HOTEL-DIEU DE PARIS

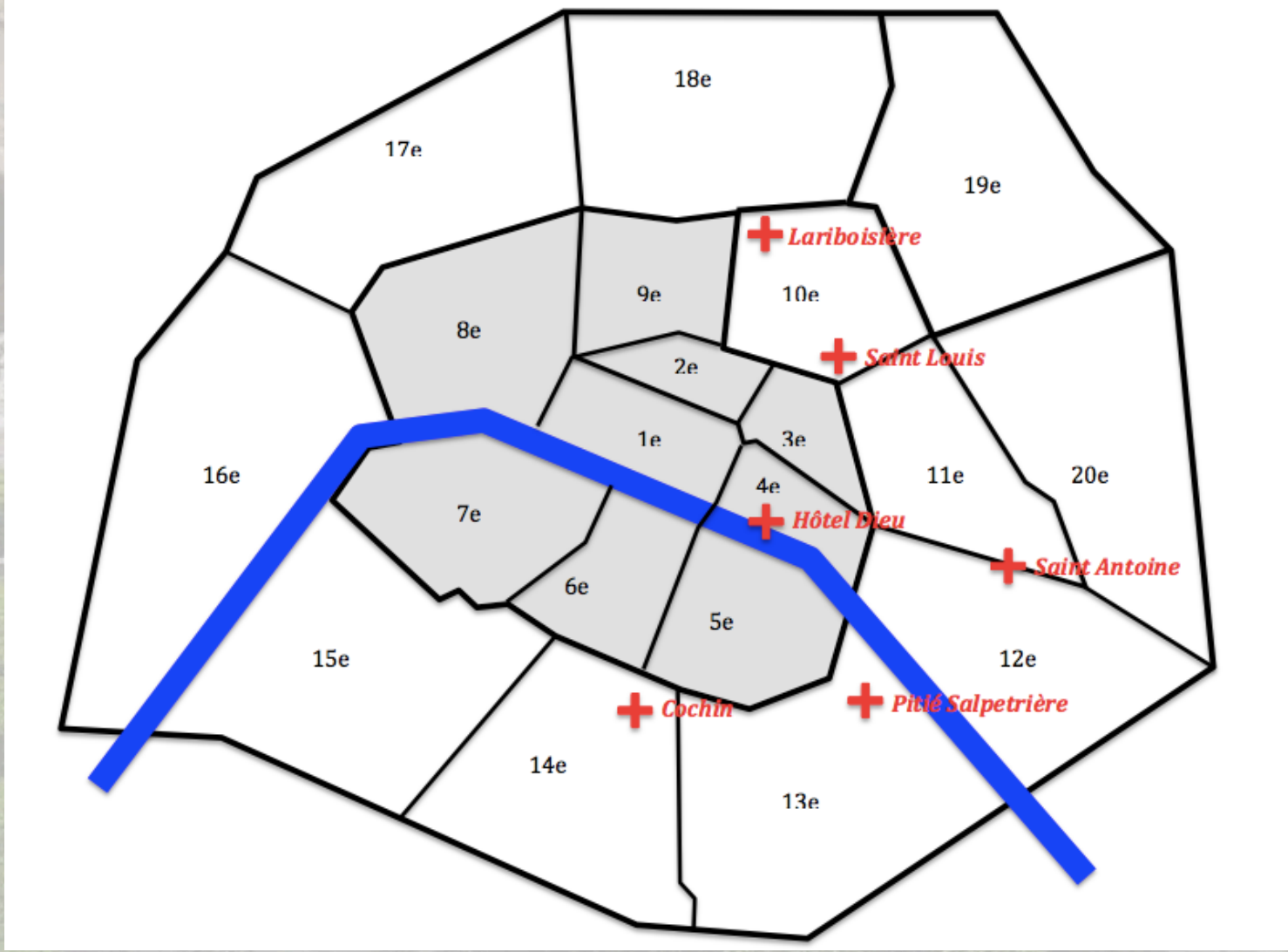
De « L'hôpital debout » à un hôpital de proximité et d'excellence

Association Hôpital Pour Tous
Comité de soutien de l'Hôtel-Dieu
Coordination Nationale de défense des hôpitaux et maternité de proximité.

Restructuration/Projet « d'hôpital debout »

- Projet AP-HP : **Hôpital Universitaire de Santé Publique (HUSP)**
- Volet Installation du siège +++
- Volet Santé publique (Pr Lombraille)
- Volets Soins ?
  - Projet du Pr Fagon (rapport)
  - Projet « Innovant », « Consultation sans RDV »
  - « Zéro attente » « Consultations spécialisées et très spécialisés »
  - « Sans suivi »
  - Pour les « personnes âgées autonomes » (pages 15&19)
  - Fermeture des urgences au 4 novembre 2013

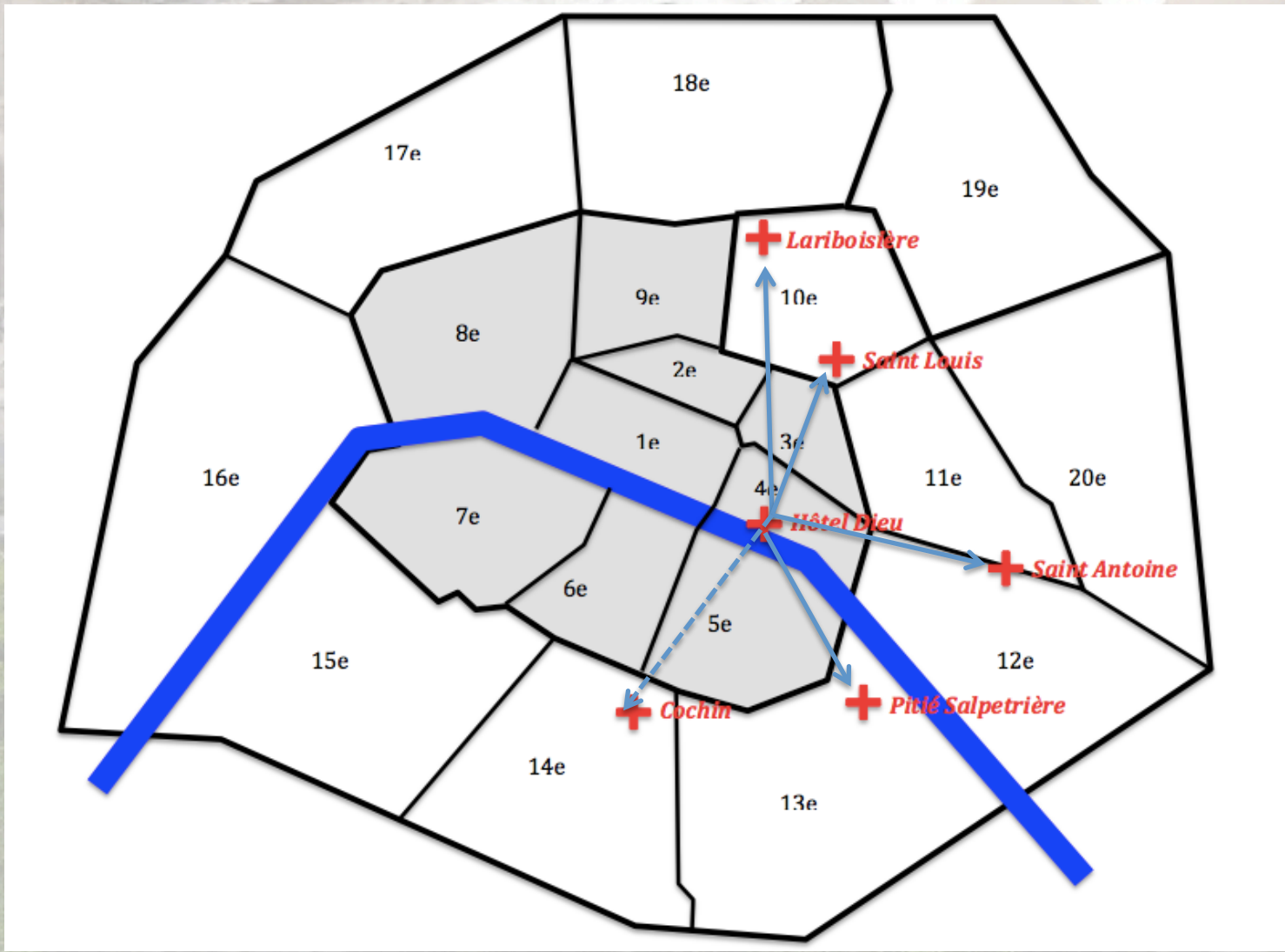
L'Hôtel-Dieu


18e
17e
19e
Lariboisière
9e
10e
8e
Saint Louis
2e
1e
3e
16e
11e
20e
4e
7e
Hôtel Dieu
Saint Antoine
6e
5e
15e
12e
Cochin
Pitié Salpetrière
14e
13e

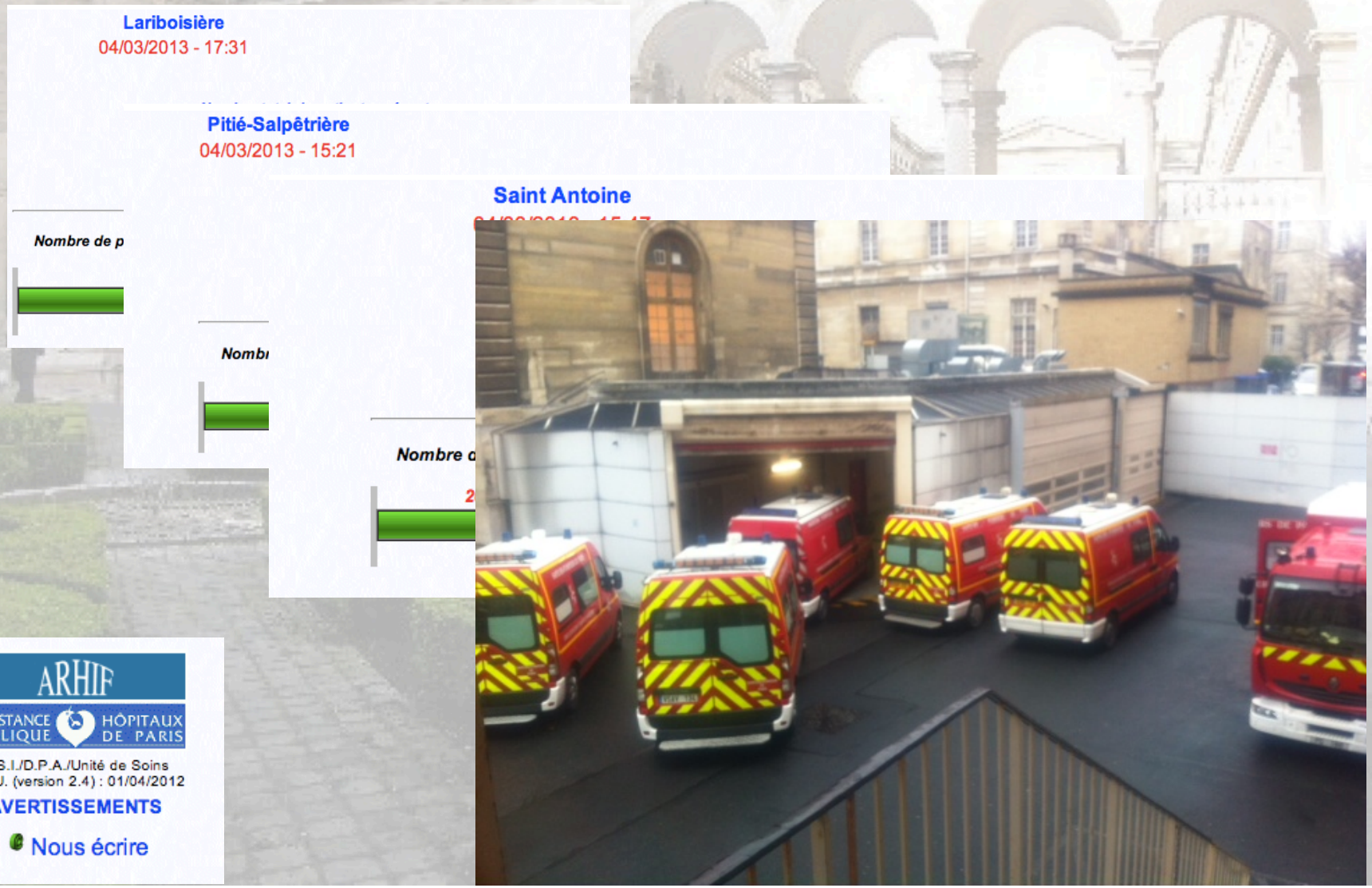
Quelques chiffres

- 120.000 urgences/an
  - 45.000 urgences médico-chirurgicales
    - >5 millions euros il y a moins de 4 ans
  - 45.000 urgences médico-judiciaires
    - >5 millions euros il y a moins de 4 a
  - 30.000 urgences ophtalmologiques (seules AP-HP)
- 17 lits de psy
- 46 lits médecine interne
- 226.000 consultations externes
- 29.200 hospitalisations (dont 15 800 hospitalisations de jour)
- Projet AP-HP: 160 Millions d'euros pour des bureaux ! dont 32 Millions non financés

Fermeture des urgences
4 novembre 2013



Cyberurgences 4 mars 2013 15h53



Urgentistes dénoncent…

- **Lettre ouverte publiée** JDD 24/2/13 « Alerte aux urgences: pourquoi il y a danger à fermer l'Hôtel-Dieu » Pelloux, Prudhomme, Kierzek, Taboulet
- **AMUF** 21 novembre 2012: « une fermeture des urgences déstabiliserait l'ensemble des services d'urgence de Paris car les services de Cochin et Lariboisière ne pourront pas faire face à l'afflux de patients »
- Et l'aval…
  - SAMU de France – 15 octobre

Les conséquences

- Augmenter les temps d'attente augmente la mortalité: attendre tue !
  - +10% chez les patients qui seront hospitalisés
    - Sun B. Annals of emergency medicine, 2012

HEALTH POLICY/ORIGINAL RESEARCH

Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients

Benjamin C. Sun, MD, MPP, Renee Y. Hsia, MD, Robert E. Weiss, PhD, David Zingmond, MD, Li-Jung Liang, PhD, Weijuan Han, MS, Heather McCreath, PhD, Steven M. Asch, MD

  - Et même chez les « moins graves »
    - Guttman BMJ 2012

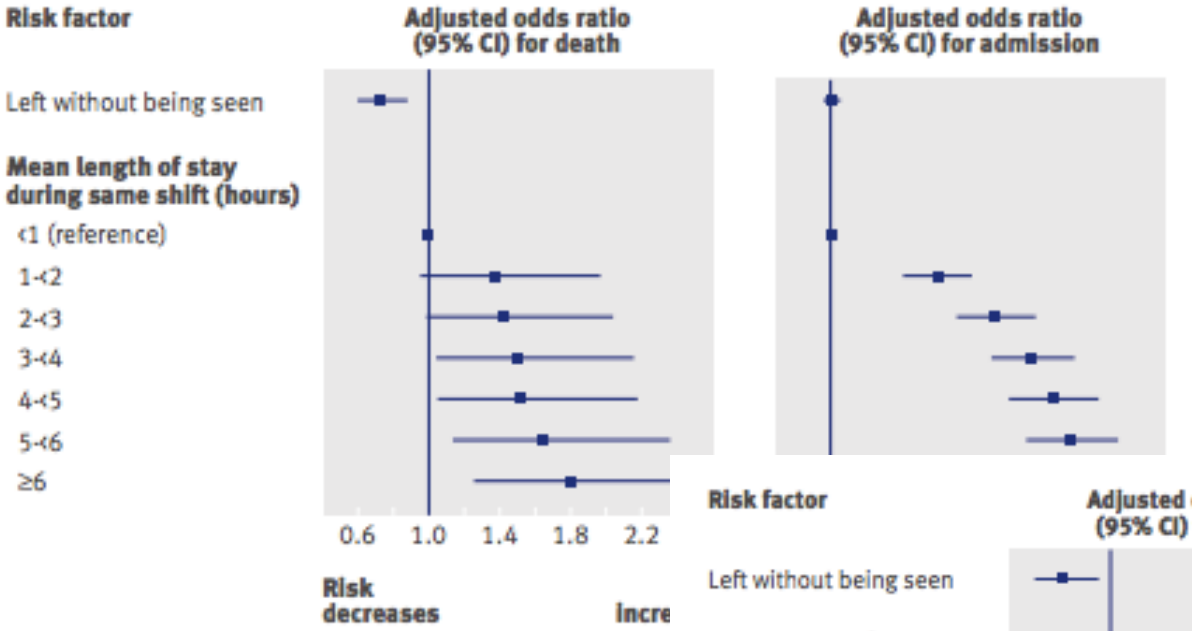


Fig 1 | Adjusted odds ratios (95% confidence intervals) within seven days of emergency department visit am discharged and left without being seen) high acuity p levels 1 to 3). Odds ratios adjusted for triage level, a fifth, urban/rural community, No of visits to emergen complaint, time/day of shift

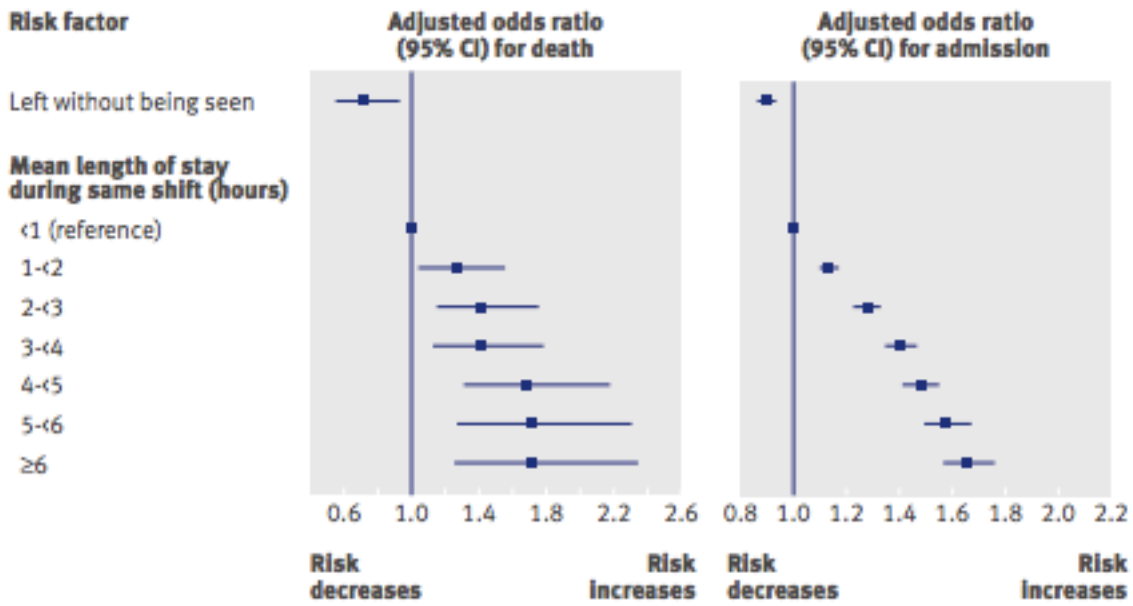


Fig 2 | Adjusted odds ratios (95% confidence intervals) for death and admission to hospital within seven days of emergency department visit among all non-admitted (seen and discharged and left without being seen) low acuity patients (Canadian triage and acuity scale levels 4 to 5). Odds ratios adjusted for triage level, age group, sex, calendar month, income fifth, urban/rural community, No of visits to emergency department in previous year, chief complaint, time/day of shift

Economies ?

- Smulowitz, Annals *of* Emergency Medicine , 2012

HEALTH POLICY/CONCEPTS

A Novel Approach to Identifying Targets for Cost Reduction in the Emergency Department

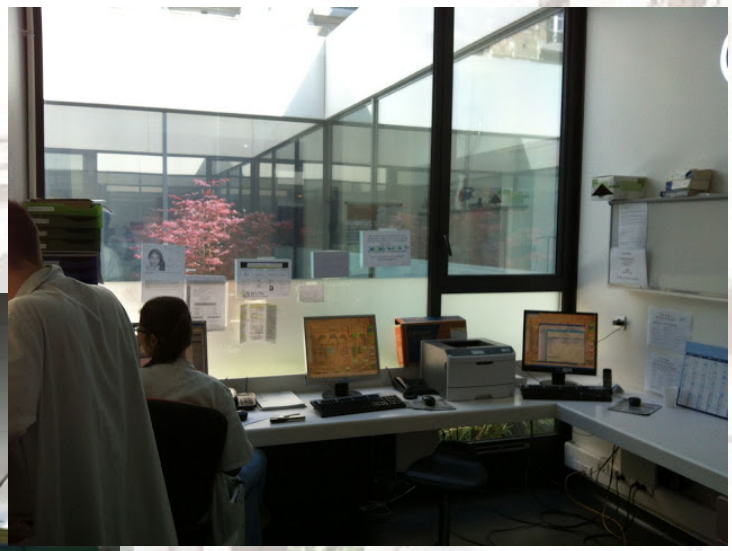
Peter B. Smulowitz, MD, MPH, Leah Honigman, MD, Bruce E. Landon, MD, MBA

From the Department of Emergency Medicine (Smulowitz, Honigman), and Division of General Medicine and Primary Care (Landon), Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA; and the Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA (Landon).

- Si on déroutait 50% des visites: 2-4% d'économies sur le total des dépenses.

Gaspillage d'argent public

La plupart des services sont neufs : - de 5ans



AC

L'HUSP vu de l'extérieur

- **Pr André Grimaldi :** Cette Cité universitaire de santé…un grand centre de consultations qui relève « *plus d'un assemblage disparate que d'un réel projet médical* » *sans hospitalisation et ni suivi dans la durée (donc pas de suivi de patients atteints de maladies chroniques). sorte de Centre de santé à la carte affichant « sans rendez vous » et « sans attente , slogans promotionnels auxquels il faudrait ajouter « et sans lendemain ».*
- **Union Syndicale des Médecins des Centres de Santé (Dr Beaupin – Avril 2013 – (rapport d'analyse):** projet institutionnel *« clivé entre soins et santé publique, au pilotage politique sans vision, aux missions floues et méconnaissant les enjeux de la médecine de parcours et l'accès aux soins ... il faut revenir sur une mauvaise décision politique, et la revoir sur la base d'une autre analyse, notamment celle d'un « hôpital au territoire redéfini, offrant les services et actes techniques adaptés au territoire, y compris en hospitalisation aiguë, en convalescence ou en urgence, dans le cadre du service public.*
- **Financement:** 160M€ dont 32 M€ non financés ?

Les « off » écrits

- **Pr Casalino:** « Les infos dont je dispose, indiquent un accroissement significatif de l'activité dans la plupart des SAU et des difficultés majeures dans la gestion de l'aval. »
- **Dr Chabernaud:** Compte-tenu de la situation tendue des urgences adultes est-il raisonnable d'envisager la fermeture "progressive" des Urgences de l'hôtel-Dieu ?
- **Pr Hausfater:** « La situation est démoralisante au possible. Pour information, notre activité au SAU a augmenté de manière très significative ces 3 derniers mois, avec des équipes qui sont épuisées. Nos hôpitaux étant désormais trop "petit" pour offrir l'aval d'hospitalisation à ce flux de patients aux urgences, nous alimentons de fait les cliniques privées avec par définition des patients moins poly-pathologiques que ceux qui resteront sur notre GH. Amitiés, Pierre »

L'Appel de L'Hôtel-Dieu

- Prs Zittoun, hématologue, Vadrot, radiologue , Legeais, ophtalmologue,..
- **Le projet HUSP** ne correspond
  - ni aux besoins des patients présentant une pathologie lourde ou urgente,
  - ni à la réalité médicale hospitalière,
  - ni même à une organisation pertinente de l'accès aux soins
- et sert uniquement de prétexte au transfert coûteux du siège administratif de l'AP-HP tout en réduisant l'offre de soins.

Pour parvenir à vendre « ce projet »

- Argument n° 1 : Hôpital qui n'est plus en capacité de prendre en charge des malades.
- Transfert des services :
  - Pneumologie : passage par le Val de Grace en attendant une place à Cochin
- Pression sur le personnel
  - On les pousse à partir
  - On vide pour mieux fermer
  - Foire aux urgentistes…

Une alternative cohérente, médicalement et financièrement

L'Hôtel-Dieu, hôpital de proximité, d'excellence et d'ambulatoire

Pourquoi une alternative ?

- L'AP-HP:
  - 80 % de l'offre hospitalière dans Paris intra-muros
  - hyperspécialisée,
  - forte réduction globale du nombre de lits
  - Limites atteintes:
    - Vieillissement de la population
    - T2A et sélection de malades rentables

- L'Hôtel-Dieu a donc le devoir, par son accessibilité géographique et son histoire, d'être le modèle et le garant d'un **hôpital généraliste de proximité pour tous**, indispensable à la population parisienne et francilienne.

Alternative cohérente: valoriser l'existant

- Médicalement et financièrement, en valorisant **l'existant NEUF**:
  - Urgences SMUR + plateau technique
  - Médecine polyvalente et Psychiatrie;
  - Une polyclinique médicale (et non un centre de santé) avec des consultations et un hôpital de jour dans les différentes spécialités, y compris de médecine générale ;
  - Chirurgie d'ophtalmologie ;

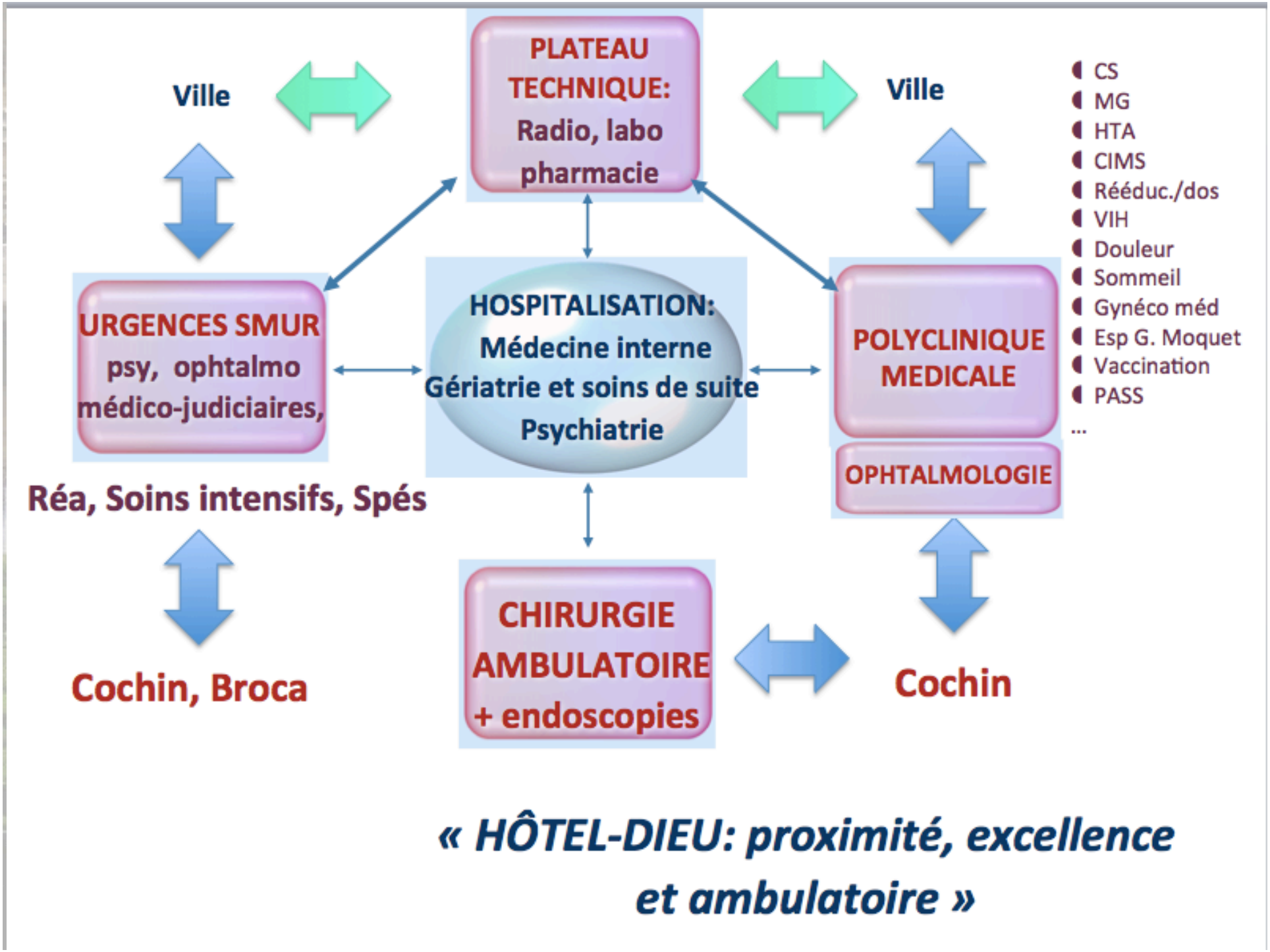
- Investissement ZERO euros (Services rénovés il y moins de 5 ans)
- Vrais besoins patients : implanter **chirurgie ambulatoire + gériatrie/SSR+ maternité niv 1**

Hôpital universitaire de proximité avec ses urgences et des services d'hospitalisation.

- Hôpital central, y compris en termes d'accès géographique (« hôpital RER »).
- Cette offre de soins de proximité s'appuie sur les parties entièrement neuves ou rénovées de l'hôpital (pas d'investissement nécessaire)
- **Urgences 24H/24** avec des urgences médico-chirurgicales, médicojudiciaires (UMJ), ophtalmologiques et un SMUR (> 120.000 patients/an). Vigipirate.

- **Hospitalisation de médecine interne générale** en lien avec les médecins de ville, urgences et des **lits de psychiatrie** (suicidologie, psychiatrie médico-légale, psychotraumatismes,...).
- **Plateau technique de radiologie et polyvalent** (scanner, IRM, radiologie standard, échographie, médecine nucléaire, explorations cardiovasculaires, pulmonaires et digestives) servant à la fois aux consultations, à l'hospitalisation, aux urgences et ouvert en secteur 1 (24/24, 7/7)

- **Centre de médecine ambulatoire/polyclinique médicale** assurant les consultations de médecine et de prévention toutes spécialités (ainsi que vaccination/médecine universitaire, douleur, adolescents, VIH, sport, dos, sommeil,...) s'appuyant sur le plateau technique indispensable à toutes les activités.
- **Ophtalmologie médicale et chirurgicale ambulatoire.**


Ville
PLATEAU TECHNIQUE: Radio, labo pharmacie
Ville
CS
MG
HTA
CIMS
Rééduc./dos
VIH
Douleur
Sommeil
Gynéco méd
Esp G. Moquet
Vaccination
PASS
...
URGENCES SMUR psy, ophtalmo médico-judiciaires,
HOSPITALISATION: Médecine interne Gériatrie et soins de suite Psychiatrie
POLYCLINIQUE MEDICALE
OPHTALMOLOGIE
Réa, Soins intensifs, Spés
CHIRURGIE AMBULATOIRE + endoscopies
Cochin, Broca
Cochin
« HÔTEL-DIEU: proximité, excellence et ambulatoire »

Une ambition pour l'Hôtel-Dieu

- **Développer des activités pour améliorer l'offre de soins**
- Trois activités font cruellement défaut à Paris en termes d'offre publique de soins, correspondant à des enjeux stratégiques pour les années à venir :
  - l'hospitalisation de médecine polyvalente, notamment à orientation gériatrique
  - la chirurgie ambulatoire
  - les maternités de niveau 1

Conclusion

- Hôtel-Dieu
  - Hôpital de proximité
  - Complémentaire médecine de ville et hôpital ultraspécialisé (AP-HP…)
  - Soignants, citoyens, syndicats portent cette alternative
  - Politiques