumatologie		4 (11.11)
Suivi de greffe de rein		1 (2.78)
Uro		1 (2.78)
Urologie		1 (2.78)
Missing		8

Connaissez-vous le dispositif HTNM (décret du 25/08/21), qui prévoit la création de nuitée en lit non médicalisé au sein ou proche d'un établissement de santé ?



Aviez-vous connaissance de l'arrêté de 2021 qui permet la prise en charge financière des nuitées en hôtel hospitalier ?



Réponse ■ Non ■ Oui

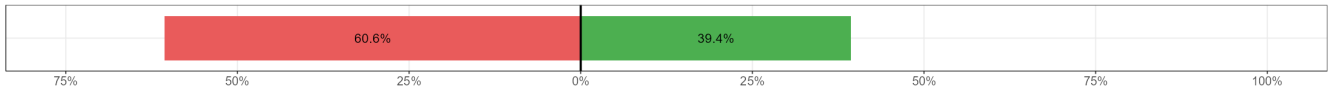
Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients lors d'une admission programmée ?



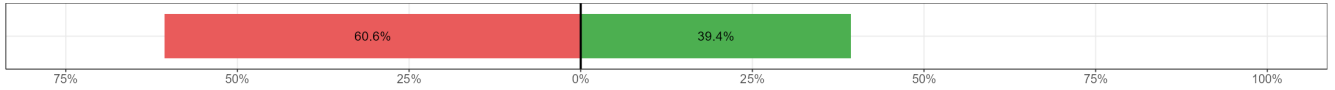
Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients en hospitalisation complète ?



Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients en ambulatoire ?



Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients en HDJ ?



Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement dans l'attente d'une nouvelle hospitalisation à délai rapproché ?

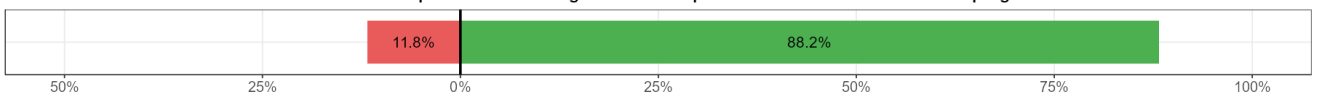


Au cours d'une hospitalisation standard, rencontrez-vous des difficultés lors d'un transfert en SSR ?

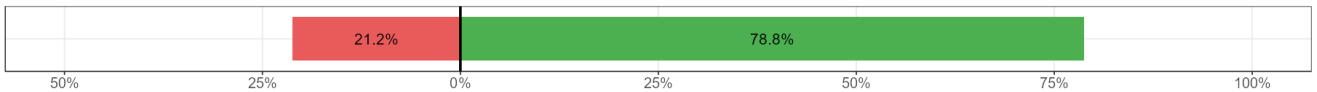


Réponse ■ Non ■ Oui

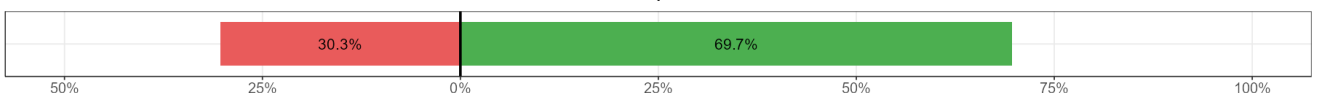
Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients lors d'une admission non programmée ?



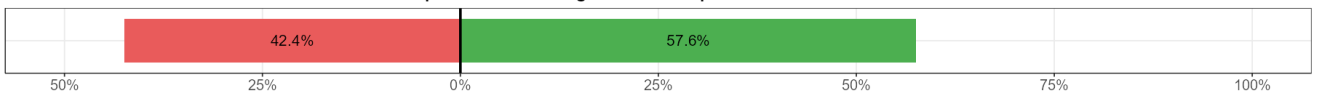
Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients après passage aux urgences ?



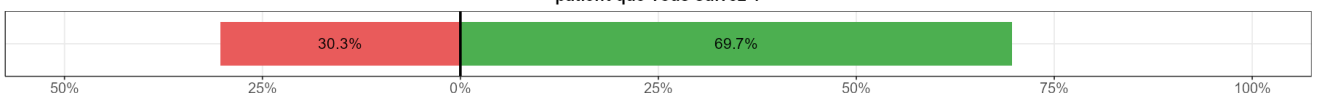
Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients à la demande d'un confrère spécialiste ?



Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients à la demande d'un médecin traitant ?

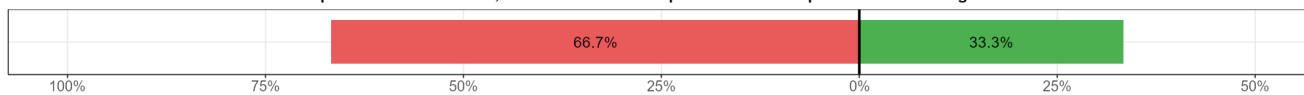


Rencontrez-vous des problèmes d'hébergement de vos patients à la demande de la famille pour un patient que vous suivez ?

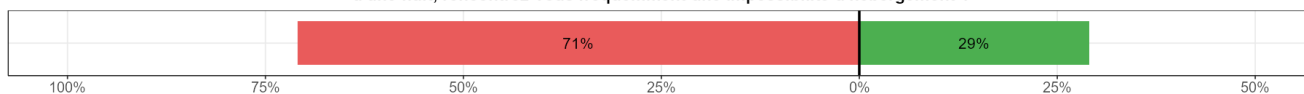


Réponse ■ Non ■ Oui

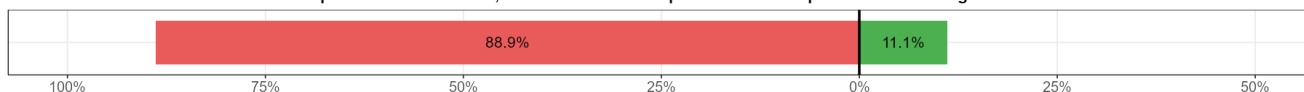
Après réalisation d'un geste médical interventionnel en ambulatoire nécessitant in fine une hospitalisation d'une nuit, rencontrez-vous fréquemment une impossibilité d'hébergement ?



Après réalisation d'un acte chirurgical en ambulatoire nécessitant in fine une hospitalisation d'une nuit, rencontrez-vous fréquemment une impossibilité d'hébergement ?

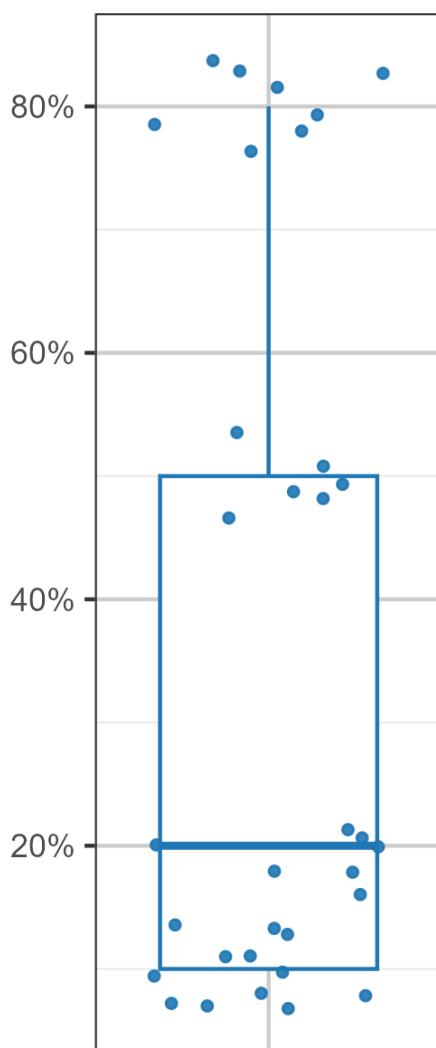


Après réalisation d'une séance de chimiothérapie en ambulatoire nécessitant in fine une hospitalisation d'une nuit, rencontrez-vous fréquemment une impossibilité d'hébergement ?

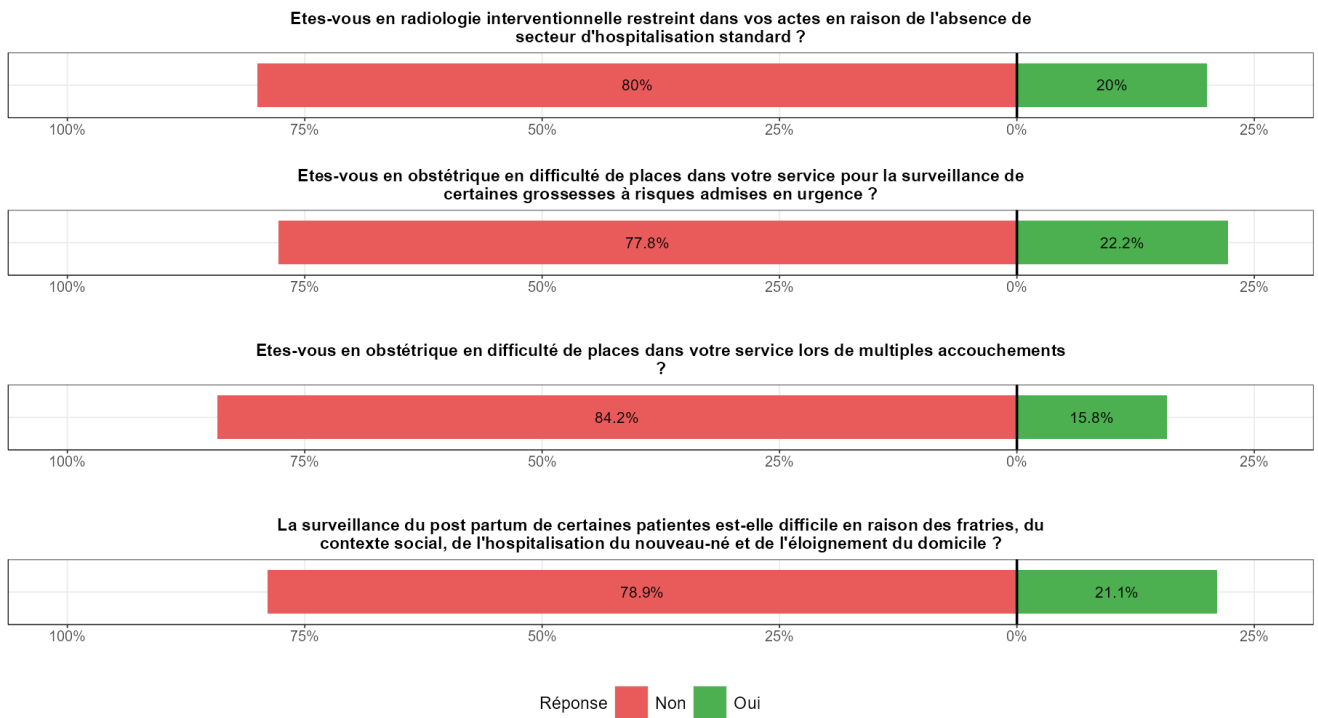
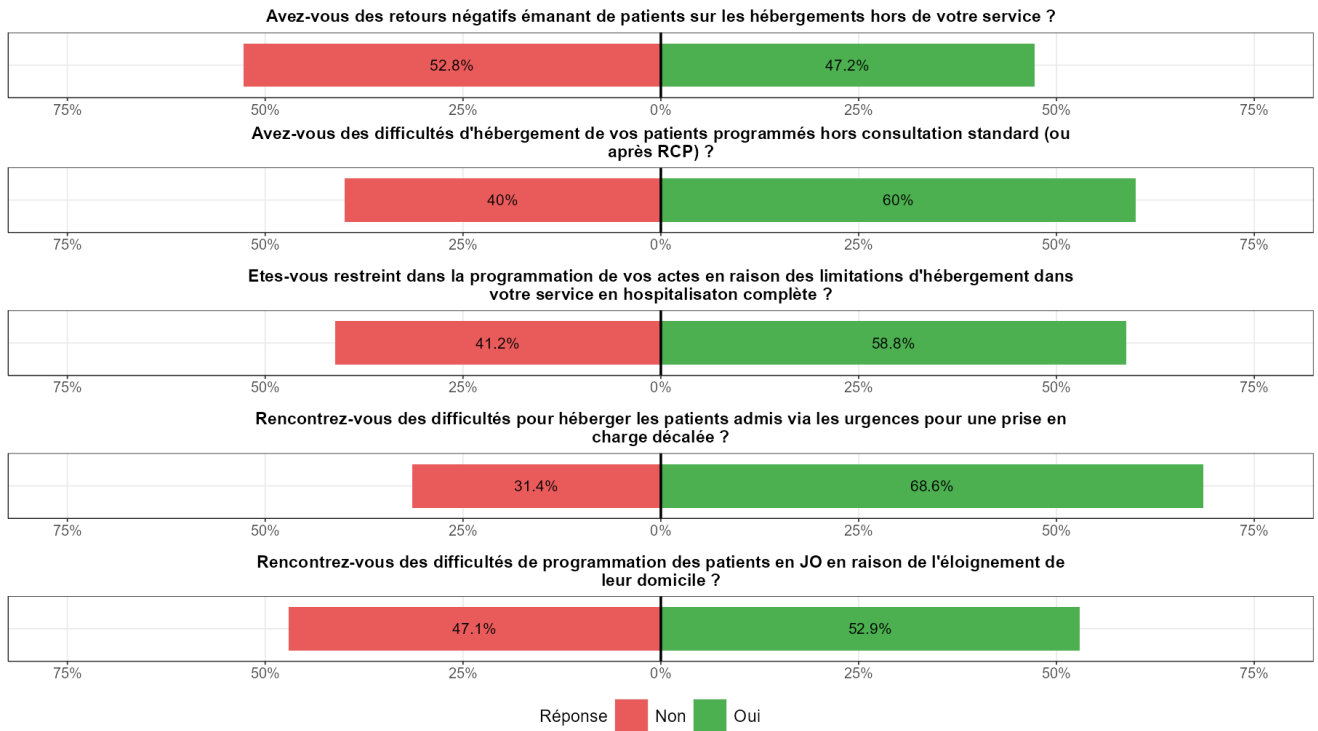


Réponse ■ Non ■ Oui

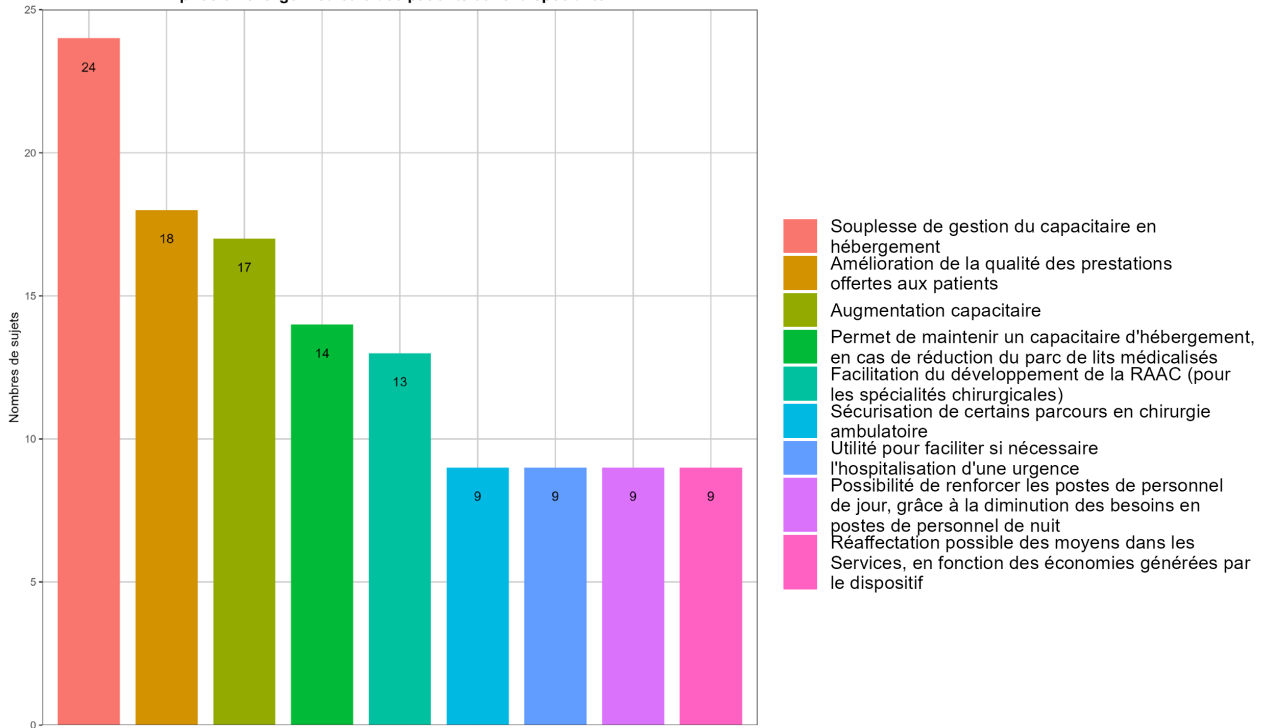
**Quel est pour vous le pourcentage de patients hospitalisés qui bénéficient d'un accompagnement par un proche ?**



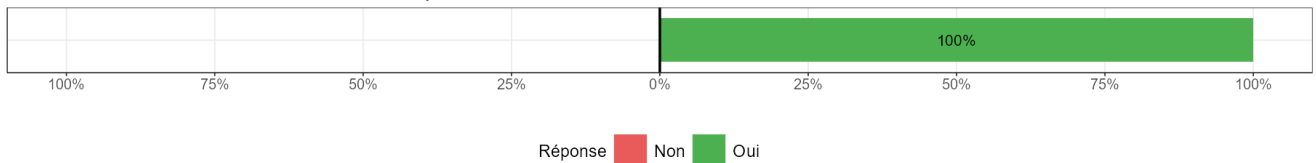




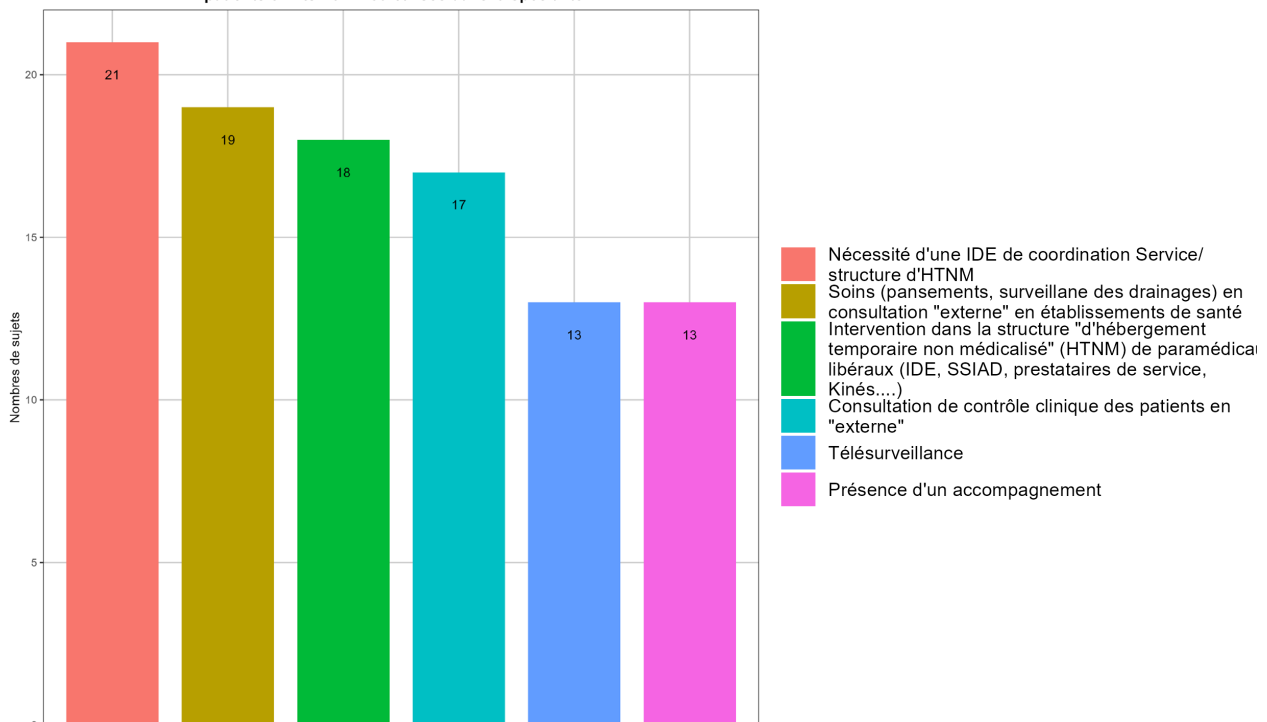
**Quel(s) apport(s) verriez-vous dans la prescription des lits d'hébergement non médicalisés pour la prise en charge médicale des patients dans la spécialité ?**



**Est-ce qu'un vade-mecum HTNM vous paraît utile dans votre spécialité, vous permettant de vous éclairer sur la possible conversion de nuitées en lit médicalisé en lit non médicalisé ?**



**Quels sont les besoins des médecins en termes de sécurité et de surveillance pour l'hébergement des patients en lits non-médicalisés dans la spécialité ?**



Seriez-vous ainsi prêt(e) à prescrire des nuitées en lit non médicalisé si l'ensemble des conditions de sécurité de prise en charge des patients est réuni ?

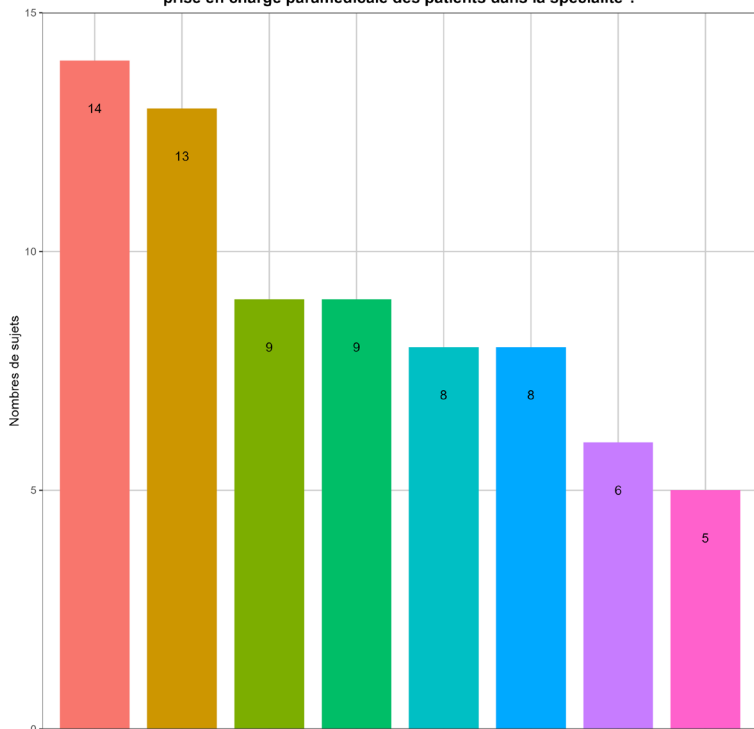


Dans votre spécialité pensez-vous que cette modalité d'hébergement permettrait d'améliorer et de répondre aux contraintes d'hébergement de certains patients ?



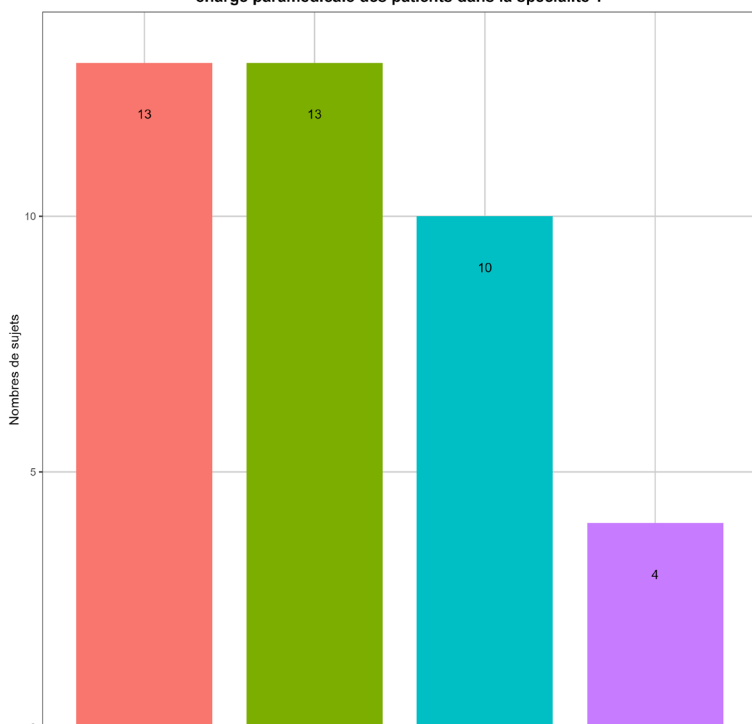
Réponse ■ Non ■ Oui

Pour les cadres paramédicaux, quel(s) apport(s) des lits d'hébergement non médicalisés pour la prise en charge paramédicale des patients dans la spécialité ?



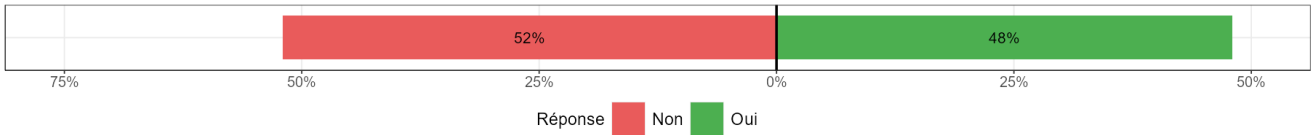
- Meilleure possibilité d'accueil à JO pour les patients éloignés
- Amélioration de la gestion du capacitaire d'hébergement des patients
- Moindre nécessité de recruter des personnels de nuit
- Étalement plus fluide des convocations des patients pour les interventions du matin en chirurgie ambulatoire
- Possibilité de plages horaires supplémentaires pour les interventions en chirurgie ambulatoire l'après-midi, grâce à la possibilité de sortie plus tardive des patients pour l'HTNM, plutôt que pour le domicile
- Métier recentré davantage sur le soin, donc techniquement plus intéressant pour le soignant à fidéliser et à recruter
- Amélioration de la réponse au besoin d'hospitalisation en cas de demande d'admission de patient non programmée
- Possibilité de renforcer l'accueil des patients le jour par transfert potentiel des postes de nuit

Pour les IDE et AS, quel(s) apport(s) des lits d'hébergement non médicalisés pour la prise en charge paramédicale des patients dans la spécialité ?

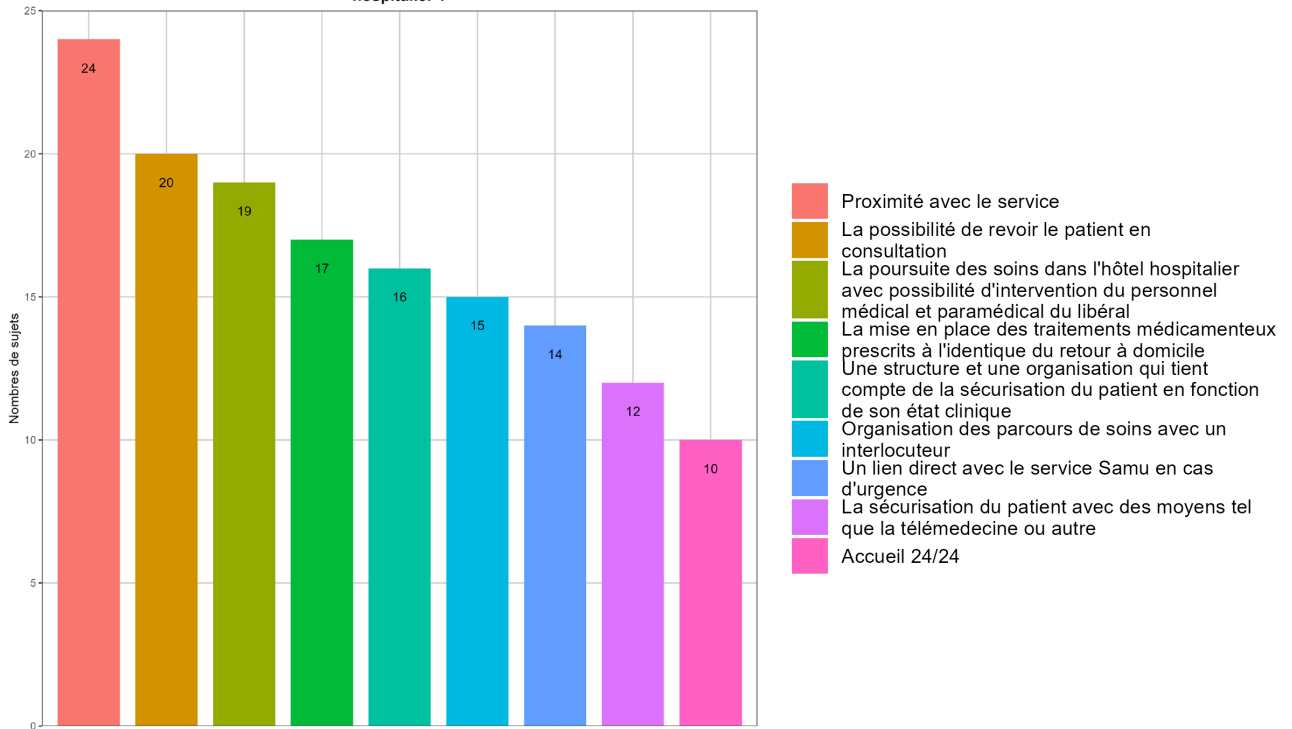


- Création de postes attractifs d'IDE de coordination de parcours
- Plus grande possibilité d'être recruté(e) sur des postes de jour, susceptibles d'être renforcés par transfert de postes de nuits de moindre nécessité
- Pour les AS, possibilité de fin de carrière sur des postes d'accueil de moindre pénibilité éventuellement développés par convention avec les prestataires des structures d'HTNM
- Attractivité renforcée des postes par l'utilisation des techniques de la RAAC pour permettre l'éligibilité des patients à l'HTNM

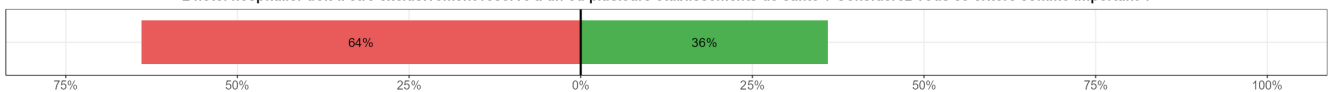
**Avez-vous déjà intégré l'HTNM dans vos pratiques ?**



**Quels sont dans votre spécialité les critères prioritaires pour la prescription de nuitées en hôtel hospitalier ?**



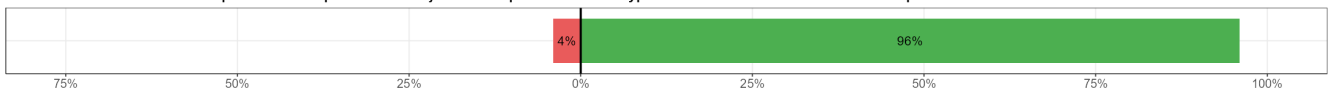
**L'hôtel hospitalier doit-il être exclusivement réservé à un ou plusieurs établissements de santé ? Considérez-vous ce critère comme important ?**



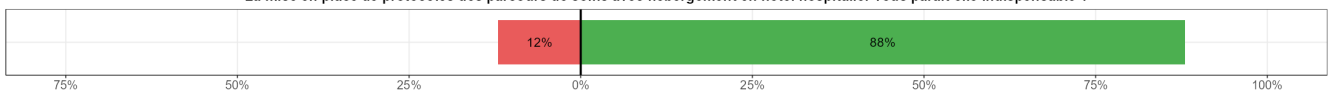
**L'hôtel hospitalier va permettre l'accès à certains soignants dans le cadre de l'accompagnement et l'éducation thérapeutique. (Diabète, allaitement). Considérez-vous cette possibilité comme très intéressante ?**



**Les patients qui bénéficient d'une surveillance simple après un acte ou un traitement spécifique pourront bénéficier d'un hébergement sécurisé en hôtel hospitalier. Accepteriez-vous la poursuite du séjour de vos patients dans ce type de structure et un retour à domicile après une consultation de contrôle ?**



**La mise en place de protocoles des parcours de soins avec hébergement en hôtel hospitalier vous paraît-elle indispensable ?**



**La présence d'un coordinateur(ice) vous paraît-elle indispensable pour assurer la continuité des parcours de soins des patients de votre filière ?**



Réponse Non Oui

Analyses Section 2 Enquête Nationale - GHM

Endocrinologie - CNP	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	10M02	10M03	10M08	10M07	10M16	10M09	10M12	10M08	10M11	10M10					
Intitulé	Diabète, âge supérieur	Diabète, âge inférieur	Troubles nutritionnels	Autres troubles endo	Troubles métaboliques	Obésité, niveau 1 ou 2	Tumeurs des glandes	Acidocétose et coma	Autres maladies métaboliques congénitales sévères, niveau 1 ou 2						
DMS National	4,63	4,48	5,67	4,04	3,74	3,24	3,21	6,64	4,25	4,31					
NB nuitées HTNM potentielles	1	1	1	1	1	1	1	3	1	0					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	3,63	3,48	4,67	3,04	2,74	2,34	2,21	3,64	3,25	0					
29															
Chirurgie Gynécologique - ES	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	13C03	09C21	13C04	09C19	09C20	13C14	13C07	13C15	13C18	09C18					
Intitulé	Hystérectomies	Interventions majeur	Interventions réparat	Autres interventions	Exentériorisations pelvienne	Interventions sur le s	Exentériorisations pelvienne	Interventions majeures pour tumeur maligne du sein avec reconstruction prothétique	Myomectomies de l						
DMS National	3,01	2,64	2,8	2,8	3,77	2,65	4,62	2,93	3,43	3,44					
NB nuitées HTNM potentielles	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	2,01	1,64	1,8	2,77	1,65	2,62	1,93	1,43	2,44	2,79					
21,08															
Chirurgie Urologique - CNP	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	12C04	11C13	12C11	11C02	11C11	11C03	12C12	12C03	11C04	12C07					
Intitulé	Prostatectomies trans	Interventions par voie	Interventions pelvienne	Interventions sur le	Interventions par voie	Interventions sur le	Interventions pelvienne	Interventions sur le	Interventions sur le	Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge supérieur à 17 ans, niveau 1 ou 2					
DMS National	3,03	2,96	4,04	5,32	2,64	4,55	5,88	3,27	3,8	3,07					
NB nuitées HTNM potentielles	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2,8					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	2,03	1,96	2,04	4,32	2	2,55	3,88	2,27	2,07	0					
25,52															
Ophthé debate - ES	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	14Z14	14Z13	14C08	15M05	14M03	14Z16	15M06	14C07	14C05	14C09					
Intitulé	Accouchements unig	Accouchements unig	Césariennes pour g	Nouveaux né	Faux travail et mena	Nouveaux né de 240	Césariennes pour g	Accouchements avec ai	Accouchements hors de l'établissement						
DMS National	3,8	4,7	5,69	3,68	3,68	3,68	4,97	8,9	3,01	3,56					
NB nuitées HTNM potentielles	2	3	2	2	2	2	3	3	0	2					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	1,8	1,7	2,69	1,68	1,68	1,94	1,97	5,9	1,56	0					
21,92															
Chirurgie Plastique - CNP	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	09C21	09C29	21C05	08C21	01C08	05C18	19C02	09C31	23C02	09C22					
Intitulé	Interventions majeur	Interventions interm	Autres interventions	Interventions sur la ff	Autres interventions	Interventions chirurg	Autres interventions	Interventions hors tumeur maligne du sein, niveau 1 ou 2							
DMS National	2,64	5,03	4,87	3,39	3,48	4,26	4,75	3,4	4,38	2,31					
NB nuitées HTNM potentielles	2	3	3	2	2	2	NC	NC	4	NC					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	0,64	2,03	1,87	0,39	1,48	2,26	NC	NC	0,38	NC					
9,05															
Hématologie - ES	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	16M11	16M10	17M15	17C07	16M09	16M12	17C06	17C06	16M16	16C03					
Intitulé	Autres troubles de l	Troubles sévères de l	Lymphomes et autre	Interventions interm	Autres affections de l	Purpuras, niveau 1 o	Interventions mineur	Interventions majeur	Troubles sévères de l	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 1 ou 2					
DMS National	4,54	6,43	4,18	4,18	3,75	4,47	3,5	6,41	4,98	3,19					
NB nuitées HTNM potentielles	3	5	3	3	3	3	2	2	5	3					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	1,54	1,43	1,18	1,75	1,47	1,94	1,5	1,41	1,98	1,19					
15,39															
Chirurgie Cardiaque - CNP	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	05C05	05C06	05C06	05C06	05C07	05C04	05C04	05C08	05C09	05C10					
Intitulé	Pontages aortocoron	Chirurgie de rempla	Autres interventions	Autres interventions	Autres interventions	Pontages aortocoronaires avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, niveau 1 ou 2									
DMS National	9,76	10,19	9,16	7,73	7,73	15,69									
NB nuitées HTNM potentielles	2,26	0,19	NC	0,53	0	3,69									
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	6,67														
Neurologie - CNP	GHM 1	GHM 2	GHM 3	GHM 4	GHM 5	GHM 6	GHM 7	GHM 8	GHM 9	GHM 10	GHM 11	GHM 12	GHM 13	GHM 14	GHM 15
Code Racine	01M11	01M08	01M12	01M22	01M25	01M17	01M26	01M10	01M27	01M33					
Intitulé	Affections des nerfs	Maladies dégénéra	Autres affections du	Migraines et céphalé	Épilepsie, âge supérieur	Sclérose en plaques	Tumeurs malignes du sy	Troubles du sommeil, niveau 1 ou 2	Troubles du sommeil, niveau 1 ou 2						
DMS National	4,56	5,23	4,59	3,89	3,89	4,65	6,24	4,37	4,99	4,06					
NB nuitées HTNM potentielles	3	4	3	3	3	3	6	NC	4	2					
Résultat global spécialité (nuitées HTNM potentielles)	1,56	1,23	0,59	0,89	1,65	0,37	0,24	NC	0,06	0,37					
6,96															





