

« Hôtels Hospitaliers »

Séminaire d'échanges
Direction du Pilotage de la Transformation

Jeudi 18 février 2016

Sommaire

■ ACCUEIL DES PARTICIPANTS

■ OUVERTURE

Pr Noël Garabédian, Président de la CME

■ LES HÔTELS HOSPITALIERS DANS L'ACCUEIL DE PATIENTS ÉTRANGERS

Jean de Kervasdoué, Conservatoire national des arts et métiers

Florence Veber, Directrice de la Délégation aux relations internationales

■ LES HÔTELS HOSPITALIERS AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION HOSPITALIÈRE

□ COMMENT ÉVALUER LE POTENTIEL DE SON ÉTABLISSEMENT

▶ Retour d'expérience de l'hôpital Pitié-Salpêtrière

Agnès Petit, directrice de la qualité

Pr François Richard, chirurgien consultant

Dr Frédéric Dugué, médecin de santé publique

▶ Retour d'expérience de l'hôpital Necker – Enfants malades

Maya Vilayleck, adjointe au directeur

Pr Nicolas Leboulanger, PUPH, service d'ORL

Sommaire

❑ LES PROJETS DES HÔPITAUX

▶ Hôpital Robert-Debré

*Pr Jean-Claude Carel, président de la CMEL
Marc Jouve, directeur des opérations*

▶ Hôpital Ambroise-Paré

*Dr Guy Khulmann, praticien hospitalier, anesthésie-réanimation
David Trouchaud, directeur du site Ambroise Paré*

❑ LES PROJETS D'HÔTELS HOSPITALIERS EN ÎLE-DE-FRANCE POUR UNE DIVERSITÉ DE PARCOURS PATIENTS

Pr Jean-Pierre Béthoux, chirurgien consultant

■ QUEL MODÈLE ÉCONOMIQUE ?

❑ TABLE RONDE

*Lise Rochaix, responsable scientifique de la chaire Hospinnomics
Catherine Dupilet, Consultante Kurt Salmon
Arnouk Vink, Directeur du développement hôtelier France groupe Accor*

LES HÔTELS HOSPITALIERS DANS L'ACCUEIL DE PATIENTS ÉTRANGERS

La mondialisation de la médecine

5

Les atouts de la France

Les mondialisations

- La plus ancienne, celle qui a toujours existé, depuis le 18^{ème} siècle est la mondialisation de la recherche
- Elle s'est progressivement accompagnée de la mondialisation des biens et produits médicaux. S'il existait encore des produits spécifiques à tel ou tel pays ceux-ci tendent aujourd'hui à disparaître.
- Trois nouvelles « mondialisations » apparaissent :
 - La mondialisation de l'expertise médicale, notamment celle des médecins, mais aussi des autres soignants, anglophones
 - La mondialisation de la formation médicale (les MOOCs),
 - La mondialisation des patients

Pourquoi une mondialisation des patients ?

- Le transport aérien
- La naissance d'une bourgeoisie aisée dans les pays du sud. Il sont plusieurs centaines de millions (autour de 350 millions) ayant un revenu supérieur ou égal aux 5% des Français les plus riches
- Internet qui permet de connaître les « meilleurs » équipes médicales
- L'extrême spécialisation de la médecine (elle ne va pas s'arrêter là) qui va que dans certains pays l'expertise n'existe pas ou plus
- La qualité incertaine des soins dans certains pays

Un marché est né

- En Asie, la Thaïlande notamment où les soins aux patients étrangers représente 0,6% du PIB, mais aussi en Inde,
- En Israël (la clientèle Russe),
- Au Liban (les pays du Golfe),
- En Turquie (Les Balkans et la Russie)
- En Allemagne (Plus de 2 milliards d'€ de chiffre d'affaire), (les pays du Golfe et les Balkans)
- Bien entendu en Angleterre et surtout aux Etats-Unis

- Un considérable taux de croissance annuel : > à 20%

Dans tous ces cas il faut souligner **l'excellence du service - du départ au retour du patient - et le luxe de l'hôtellerie (4 à 5 étoiles)**

La France n'y a pas répondu

- Certes il y a toujours beaucoup de patients étrangers en France, mais la majorité d'entre eux sont soignés gratuitement pour des montants non négligeables (autour de 1 milliard d'€)
- Pour les autres, seules quelques institutions considéraient que cela faisait partie de leur stratégie (Hôpital américain, l'IGR, quelques établissements privés)
- Quant aux grands CHU, la clientèle était d'abord celle de quelques « patrons » reconnus plus donc que celle de l'institution elle-même
- Un chiffre d'affaire global estimé à environ 120 millions d'€, soit 16 fois moins que l'Allemagne !

De considérables atouts

L'excellence de la médecine française et vraisemblablement la meilleure chirurgie du monde

La grande réputation de la recherche médicale

De nombreuses institutions de qualité

Des tarifs bas

La réputation de la France et de Paris en matière d'hôtellerie et de luxe

Des freins

- La peur infondée que cela nuirait aux Français.
- Non seulement, il n'y a pas ou peu de liste d'attente (sauf en ophtalmologie et pour certains diagnostics), mais encore cet argument n'est pas utilisé quand on soigne les patients gratuitement
- La population de la France croit de 0,5% de patients par an. Ce n'est pas encore demain que 1/200 des patients hospitalisés en France seront étrangers
- Les visas tant pour les patients, leur famille que pour les médecins qui souhaitent venir se former à une technique en France
- La langue
- Les procédures administratives et notamment la séparation ordonnateur comptable ...
- L'absence de choix politique

Les choses évoluent sous l'impulsion du Gouvernement

- La possibilité pour les CHU de créer des filiales commerciales (loi Macron)
- Toute une série de mesures en cours, dont la plupart seront annoncées dans les toutes prochaines semaines
 - Simplification des procédures de visa
 - Attribution à une institution existante ou création d'une institution chargée de développer cet accueil (Cela existe déjà dans le domaine de l'enseignement supérieur)
 - Possibilité d'afficher des références internationales en matière de certification
 - Mais aussi, dans le privé, la création de conciergeries médicales ...

Encore faudra-t-il que les établissements se saisissent de cette opportunité

- ▶ Cela est moins simple qu'il n'y paraît car cela touche à :
 - L'information des services offerts (site Internet en anglais)
 - La possibilité de faire un devis complet en quelques heures
 - La capacité d'accueillir le patient et sa famille dans les conditions « habituelles » : repas, confort ...
 - Celle de disposer d'une équipe soignante anglophone, arabophone ...
 - Celle encore de coordonner la prise en charge avec les entreprises de conciergerie
 -

La question n'est pas de savoir si le marché mondial se développe, mais de savoir si les établissements français veulent y participer.

Les établissements de droit privé répondent clairement oui.

Les hôpitaux publics sont aussi d'accord, mais le chemin sera plus long !

A l'instar de l'Allemagne, un chiffre d'affaire global de 2 milliards d'€ n'est pas impossible en 2020.

Cela représente environ 30 000 emplois !

Il faut se retrousser les manches !

Nouvelle politique pour l'accueil des patients non-résidents

Florence VEBER

DRI

Février 2016

L'objectif de la nouvelle politique

- **Le renforcement de « l'attractivité médicale de la France » :**
- **En 2015, le gouvernement a invité les établissements de santé français à explorer la possibilité de développer la prise en charge des patients non-résidents (PNR), dès lors qu'elle se ferait dans le plein respect de celle des assurés sociaux et sans priorité d'admission ni traitement préférentiel des PNR.**
- **En 2015, la Fédération Hospitalière de France a été chargée, au niveau national, de coordonner une première présentation de l'offre de soins élaborée par les établissements de santé français et destinée aux ambassades; participation de l'AP-HP**

L'accueil des PNR à l'AP-HP commença de se structurer à partir de 2013*

- Mise en place d'une cellule dédiée à la Délégation aux Relations Internationales, mais ne suivant que 10% des hospitalisations programmées majoritairement pour les pays du Golfe;
- Un suivi plus étroit de l'activité pour estimer la demande annuelle à environ 2500 séjours en hospitalisation programmée;
- Mise en place d'une nouvelle tarification, à compter de septembre 2013 (TJPX x 30%), mais qui n'empêcha pas la persistance d'un faible taux de recouvrement.

** Rapport du Groupe de suivi de l'accueil des PNR de la CME, 14/01/2014*

La mise en place d'une nouvelle politique d'accueil des PNR à l'AP-HP en 2015

■ La structuration de l'offre de soins destinée aux PNR:

- ▶ Une offre de soins programmés est définie au niveau de chaque GH, appuyée sur l'identification de services volontaires et la désignation d'un responsable administratif et d'un responsable médical;
- ▶ L'extension du principe du prépaiement (déjà acté pour les individuels) aux patients programmés venant par le biais d'un organisme, et la révision de la liste des organismes étrangers pouvant déroger à ce principe;
- ▶ Un suivi conjoint DRI/DEFIP, en lien avec la CME;

■ Un plan d'action est élaboré pour la période 09/2015-09/2017. L'élaboration d'une charte commune fixant les critères à satisfaire pour les équipes médicales volontaires ;

■ La proposition d'une première liste des pathologies ciblées par les équipes médicales volontaires.

19

Place des hôtels hospitaliers

■ **Compenser une offre hôtelière non satisfaisante dans certains hôpitaux**

- ▶ Chambre à deux lits (Ambroise Paré ; Bichat etc...)
- ▶ Pour des sorties très rapides à proximité de l'hôpital

■ **Diminuer les couts pour des patients non résidents qui paient eux mêmes leur séjour**

- ▶ Notamment pour certains patients ou certaines familles quand il s'agit de pédiatrie venant du Maghreb et d'Afrique subsaharienne.

■ **Prendre en compte le besoin de logements de type studio pour l'accueil de médecins étrangers en stage dans nos hôpitaux**

- ▶ de nombreux stages d'observation et au moins une vingtaine de stagiaires associés tous les ans

- ▶ Près de 30 partenariats actifs en cours

LES HÔTELS HOSPITALIERS AU SERVICE DE LA TRANSFORMATION HOSPITALIÈRE

Comment évaluer le potentiel de son établissement ?

Retour d'expérience de la Pitié-Salpêtrière

Agnès PETIT, Pr François RICHARD, Dr Frédéric DUGUÉ
Séminaire « Hôtels hospitaliers » | jeudi 18 février 2016



1^{er} recueil : enquête GT ARS ÎdF, 2013

■ Objectifs au sein de l'hôpital

- ▶ Sensibilisation des professionnels
- ▶ Test des méthodes de recueil
- ▶ Première estimation du potentiel

■ Modalités

- ▶ Services de chirurgie + méd. interne + rhumatologie
- ▶ Enquêteur unique + 1 médecin sénior / service

■ Effets

- ▶ Intérêt des PM et PNM pour le principe
- ▶ Prise de conscience des réorganisations nécessaires

Potentiel : 27%
(66/244)

Veilles
d'intervention : 36%

Attente de SSR :
24%

Raisons sociales ou
personnelles...

23

Appropriation de la méthode ARS ÎdF, 2015

Objectif : recensement des patients potentiellement éligibles dans le cadre de l'appel à candidature de l'ARS

■ Adaptation technique : échelle de l'hôpital + délais courts

- ▶ **Étalement** sur 7 jours distincts (au choix des services : souci de représentativité)
- ▶ Extraction **données administratives** patients (nombre de patients effectivement hospitalisés = dénominateur + pré-remplissage âge, sexe, date d'entrée)
- ▶ Questionnaire **en ligne** (LimeSurvey, accès intranet)

■ Affinage du recueil + recherche d'une confirmation clinique

- ▶ Implication d'un **médecin sénior** dans chaque service
- ▶ Infos sur **indications de prise en charge** + suggestion de **parcours patients** pertinents
- ▶ **Relecture/validation** de la liste des patients éligibles *a posteriori*

24

Merci de contribuer à cette enquête.

Chaque questionnaire est **individuel** : il est associé à un patient donné, identifié ci-dessous. Il s'ouvre (dans une nouvelle fenêtre / un nouvel onglet du navigateur Internet) en cliquant sur un **lien correspondant** dans la **liste des patients** qui vous a été envoyée par courriel. Saisissez vos réponses puis **cliquez sur « Envoyer »** pour les valider (elles ne seront ensuite plus modifiables).

Au moindre doute quant à l'éligibilité d'un patient, ou pour toute information utile, contactez votre service en commentaires libres.

Identification du patient

Service : 100-Pr Test, salle : Laennec, J1 d'hospitalisation dans l'unité
M. Jean MARTIN, né le 18/03/85 (30 ans), NIP : 1234567890

Cas particuliers

Cochez la ou les réponses

- Hébergement : patient couché dans votre service mais pris en charge par une autre unité
- Urgence : patient entré en urgence ce jour (non éligible)
- Sans domicile fixe (non éligible)
- Patient sorti

Critères d'éligibilité

* Le patient est-il perfusé et/ou monitoré ?

- Oui Non

* Le patient est-il autonome ?

- Oui Non

? Ex. : patient mobile, en possession de ses moyens psychiques, qui pourrait être chez lui et y réaliser seul les tâches de la vie quotidienne.

Prise en charge

* Le patient est-il :
Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- en hospitalisation conventionnelle (y compris hospitalisation de semaine) ?
 en conversion de chirurgie ambulatoire ?

* Quel est le diagnostic ou le motif de prise en charge ?

? L'objectif est d'identifier parmi les patients éligibles des parcours de prise en charge spécifiques, au sein desquels pourrait s'inscrire un passage en hôtel hospitalier.

Autres

Commentaires libres

Intérêts de la méthode employée

■ Implication et intérêts des praticiens

■ Dialogue et regard clinique

▶ Pertinence discutée par prises en charge/parcours

- Ex. : ETP associée à l'introduction d'une insulinothérapie avant chaque repas

▶ Questions soulevées

■ Identification : conditions de réussite et impacts à prendre en compte

▶ Transformation des organisations

▶ Transferts de ressources pour répondre aux besoins

- Ex. : réalisation des pansements des patients externes

▶ Recentrage sur patients lourds : densification de la charge de travail

26

Limites de la méthode employée

■ Extraction listes / données patients le matin + réalisation en journée

- ▶ Sous-estimation des hospitalisations en **veille d'intervention**
- ▶ Difficulté à évaluer l'éligibilité des patients **la nuit** précédente

Liste établie la veille + période d'étude spécifiée

■ Étude ponctuelle

- ▶ Pas d'évaluation des variations possibles du potentiel **dans la semaine**

Études ad-hoc dans certains services








■ Confirmation clinique non systématisée et *a posteriori*

- ▶ **Biais** selon adhésion / disponibilité

Validation au moment du recueil + précision critères

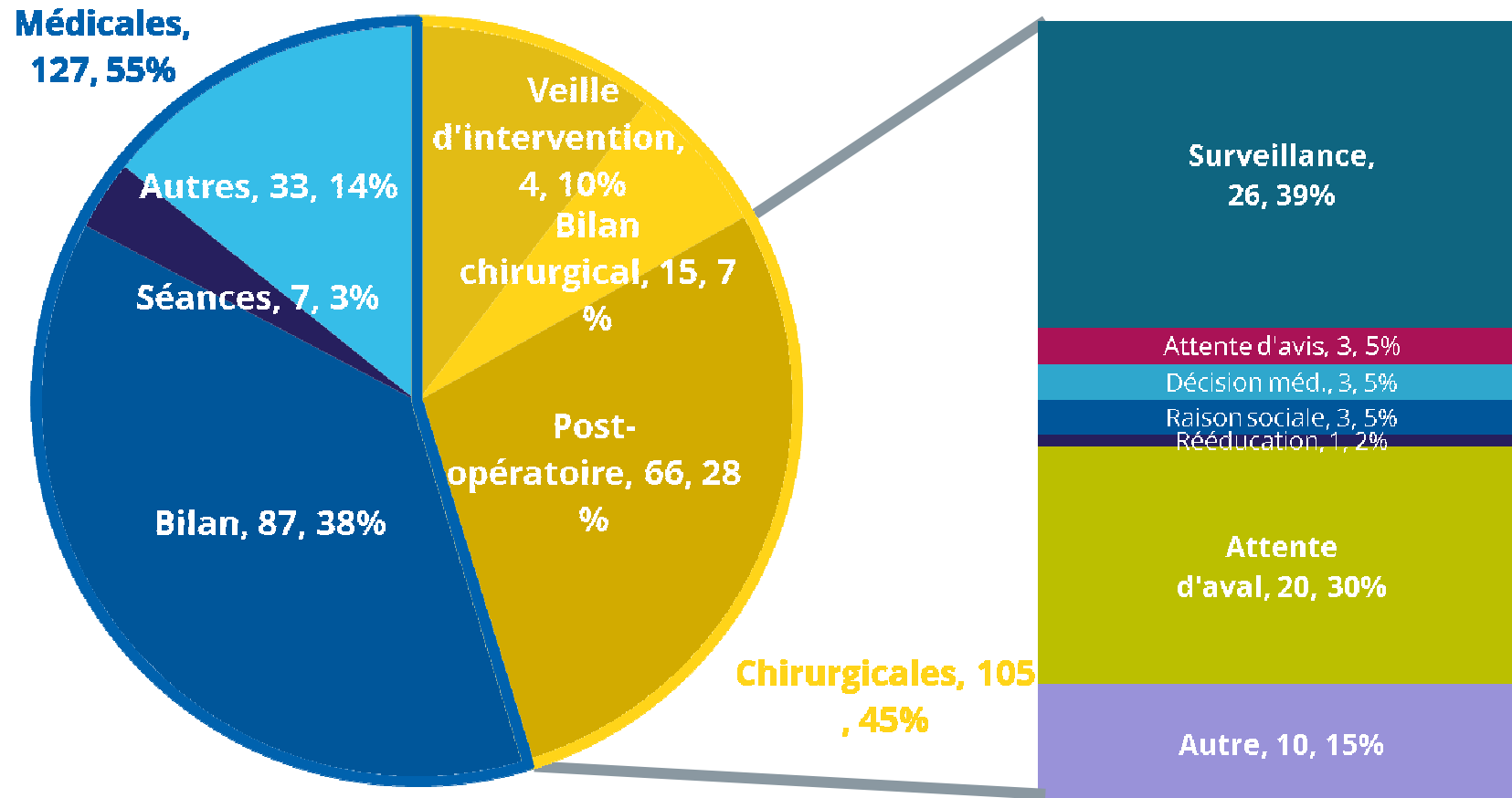
Résultats : potentiel

Patients enquêtés : 90% (986 parmi les 1090 présents dans 1155 lits)

Pôles (N patients enquêtés)	% (N) éligibles : critères ARS / confirmés	% min.-max.
Chir., néphro., uro., gynéco-obs. (323)		29% (95) 0%-56% 20% (66) 0%-33%
Pneumo., gériatrie, anesth.-réa. (29)		0% (0) 0%-0% 0% (0) 0%-0%
Neurologie, psychiatrie (131)		27% (36) 19%-41% 17% (22) 0%-25%
Neurochir., ORL, ophtalmo. (130)		42% (55) 23%-54% 25% (32) 9%-54%
Cardio., chir. card., endocrino. (190)		53% (100) 31%-100% 38% (73) 23%-100%
Infectio., immuno., inflamm. (159)		36% (58) 13%-73% 22% (35) 10%-33%
Onco., hémato., radiothérapie (24)		25% (6) 0%-40% 17% (4) 0%-27%
Pitié-Salpêtrière (986)		35% (350) 0%-100% 24% (232) 0%-100%

28

Résultats : typologie des prises en charge



Réflexions et suites de la démarche

- **Malgré l'absence de démarrage de l'expérimentation pour PSL:**
 - ▶ s'emparer des résultats
 - ▶ identifier les modifications de pratiques possibles, indépendantes du recours à un hôtel hospitalier

- **Réflexion plus mure en chirurgie qu'en médecine**
 - ▶ Hospitalisation pré-op → passer au JO pour les patients proches
 - ▶ Limiter les recours au SSR (levier MSAP en chirurgie orthopédique)

Comment évaluer le potentiel de son établissement ?

Retour d'expérience

Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades

Maya Vilayleck

Nicolas Leboulanger

Séminaire Hôtels Hospitaliers


18 février 2016



- Le contexte : objectifs / enjeux de la démarche
- La méthode et les résultats
- Questionnements
- Les suites données au projet
- Conclusions et enseignements

- L'hébergement extra hospitalier : un besoin régulièrement exprimé
 - ✓ Lié aux spécificités des patients pris en charge à Necker : part des recrutements hors Ile-de-France; prise en charge de maladies rares et complexes, chroniques
 - ✓ En raison de la saturation des lits d'hospitalisation conventionnelle, des délais de programmation des interventions chirurgicales

- Un projet cohérent et complémentaire avec les autres démarches engagées sur le site
 - ✓ Gestion des séjours & des lits
 - ✓ Amélioration de la sortie
 - ✓ Développement de la chirurgie & de la médecine ambulatoire
 - ✓ Développement du recours à l'HAD
 - ✓ Présence d'une Maison des Familles sur le site depuis 10 ans (46€ par nuitée pour 2)

- ❑ 7 au 17 avril 2015
 - ❑ Ensemble des activités de 4 pôles
 - ▶ Pédiatrie générale et pluridisciplinaire
 - ▶ Médico - chirurgical pédiatrique
 - ▶ Périnatalogie et cardiologie pédiatrique
 - ▶ IRISE (Infectieux – Rein – Immunologie – Sang – Cœur)
 - ❑ 450 lits concernés par le périmètre de l'étude / 425 dossiers patients étudiés
 - ❑ 86 patients éligibles (critères ARS) y compris en maternité
 - ❑ Soit un potentiel de **20,9%**
 - ❑ Potentiel hors maternité : **17,8%**
- 

Restitution des résultats de l'enquête ARS

Pôle	Nb de patients étudiés	Nb de patients éligibles	Potentiel
Pédiatrie générale et pluridisciplinaire	75	13	17%
Médico - chirurgical pédiatrique	129	35	27%
Périnatalogie et cardiologie pédiatrique	115	28	24%
<i>Dont Maternité</i>	45	18	40%
Infectieux, Rein, Immunologie, Sang, coEur (IRISE)	106	10	9%

☐ Principaux motifs évoqués de prescription d'un séjour en hôtel hospitalier

- ✓ Bilans sur plusieurs jours sans nécessité médicale de passer la nuit à l'hôpital
- ✓ Veille d'intervention et J+0
- ✓ Patient hors Ile-de-France ou étrangers
- ✓ Solution pour les patients en attente de lits d'aval ou de rapatriement (DOM-TOM, étranger)
- ✓ Raisons sociales liées au patient ou sa famille
- ✓ Protocoles médicaux (consultations de contrôle post opératoire)
- ✓ Raisons « psychologiques » (notamment en service d'hématologie adulte)
- ✓ Le cas spécifique de la maternité

- Prise en charge financière?
- Localisation de la structure sur site ou hors du site (juxta hospitalier)?
- Impact sur la charge en soins?
- Impact sur l'organisation architecturale des secteurs concernés ?
- Impact métier : coordonnatrice de parcours, vocation enseignement des HU?
- Frein au développement de la chirurgie ambulatoire?
- Adhésion des patients, des familles?
- ▶ nécessité de répondre à ces interrogations pour apprécier l'intérêt d'intégrer dans les parcours patients une étape extra hospitalière

- Candidature de Necker à l'expérimentation ARS non retenue
- Axes de réflexion pour répondre aux besoins d'hébergement non médicalisé
- ✓ En fonction des dispositions nationales: conventionnement avec des hôtels à proximité (modèle Robert Debré), ou instruction d'un projet sur site, sous réserve d'une emprise immobilière disponible (modèle Ambroise Paré)
- ✓ Achat par l'établissement, sur son budget d'exploitation, de nuitées dans les hôtels à proximité
- ✓ Mise à disposition des patients de studios, dans le cadre de la signature d'un partenariat avec une association (hébergement entre 3 et 6 mois)
- ✓ Développement du recours à la Maison des Familles dont le taux d'occupation est de 80%

- Service d'ORL pédiatrique:** expérimentation de parcours patients intégrant une ou plusieurs nuitées à la Maison des Familles

- Enquête ARS: potentiel de patients éligibles = 31%

- 22 lits - +5,4% en 2015/2014 - Taux d'occupation: 87% avec des pics en milieu de semaine

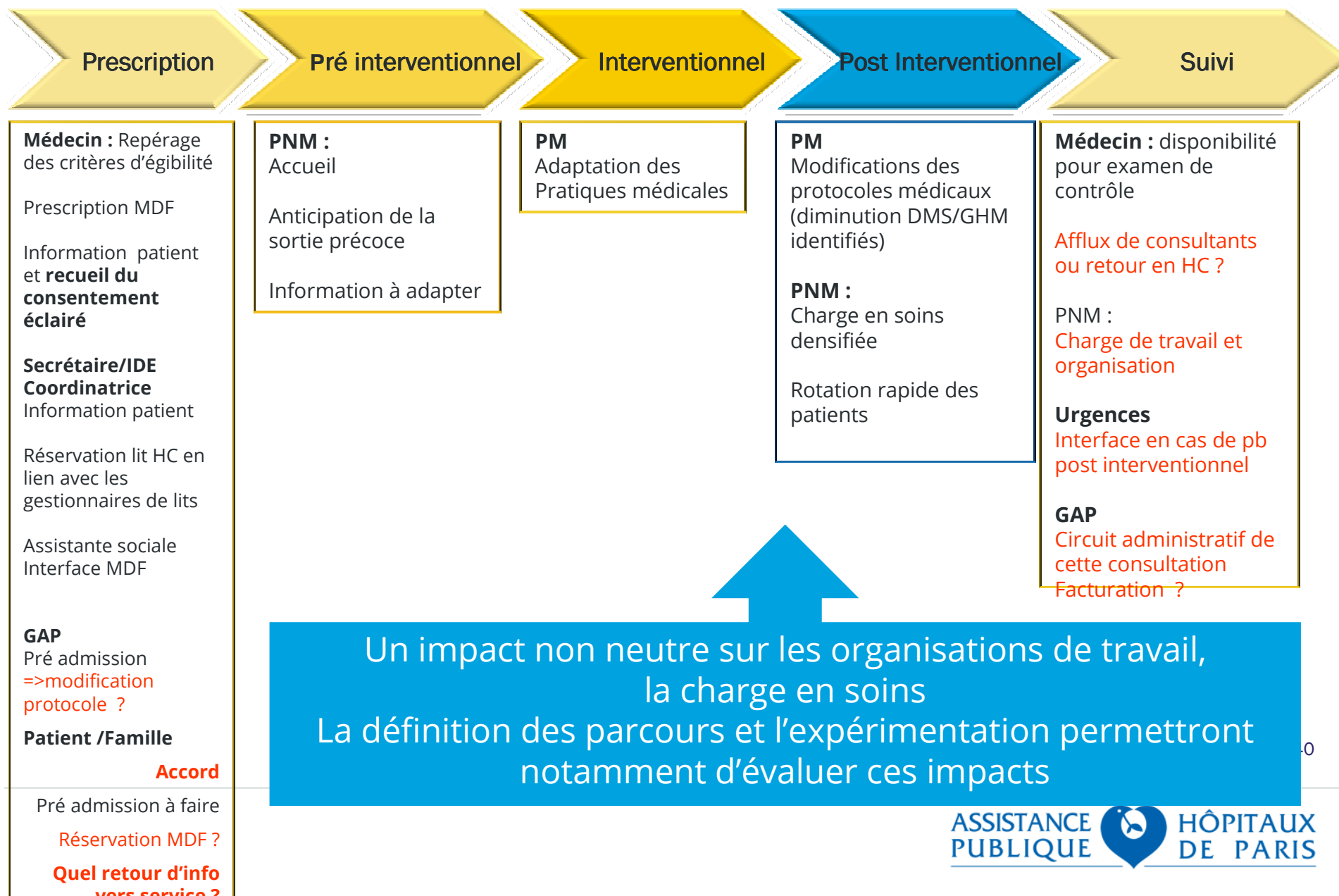
- Objectifs de l'expérimentation :
 - ✓ Permettre une consultation externe de contrôle à 24/48h voire plus
 - ✓ Diminuer la liste d'attente / Permettre l'accueil de nouveaux patients

- Types de pathologies concernés: chirurgies de l'oreille (otoplasties, tympanoplasties)

- Types de prise en charge retenus: pré et postopératoire strict

- Instruction: formalisation des parcours, rôle des différents acteurs, impact sur les organisations, mise en place d'outils de prescription, de communication, critères d'évaluation du dispositif

Impacts d'un hébergement en MDF sur le circuit patient ORL



Pourquoi vous proposer un hébergement extra hospitalier ?

Parce que l'évolution des pratiques chirurgicales ne nécessite plus de surveillance prolongée, en particulier de nuit.
Cependant, le maintien de l'enfant sur le site hospitalier 24/48 heures après l'intervention contribue à la sécurité et à la qualité de la prise en charge qui sont notre souci constant.

La Maison des Familles implantée au sein de l'hôpital Necker depuis plus de 10 ans, offre ainsi les conditions qui permettront à votre enfant de récupérer dans un endroit confortable, plus calme et moins anxiogène.

Une consultation de contrôle, prescrit lors de la sortie de l'unité d'hospitalisation, vous assurera que tout va bien et validera le retour définitif à domicile.

Que se passe-t-il si l'état de mon enfant se dégrade dans la nuit ?

Si l'enfant est apte à être hébergé à la Maison des familles, c'est donc que son état est stabilisé.

Si toutefois il arrivait qu'il se dégrade, vous pouvez vous rendre **directement aux urgences pédiatriques de l'hôpital** situées en face de la Maison des familles et votre enfant sera pris en charge immédiatement.

Combien coûte l'hébergement à la Maison des Familles ?

Le tarif est de 46 euros pour deux personnes (un parent et un enfant).
Renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour une prise en charge.

Je n'ai pas souscrit à une mutuelle et je n'ai pas les moyens de prendre en charge les 46 euros que coûte la nuitée. ?

Contactez le service social de l'hôpital afin de lui soumettre votre demande au

Contact : Madame X XXXX
Téléphone : XX XX XX XX XX

Comment réserver à la Maison des Familles

Vous devez réserver votre séjour à la Maison des familles aux dates indiquées dès la programmation de l'intervention

Contact : Muriel, Claire et Hélène :
Tél/Fax : 01 56 58 10 23.
Tél interne : 97 926
Portable : 06 76 78 89 70
Mél : mf-necker@orange.fr
http://www.neckerfamilles.fr

La Maison des Familles est située au :
149 rue de Sèvres 75015 Paris.

Vous devrez fournir les éléments suivants :

- > La prescription du séjour extra hospitalier remise par le service d'ORL de Necker.
- > Certificat médical d'autorisation de Vie en collectivité, à remplir par le médecin de Necker

Rejoindre La Maison des Familles

Bâtiment Archambault
Rez de chaussée



Hébergement extra hospitalier

Informations à l'attention des parents



Service ORL - chirurgie cervico-faciale
Pr Noël Garabédian

Référent médical de l'expérimentation
Dr Nicolas Lebonlauger
Tel : 01 71 39 07 65

Cadre référent
Laurence Vallade
Tel : 01 44 49 46 95

Assistante Sociale
Claire Elcheiche-Bergantini
Tel : 01 44 49 47 79

Service d'ORL pédiatrique

EXPÉRIMENTATION

INTÉGRATION
D'UN SEJOUR A LA MAISON DES FAMILLES
EN POST OPÉRATOIRE

INTÉGRATION AU PARCOURS POST OPÉRATOIRE D'UN SEJOUR A LA MAISON DES FAMILLES

Type d'interventions : Otoplastie, tympanoplastie

Type de patient : tous les patients concernés par ces interventions
sous réserve des critères d'éligibilité. cf infra

Objectifs :

- Diminuer d'un ou 2 jours la durée moyenne de séjour
- Garantir la sécurité de la prise en charge par une consultation externe de contrôle 24/48 heures après la sortie

Enjeux :

- Diminuer la liste d'attente pré opératoire
- Permettre l'accueil de nouveaux patients

Critères d'éligibilité (HAS)

- Patient autonome, sans aucun besoin de surveillance médicale ou soignante
- Lieu de résidence > 1 heure de transport ou 50kms (à revoir)

Conditions requises

- Décision médicale
- Recueil obligatoire du consentement du patient après discussion
- Information précise sur la conduite à tenir en cas de complication ou urgences lors du séjour en Maison des Familles
- Financement du séjour (46 euros/nuitée) assuré par la famille (prise en charge par certaines mutuelles - se renseigner)

Quelques éléments de langage qui vous permettront de répondre aux questionnements des parents

Parent - Pourquoi n'est-il pas préférable de rester hébergé au sein du service de soins ?

Parce que l'évolution des pratiques chirurgicales ne nécessite plus de surveillance prolongée, en particulier de nuit.
Cependant, le maintien de l'enfant sur le site hospitalier 24/48 heures après l'intervention contribue à la sécurité et à la qualité de la prise en charge qui sont notre souci constant.

La Maison des Familles implantée au sein de l'hôpital Necker depuis plus de 10 ans, offre ainsi les conditions qui permettront à votre enfant de récupérer dans un endroit confortable, plus calme et moins anxiogène.

Une consultation de contrôle, prescrit lors de la sortie de l'unité d'hospitalisation, vous assurera que tout va bien et validera le retour définitif à domicile.

Parent - Que se passe-t-il si l'état de mon enfant se dégrade dans la nuit ?

Si l'enfant est apte à être hébergé à la Maison des familles, c'est donc que son état est stabilisé. Si toutefois il arrivait qu'il se dégrade, vous pouvez vous rendre **directement aux urgences pédiatriques de l'hôpital** situées en face de la Maison des familles et votre enfant sera pris en charge immédiatement.

Parent - Je n'ai pas souscrit à une mutuelle et je n'ai pas les moyens de prendre en charge les 46 euros que coûte la nuitée.

Contactez le service social de l'hôpital afin de lui soumettre votre demande Cf coordonnées Assistante Sociale page suivante

- ❑ L'hébergement extra hospitalier : un besoin avéré ► adhésion au projet ++

- ❑ Un besoin à affiner : plusieurs types de réponse possibles et l'hôtel hospitalier ne répond pas à tous les besoins exprimés (hébergements de +/- longue durée, prises en charge ambulatoire, etc.)

- ❑ L'organisation des prises en charge doit être repensée pour gérer des flux rapides de patients
 - ▶ Augmentation de la rotation des patients
 - ▶ Impact sur l'organisation médicale et soignante en unité d'hospitalisation
 - ▶ Organisation des consultations de contrôle H24
 - ▶ Adaptation de la structure architecturale

- ❑ Pas de mise en place à organisation et à coûts constants : nécessaire modélisation médico - économique + question non réglée de la prise en charge financière

- ❑ L'accompagnement des patients, de leur familles et des personnels vis-à-vis des changements de pratiques est indispensable

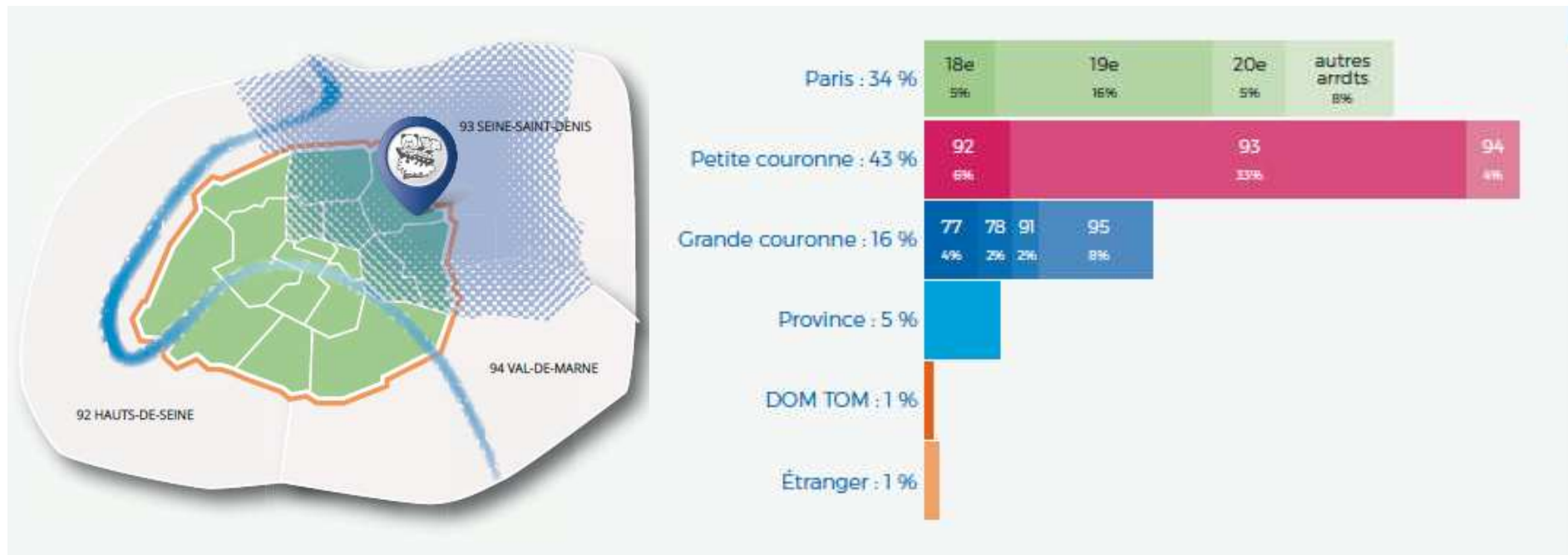
LES PROJETS DES HÔPITAUX

Projet Hôtel Hospitalier

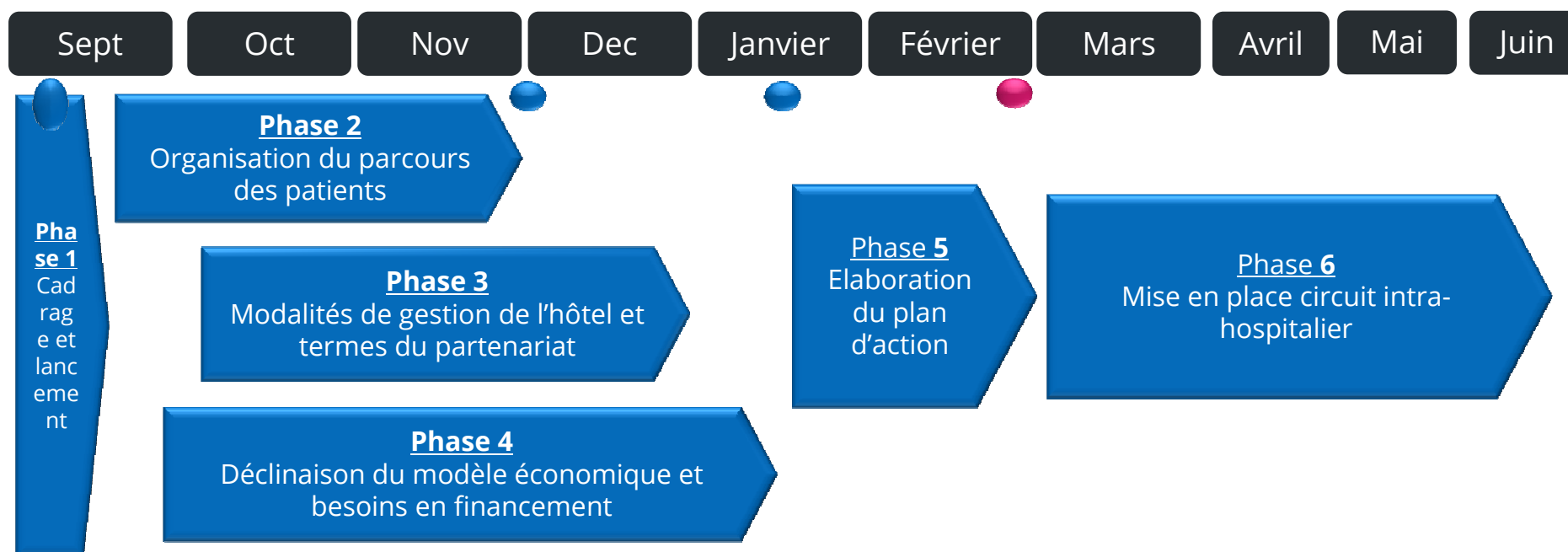
Robert Debré

18 février 2016

HU Robert-Debré : hôpital pédiatrique de recours pour le Nord IdF – éloignement de la patientèle



Planning du projet



Réponse à appel à projet ARS en Avril 2015, et accompagnement Kurt Salmon entre septembre et février

Le projet de mise en place d'hôtel hospitalier vise à améliorer la bonne utilisation des lits, un élément clé du plan stratégique de RDB

■ Objectifs du projet :

- ▶ Limiter le séjour à l'hôpital de patients qui n'ont pas de besoin médical pour passer une nuitée (qualité de l'accueil, réduction des risques d'infection nosocomiale)
- ▶ Optimiser les durées de séjours, dans un contexte de contrainte budgétaire forte et de réduction capacitaire sur l'hôpital (RDB 2016)
- ▶ Accompagner le développement de la chirurgie et médecine ambulatoire en levant un des principaux freins (éloignement des patients)

■ La démarche est réalisée sur 4 services pilotes, avant déploiement sur l'ensemble de l'hôpital des modalités jugées efficaces sur les pilotes :

- ▶ En chirurgie : chirurgie viscérale et ORL
- ▶ En médecine : endocrinologie et hématologie

Principaux parcours ciblés dans le cadre du projet d'expérimentation pour RDB

■ Patients chirurgicaux :

- ▶ **Passage d'une nuit avant l'opération**, soit pour les avoir à proximité pour réalisation de bilan ou visite anesthésique, soit pour s'assurer de leur venue à l'heure le jour de l'intervention le matin
- ▶ **Passage d'une nuit ou plus après l'opération**, pour des patients nécessitant d'être revu le lendemain pour une visite de contrôle

■ Patients médicaux :

- ▶ **Patients hospitalisés pour bilans et adaptation thérapeutique**, sur plusieurs jours, mais ne nécessitant pas de surveillance nocturne
- ▶ Patients gardé à l'hôpital pour complexité de retour à domicile post-traitement (observance, conditions sanitaires notamment)

Evaluation de la démarche via un partenariat avec un hôtel à proximité

- L'hôtel est situé à 8 min à pied (650m) de l'hôpital.


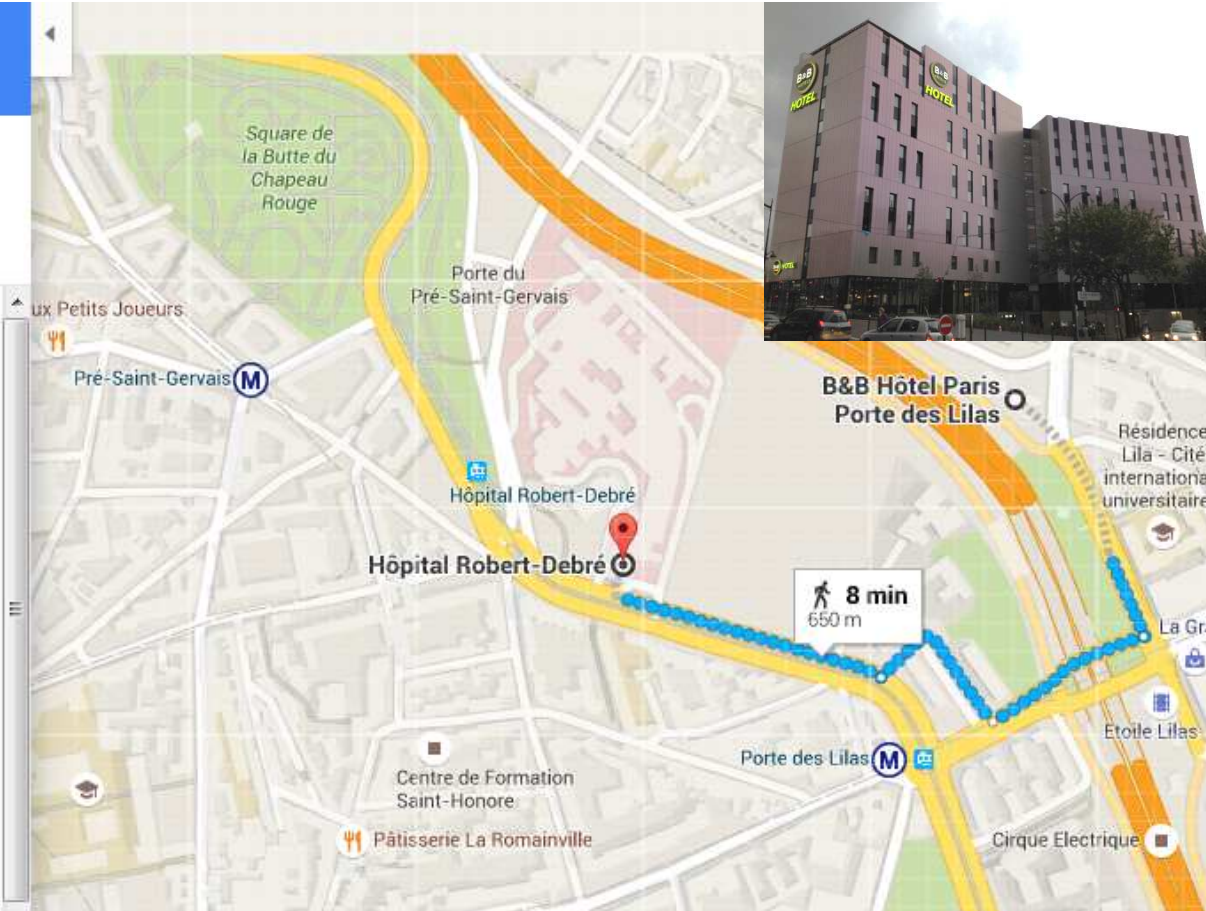
← Point de départ : B&B Hôtel Paris Porte des Lilas, 23 ...
Point d'arrivée : Hôpital Robert-Debré, 48 Boulevard S...

8 min (650 m)
via Boulevards des Maréchaux/Bd Sérurier

Attention : Cet itinéraire peut comporter des erreurs ou des parties non accessibles à pied.

B&B Hôtel Paris Porte des Lilas
23 Avenue René Fonck, 75019 Paris

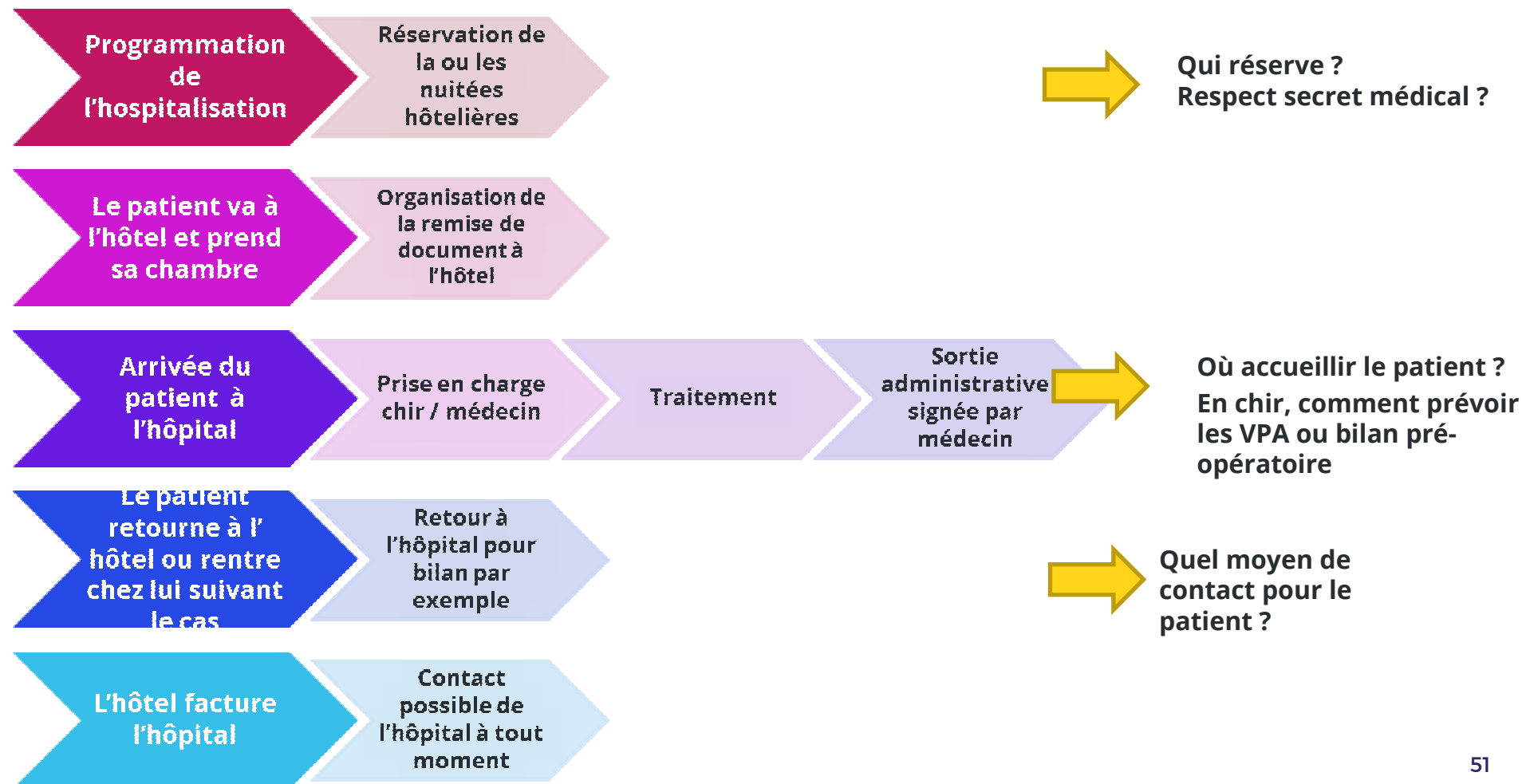
- ↑ Prendre la direction sud-est sur Avenue René Fonck vers Avenue de la Porte des Lilas
80 m
- Prendre à droite sur Avenue de la Porte des Lilas
160 m
- Tourner à droite vers Boulevards des Maréchaux/Bd Sérurier
150 m



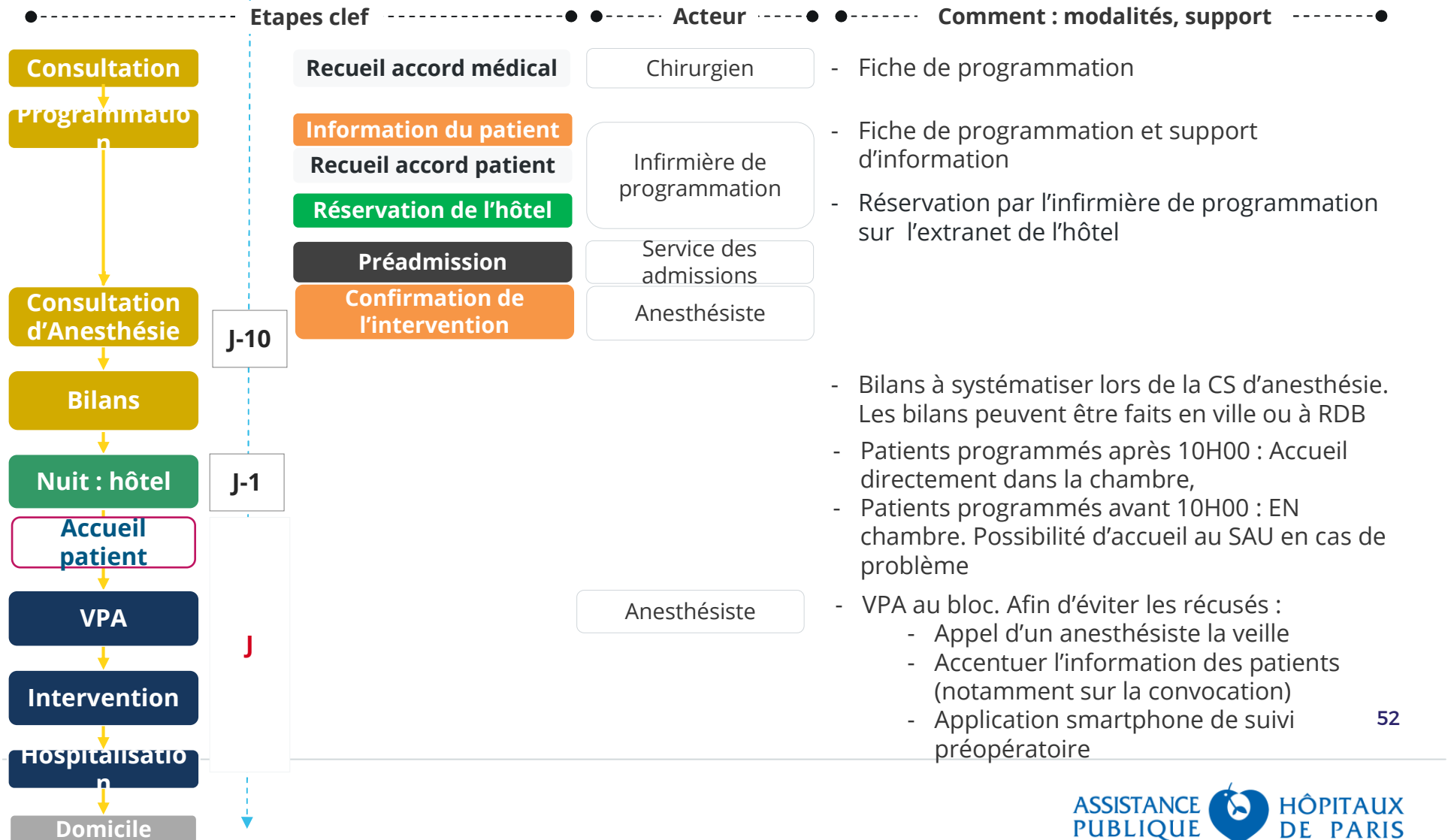
7 à 10 patients par jour en chirurgie et 9 à 15 en médecine sur 210 lits (hors SI, USC, REA et maternité)

Pôle	Spécialité	Nombre de lits	Bilan patients éligibles 1 jour donné	Bilan PMSI moyen en semaine	Taux d'occupation 2014	IPDMS 2014
Chirurgie	ORL	8	5	2,7	80,50%	0,93
	Ortho	20		3,1		
	Viscéral	14	1	2,4		
	HDS chir	10	1	1		
	Chir plastique	1		0		
	Oncologie	2		0		
	USC Chir	11	0	0		
	Total	66	7	9,2		
Médecine	Hématologie	38	2	1	86%	1,32
	Endocrinologie	17	de 1 à 5	2,1	79,60%	1,07
	Pédiatrie générale	35	1	de 1 à 5	84%	1,12
	Néphrologie	9	1	A évaluer	88%	1,14
	Maladie digestive et re	25	2 à 3	0,5	86,40%	1,43
	Neurologie	14	0	A évaluer	77%	1,21
	Cardiologie	7	1 À 2	A évaluer	69%	1,18
	Total Pôle hors psy, urgences et réa	145	9 à 15		83%	1,17

Circuit patient envisagé entre l'hôtel et l'hôpital

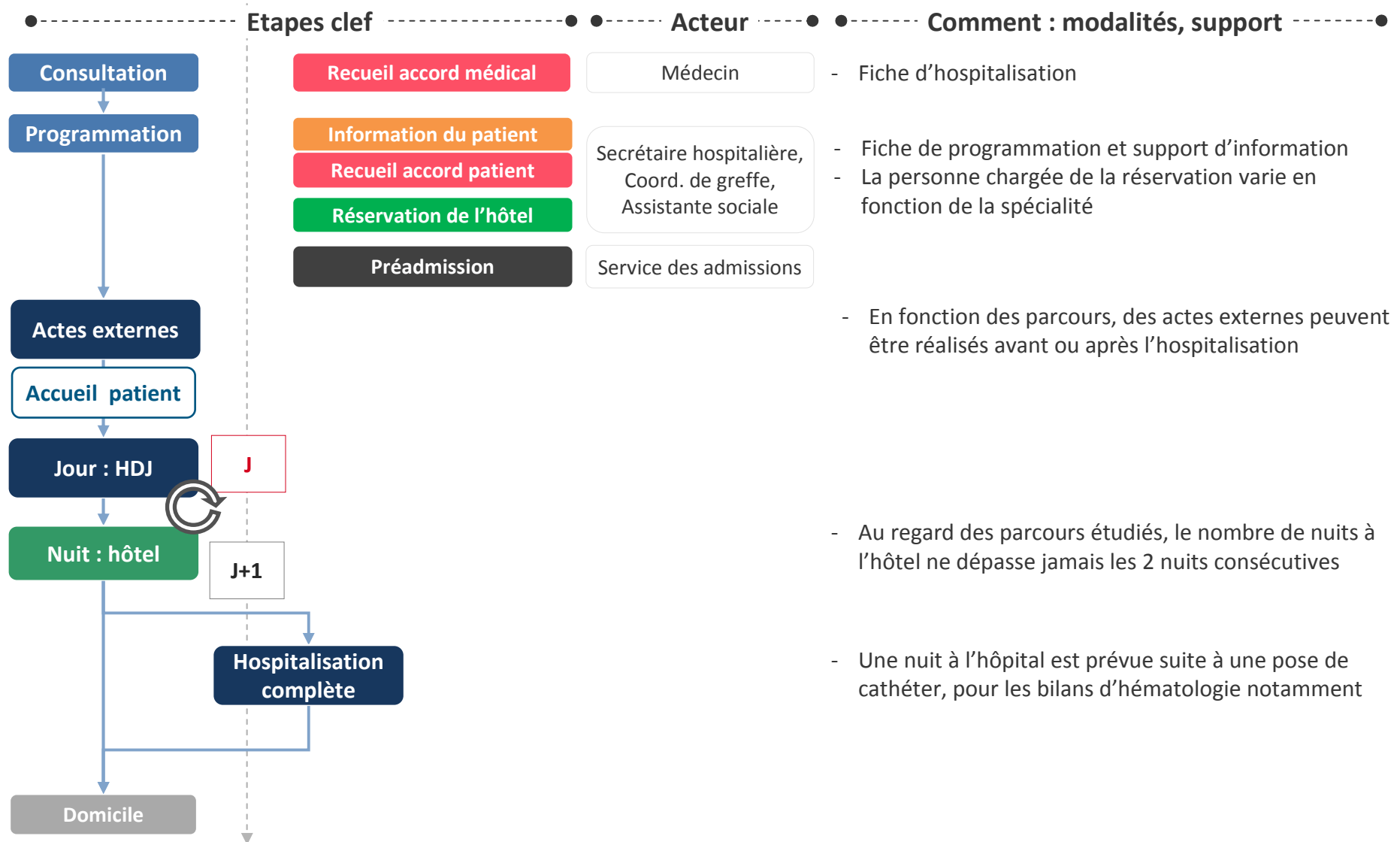


Le travail sur le circuit du patient a été l'opportunité de revoir le circuit intra-hospitalier et de l'optimiser



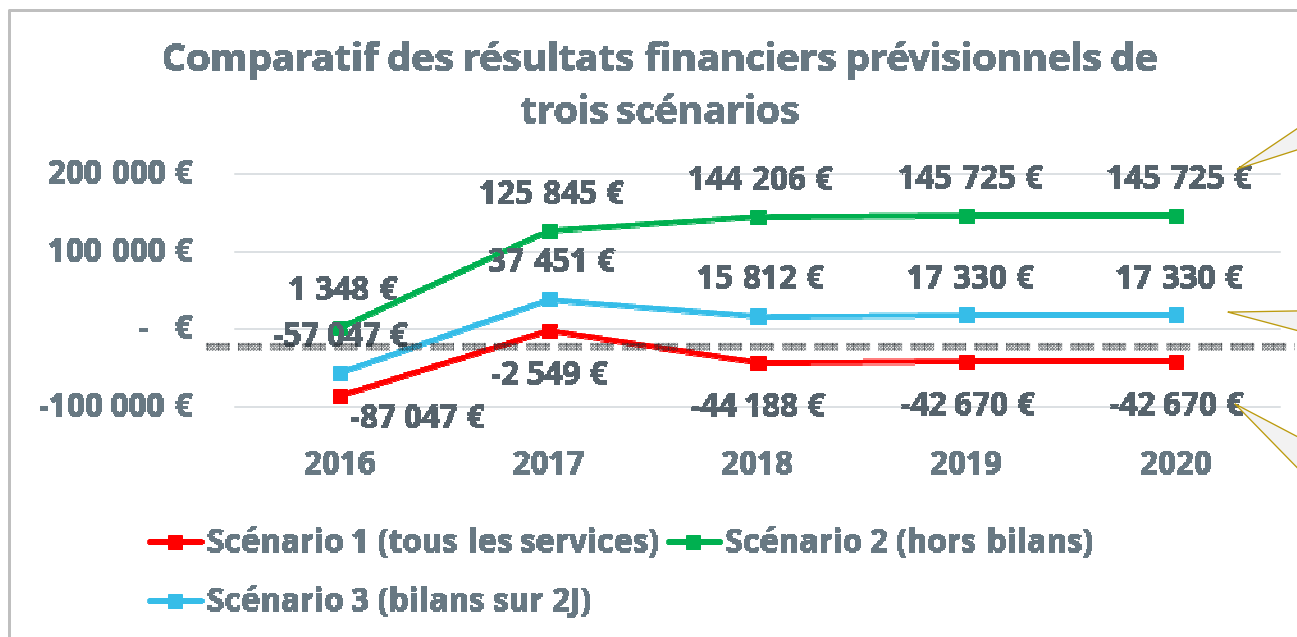
Parcours type en médecine

Le travail sur le circuit du patient a été l'opportunité de revoir le circuit intra-hospitalier et de l'optimiser



Un impact financier différent en chirurgie et en médecine

- › L'impact financier a été évalué, hors augmentation d'activité sur les lits libérés.
- › En l'état actuel de la tarification, la réalisation de séjours médicaux de bilan via l'HH dépend de la possibilité de facturer deux HDJ consécutifs.



Scénario 2: chirurgie uniquement : bilan positif lié à la non perte de recette et aux gains de productivité

Scénario 3 : chirurgie + médecine en réalisant 2 HDJ Consécutif → équilibre

Scénario 1 : chir + médecin avec 1 HDJ → forte perte liée aux séjours HC (GHS = 1600€) transformés en HDJ (GHS = 600€)

Bilan à date du projet

■ Force :

- ▶ Mobilisation de tout le corps médical et paramédical autour du projet : pas d'opposition sur le sujet
- ▶ Le projet HH est l'opportunité de retravailler le circuit intra-hospitalier : au final, un patient passant par l'hôtel n'est pas différent d'un patient retournant à domicile
- ▶ Le déploiement du parcours sur la chirurgie sur les prochains mois, sans attendre l'expérimentation
- ▶ Probable adhésion des patients à ce nouveau mode de prise en charge

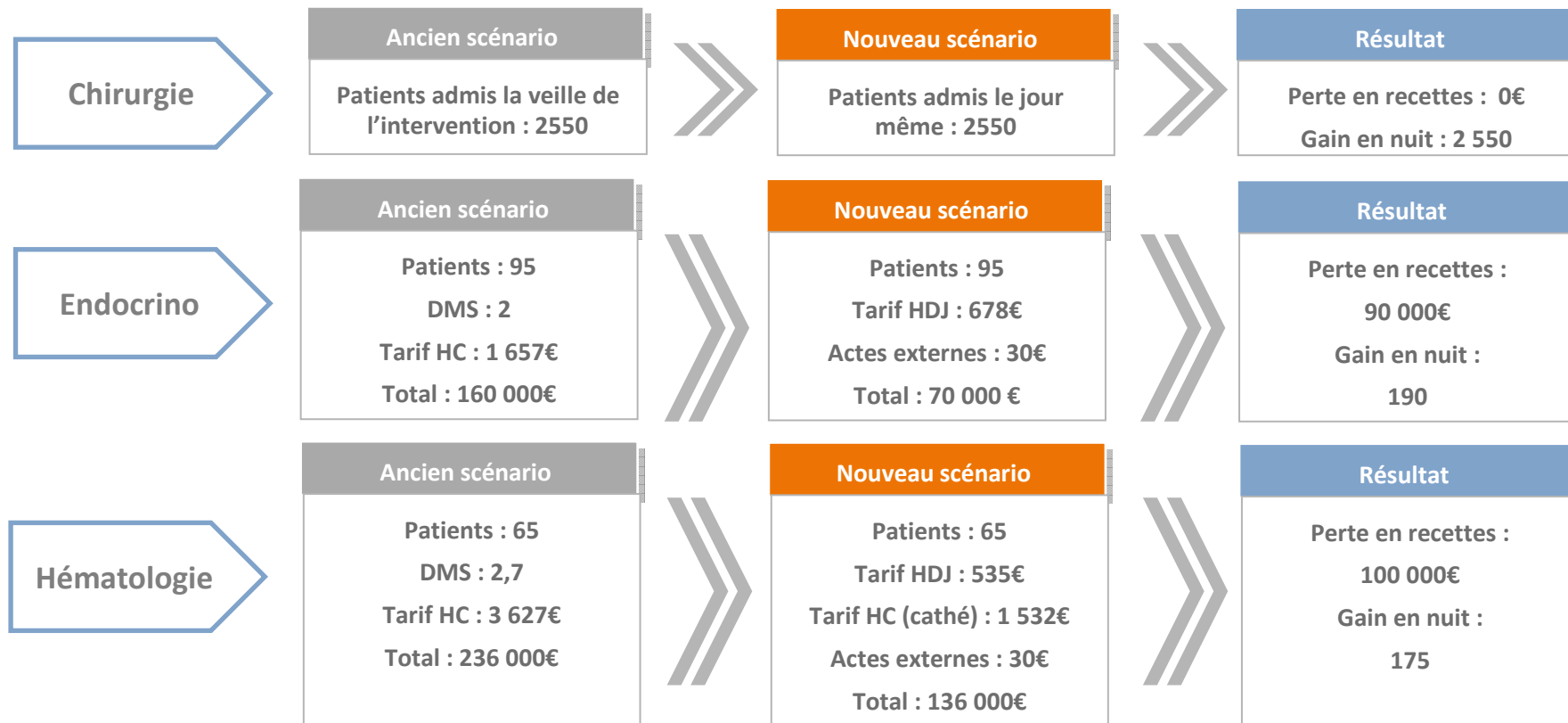
■ Faiblesses :

- ▶ Manque de place au sein de notre HDJM, ne permettant pas de libérer des lits par la transformation HC → HDJ
- ▶ Le frein constitué par la tarification, en particulier en médecine
- ▶ Un impact budgétaire positif passe par la suppression de lits ou par l'augmentation de l'activité sur les lits libérés : nécessite une masse critique complexe à obtenir à court terme. Nécessité d'initier l'expérimentation et de lancer la machine
- ▶ La distance à l'hôtel envisagé sera un frein au développement sur certains parcours (maternité par exemple) : il serait préférable d'avoir un hôtel dans l'enceinte de l'hôpital (terrain constructible)

55

Impact sur les recettes des changements de parcours

- › Toutes choses égales par ailleurs, et en supposant que l'ensemble des patients soient éligibles aux nouveaux parcours, l'évolution des parcours analysés permettent de gagner près de 3000 nuits d'hospitalisation
- › En revanche, les impacts sur le codage des séjours en médecine risquent de générer une perte de 190 000€ de recettes (sauf si dispositions contraires dans les textes à paraître)



Source : DIM (estimation issue de moyennes observées sur les séjours des spécialités concernées sur 2014)

Séminaire Hôtels Hospitaliers 18 février 2016

Projet pilote sur le site d'Ambroise Paré

David TROUCHAUD
Directeur de site

Dr Guy KUHLMAN
Chef de projet médical

Contexte (1)

- **A Ambroise PARE la réflexion sur l'opportunité d'installer un hôtel hospitalier a débuté dès 2007 autour de l'activité chirurgicale en orthopédie**
- **Une volonté inscrite dans le plan stratégique : l'hôpital Ambroise PARE qui a débuté sa conversion vers l'ambulatoire souhaite développer les alternatives à l'hospitalisation complète ;**
- **Un potentiel de nuitées très important : Une enquête flash lancée sur un jour donnée démontre que 25% des patients couchés dans notre hôpital ne reçoivent aucun soin ;**

Contexte (2)

- **Une demande de la patientèle : les enquêtes de satisfaction menées après des prises en charge en ambulatoire soulignent toutes l'intérêt porté par les patients à ne pas passer de nuit à l'hôpital;**
- **Il s'inscrit dans la réflexion capacitaire induite par le constat de TOC inférieurs à la moyenne APHP sur l'hospitalisation complète**

Le projet : un hôtel intra muros

- **Transformer une demi aile aile d'hospitalisation complète en hôtel hospitalier de 13 chambres : une solution intra muros**
- **Le modèle économique est basé sur la fermeture de lits d'hospitalisation complète rendus inutiles par le déploiement de l'hôtel hospitalier (au moins 9 lits de chirurgie en l'espèce)**
- **Confier à un partenaire privé l'investissement et la gestion de l'hôtel hospitalier accessible aux patients éligibles à des critères médico-sociaux définis par le cahier des charges de l'HAS :**
- **Les lits seront potentiellement à terme ouverts à l'ensemble des disciplines de l'établissement mais au début au moins essentiellement à la chirurgie**
- **Un projet médical axé autour du parcours patient**

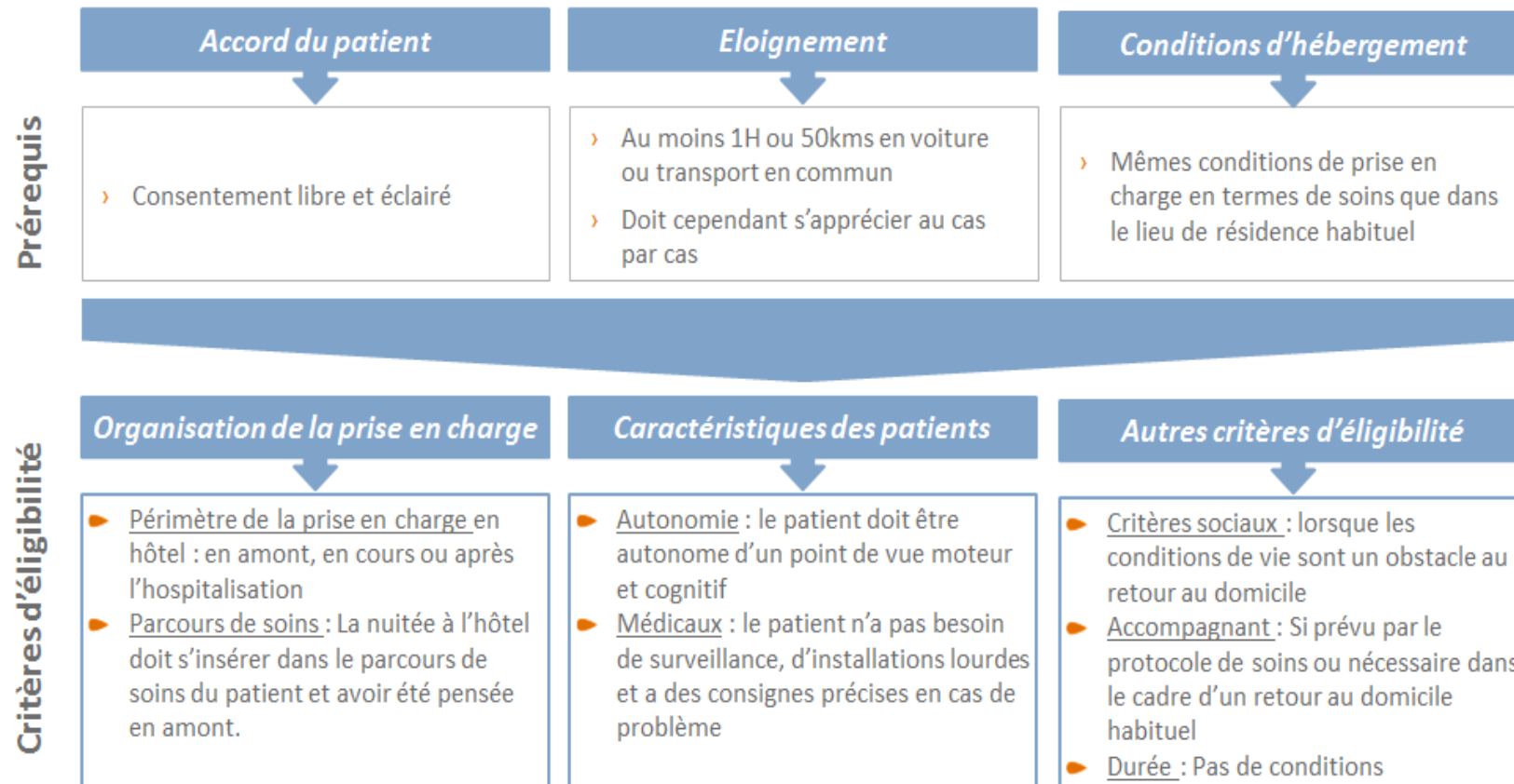
60

FICHE DE RECUEIL -

Critères d'éligibilité :

IDENTIFICATION		
Numéro patient		
Age		
Numéro de la journée dans le séjour du patient (journée d'admission= J1)		
	Homme	<input type="radio"/>
	Femme	<input type="radio"/>
1) Patient en hospitalisation conventionnelle		
1 a - patient en hospitalisation la veille d'intervention :		<input type="radio"/>
1 b1 - patient en hospitalisation pour bilan chirurgical :		<input type="radio"/>
1 b2 - patient en hospitalisation pour prise en charge médicale :		<input checked="" type="radio"/>
	Bilan	<input type="radio"/>
	Séances (chimio, radioth, dialyse...)	<input type="radio"/>
	Autres	<input type="radio"/>
1 c - patient en hospitalisation post-opératoire, autonome et sans perfusion (ou susceptible de l'être) :		<input checked="" type="radio"/>
Dans ce dernier cas, motif de son maintien dans l'hôpital :		
	surveillance thérapeutique ou clinique spécifique	<input type="radio"/>
	attente d'avis diagnostic ou thérapeutique spécialisé	<input type="radio"/>
	décision médicale interne au Service (protocole, attente d'avis collégial)	<input type="radio"/>
	raison sociale liée au patient ou à sa famille	<input type="radio"/>
	rééducation fonctionnelle, kinésithérapie	<input type="radio"/>
	attente de passage en HAD, en SSR	<input type="radio"/>
2) Patient en conversion de chirurgie ambulatoire		
risque élevé de retour rapide à l'hôpital dans la nuit :		<input type="radio"/>
consultation chirurgicale nécessaire dès le lendemain :		<input type="radio"/>
pas d'accompagnant pour le retour au domicile et/ou la nuit :		<input type="radio"/>
éloignement trop important ou accès difficile du domicile :		<input type="radio"/>
gestion des flux (horaire tardif d'intervention) :		<input type="radio"/>
autre motif		<input type="radio"/>

Des critères généraux et transversaux définis par la HAS



NB : L'absence de réponse à un critère ne peut constituer une entrave à l'admission d'un patient en hébergement non médicalisé

Cas d'exclusion : les patients devant être immédiatement pris en charge en HAD ou en EHPAD en sont pas éligibles



Enquête d'un jour

- ❑ LITS OUVERTS (hors REA, USIC et pédiatrie) : **313**
- ❑ NOMBRE DE PATIENTS HOSPITALISES : **294**
- ❑ % PATIENTS ELIGIBLES : **21 %**
- ❑ % DE PATIENTS ELIGIBLES PAR SERVICE : **4 à 75%**

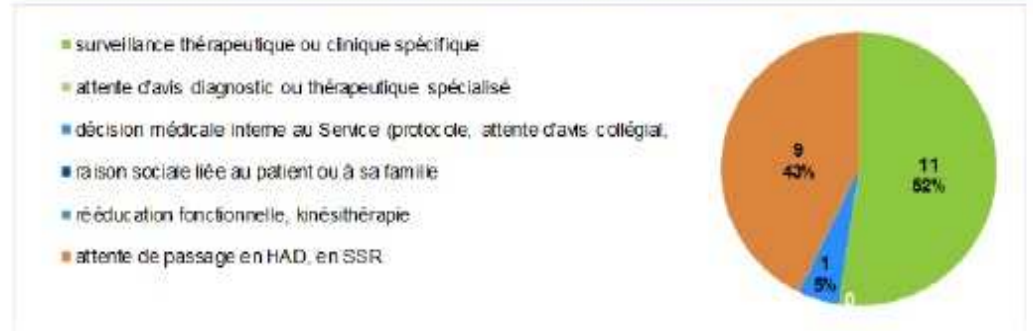
1) Patient en hospitalisation conventionnelle : 59



1 b2 - patient en hospitalisation pour prise en charge médicale : 24



1 c - patient en hospitalisation post-opératoire, autonome et sans perfusion (ou susceptible de l'être) : 21



2) Patient en conversion de chirurgie ambulatoire : 3



Occupation hôtel sur une semaine

Un service : orthopédie

Grille « affinée » :

Chambre					
Motif d'hospi					
Age/sexe					
ASA					
Hb, MTVE douleur, Psy					
Spécificité (flexion)					
TTT IV / ALR					
Autres complic					
Lever seul ?					
Marche seul ?	-----	-----	-----	-----	-----
Combien ?					
Toilette seul ?					
Fonctions sup compatibles?					
Entourage à dom					
Soins complexes ?	-----	-----	-----	-----	-----
Chir présent ?					
Kiné ?	-----	-----	-----	-----	-----
Specif ?					

Critères d'éligibilité à l'hôtel

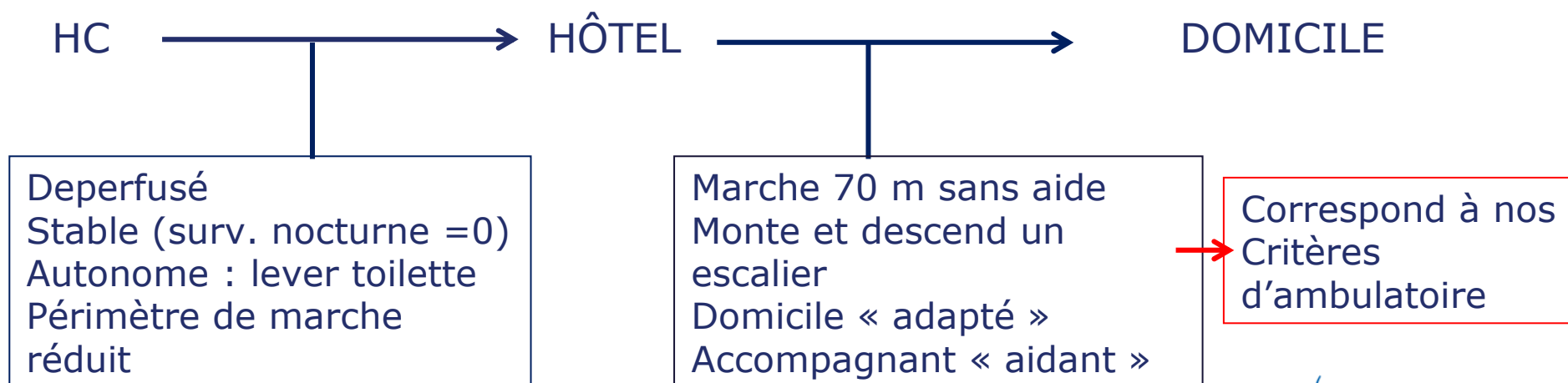
- veille d'intervention
- conversion ambulatoire
- bilan...

Simple

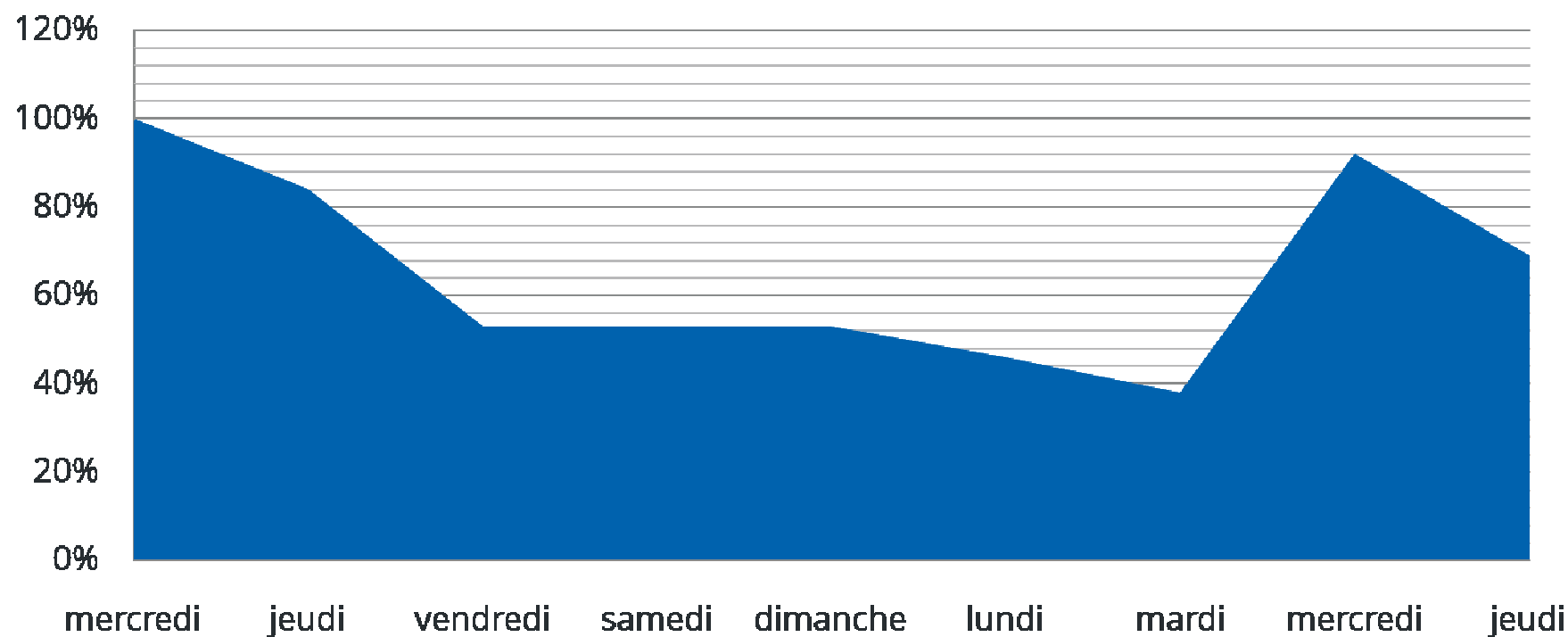
En hospitalisation conventionnelle...

Il faut des critères d'éligibilité et des critères de sortie de l'hôtel.

Exemple PTH



Taux d'occupation par l'orthopédie non septique (13 lits)



56 patients

Attente SSR : 19% (1 à 6 j)
Post-op avant domicile : 35% (1 à 3 j)
Pré-op : 37% (1 j)
Conversion ambu : 7% (1 j)

**taux
d'occupation 67%**

Effets secondaires d'un hôtel : base de réflexion

■ Modification des flux patients :

○ Patients devant avoir une Cs le lendemain :

- accueil, zone d'attente, box...
- Centralisé ? par service ? zones de consultation suffisantes ?

○ Kiné, pansements, prélèvement... même thématique.

○ En veille d'hospitalisation :

- pas de brancard dans l'hôtel...
- A Ambroise Paré : venue à pied, modification des procédures.

■ Appel patient ...

■ Juridique :

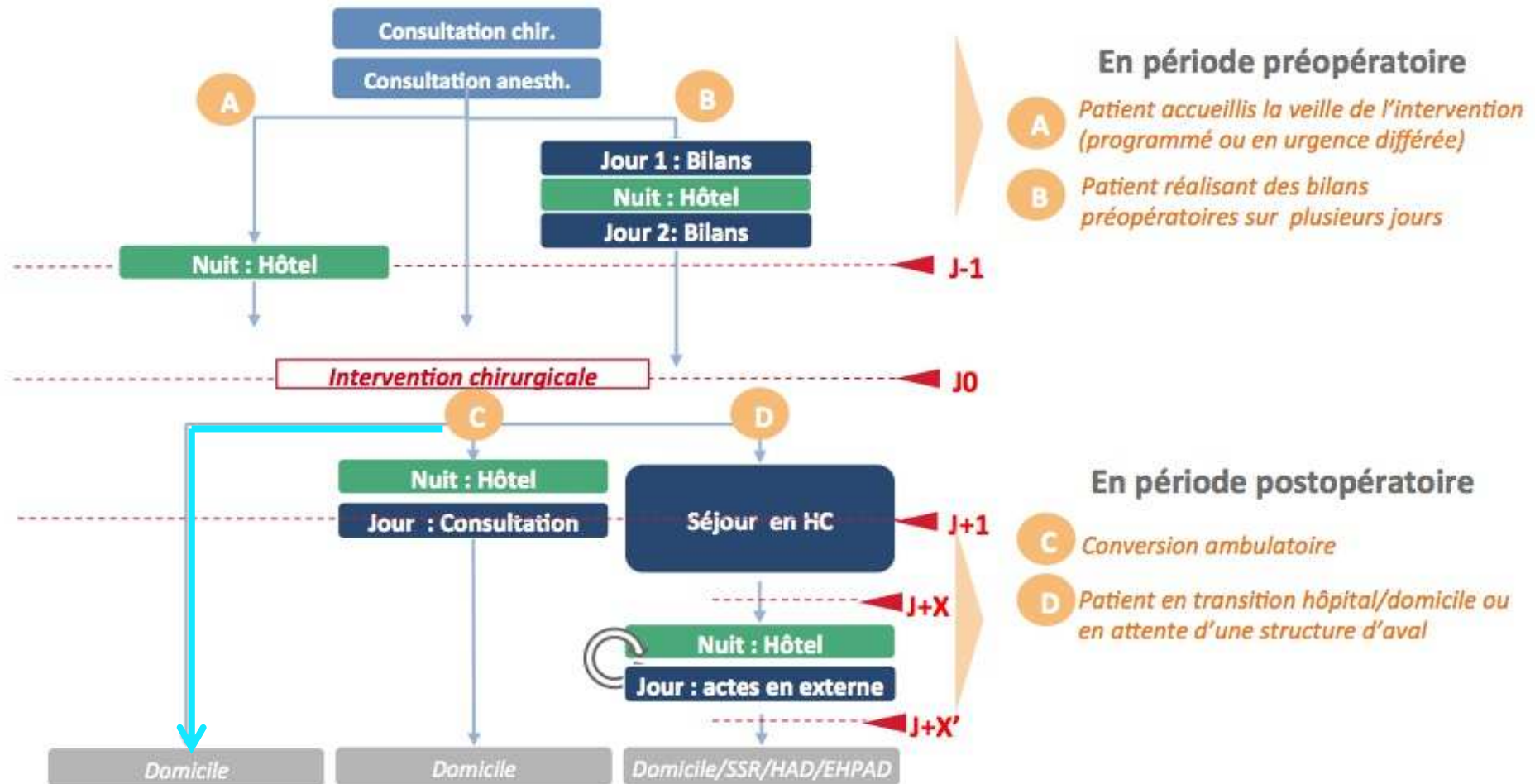
○ Intervention dans l'hôtel ? et donc hors structure hospitalière

○ Confidentialité

Principales hypothèses de parcours patient intégrant l'hôtel hospitalier en chirurgie

Légende

- Patient pris en charge par l'hôpital
- Patient pris en charge par l'hôtel



ACTUELLEMENT

**Analyse théorique des modifications induites
par l'hôtel finalisée.**



**Rédaction des procédures pour le démarrage de
l'expérimentation lors de l'ouverture de l'hôtel.**

Etablissement des paramètres d'évaluation.

Les projets d'hôtels hospitaliers en IDF

Pour une diversité des parcours

Pr Jean-Pierre BETHOUX

L'hôtel hospitalier, un concept développé à l'étranger sous différents modèles

Les hôtels hospitaliers rencontrent un franc succès dans de nombreux pays. Les pays nordiques furent les premiers investigateurs de ce concept. Si l'hôtel hospitalier se décline sous une forme plus ou moins médicalisée, de grands principes restent communs aux pays étudiés.

Une intensité des soins variable

En Suède, Norvège, Danemark, UK et Belgique, les hôtels hospitaliers n'offrent pas de soins aux personnes hébergées. Le patient doit être autonome et ambulant pour bénéficier de cet hébergement. Néanmoins, une infirmière peut être présente dans certains hôtels pour conseiller les personnes hébergées en cas d'urgence. Les clients ont la possibilité de déclencher un appel d'urgence depuis leur chambre, parfois par bracelet.

En Australie et en Finlande, les patients doivent également être mobiles et autonomes dans leur traitement. Toutefois, une surveillance médicale minimale et des soins infirmiers peuvent être assurés si besoin.

Enfin en Allemagne, Suisse et Etats-Unis, les patients éligibles ne doivent plus nécessiter de soins aigus à l'hôpital mais ils pourront recevoir des soins de faible intensité prodigués directement à l'hôtel hospitalier. A cet effet certaines chambres restent encore médicalisées.

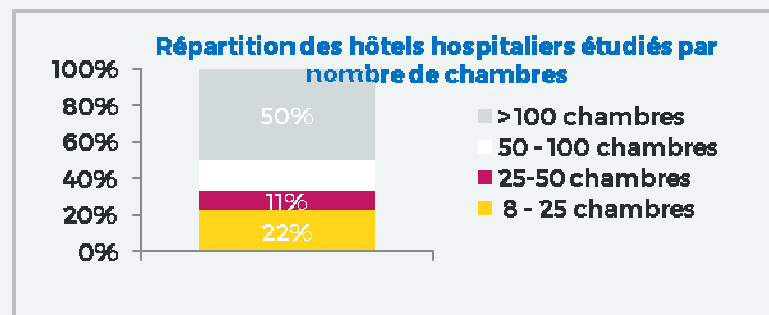
Dans l'ensemble des pays observés, le critère de distance géographique ne fait pas partie des premiers critères d'éligibilité, contrairement aux expériences françaises présentées par la suite.



Caractéristiques des hôtels hospitaliers

L'emplacement privilégié est un bâtiment indépendant situé à l'intérieur du groupe hospitalier. Il est rare que l'hôtel partage un bâtiment avec l'hôpital.

La taille des hôtels est soit très petite, soit très grande : 22% des hôtels hospitaliers étudiés comprennent moins de 25 chambres, tandis que 50% comportent plus de 100 chambres.



Les hôtels sont ouverts aux clients extérieurs (autres patients de l'hôpital, accompagnants dont la présence n'est pas requise par l'hôpital...).

Les tarifs destinés aux clients extérieurs s'élèvent en moyenne à 110€ pour les hôtels de plus de 100 chambres, et 72€ pour les hôtels de moins de 25 chambres.

En France, quelques expérimentations

Hôtels Patient de l'IGR

- L'IGR dispose de 3 hôtels patients :
 - Depuis 1988, le Campanile pour une « hôtellisation » ponctuelle (de 5 à 17 chambres, 85€-106,5€ la nuitée)
 - Depuis 2009, le Bellagio pour une « hôtellisation » de longue durée (3 studios , 71 € la nuitée)
 - La Maison Mac Donald, uniquement pour les enfants

■ Des conventions sont signées avec des hôtels commerciaux (nombre de chambres, tarif, facturation)

■ La demande d'hébergement en hôtel est faite sur demande médicale à l'IGR, les conditions sont les suivantes : patient autonome devant recevoir des soins tous les jours durant l'hébergement, résidant à plus de 50 km de l'établissement et couverts par l'AM ou par une convention spécifique (patients étrangers, régimes indépendants).

■ L'hôtel refacture les nuitées à l'IGR, puis l'IGR refacture aux mutuelles des patients le prix d'une chambre particulière (53 €). Si le patient n'a aucune couverture, il paie directement à l'Hôtel le montant de la facture. La très grande majorité des patients de l'IGR bénéficient d'une prise en charge à 100%.

Modèle des maisons d'accueil des familles

■ Ces établissements de structure associative, et de taille très variable (de 15 à 110 places), ont pour vocation de proposer en proximité des hôpitaux un lieu d'hébergement confortable aux accompagnants des personnes malades hospitalisées de quelques jours à plusieurs mois. Ces accueils sont destinés aux personnes dont le domicile est éloigné de l'hôpital.

■ **L'hébergement dans ces établissements de malades en hospitalisation de jour ou traités en ambulatoire par un hôpital est de plus en plus fréquent.**

■ **Exemple de structures accueillant des patients :**

- HUS - Maison d'accueil les géraniums – 14 chambres
 - Hôpitaux de Toulouse - Maison d'accueil le Vallon – 35 chambres
 - CHU Bordeaux – Maison d'accueil Saint-Jean – 17 chambres
 - **CHU de Dijon** – Maison des parents de Bourgogne – 38 chambres
 - ICM Montpellier - Maison Saint-Jean – 18 lits en chambres partagées
- **Les tarifs facturés des maisons d'accueil étudiées varient de 9,5 à 45 €.**

Institut Jean Godinot de Reims

- **L'institut Jean Godinot, centre de lutte contre le cancer**, est situé à proximité du **CHU de Reims**. Centre régional, il accueille des patients venus de loin, pour certains ayant des déplacements fréquents dans le cadre de traitements itératifs (radiothérapie, chimiothérapie).
- Afin de limiter la fatigue des patients et éviter la multiplication des frais transports, l'institut a demandé à la **CPAM de Reims** de financer des nuitées à la maison des familles. Le tarif de la nuitée s'élève à **40€** (20/25 lits).
- Une enveloppe a été dégagée du fonds d'action sanitaire et social par la CPAM. En 2014, les représentants de la CPAM ont voté l'autorisation de prendre en charge les patients venant de toute la région Champagne-Ardenne.
- **Il est projeté d'étendre l'expérimentation au CHU de Reims**, pour les patients opérés de la **cataracte**.

Hospitel de l'Hôtel-Dieu (AP-HP)

Description

- Depuis 1991, Hospitel propose 14 chambres au sein même de l'Hôtel Dieu. Il accueille des patients de l'Hôpital mais également des personnes extérieures. Créé à l'origine pour les patients d'ophtalmologie, ses services utilisateurs se sont peu à peu diversifiés (hématologie, chirurgie thoracique, chirurgie viscérale et plastique); **avec même un parcours de soins innovant intégrant chirurgie en HDJ et nuitée post-opératoire à l'hôtel (circuit dénommé « AMBULOTEL ») ou chirurgie en hospitalisation conventionnelle et nuitée(s) à l'hôtel.** Le taux d'occupation (patients plus accompagnants) maximum atteint a été de 68%. Au fil du temps, du fait notamment des transferts d'activité, le taux d'occupation global de l'hôtel a été maintenu à 80% du fait d'un plus grande fréquentation par une clientèle non hospitalière, tandis que les nuitées des patients et de leur accompagnant diminuaient.

Modèle économique

- La gestion de l'hôtel patient est confiée entièrement à un prestataire externe : Hospitel
- La nuitée est à la charge des patients avec remboursement de certaines mutuelles et accord spécifique en hématologie avec la CRAM de Tahiti. Le prix des chambres est/était de 58€ pour les patients et 69€ pour deux personnes.

Modèle de gestion

- L'enveloppe juridique choisie à l'époque (début des années 90) par l'AP-HP était un bail à construction et une convention de service à Hospitel.

Critères « d'inclusion » des patients :

- Patients autonomes , sortis ou non encore admis (unanimité)
- Critère d'éloignement géographique

Modèles économiques :

- La nuitée à l'hôtel ne peut être à la charge du patient (sauf pour patient sans couverture).
- Des accords individuels avec les mutuelles et les caisses primaires d'assurance maladie sont possibles. (Hospitel)
- Les économies réalisées par l'établissement doivent donc couvrir l'éventuel manque à gagner.

Modèles de gestion

- pas de gestion de l'hôtel par l'hôpital lui-même.
- Les modes de gestion rencontrés ou évoqués sont :

1/ Convention avec une structure associative type Maison des patients
(CPAM de Reims, Expérimentation des HUS de Strasbourg, Montpellier...)

2/ Convention avec des hôtels existants hors les murs de l'hôpital (cas spécifique de l'IGR)

3/ Convention avec un prestataire privé dans les murs de l'hôpital (Type Hospitel)

Une réflexion engagée depuis plus de 3 ans par l'ARS Ile de France

Un groupe de travail pluri professionnel pour étudier l'opportunité et le périmètre d'implantation des hôtels hospitaliers :

Des représentants de la communauté médicale,

Des directeurs d'établissement

Des représentants de l'Assurance Maladie

Des représentants de l'ARSIF

Le périmètre retenu pour la notion d'hôtel hospitalier par le groupe de travail est le plus large possible :

Structures hôtelières non médicalisées

Structures intra-hospitalières privilégiées

Ouverture à des prises en charge variées: *chirurgie conventionnelle, chirurgie ambulatoire, médecine, obstétrique, courts, moyens et longs séjours.*

Les patients pris en charge en chirurgie ambulatoire doivent être accompagnés.

Calculer le potentiel d'activité en hôtel hospitalier

Afin d'apprécier les besoins en hébergement non médicalisé, l'ARS Ile-de-France a initié une étude visant à proposer une typologie de patients éligibles, puis déterminer le potentiel d'activité en hôtel hospitalier en interrogeant plusieurs établissements.

L'objectif de cette étude est d'obtenir par une enquête d'« un jour donné », dans des services d'hospitalisation au sein d'hôpitaux publics et privés de l'Ile-de-France, le volume de patients susceptibles de bénéficier d'hébergement non médicalisé de proximité.

Référence : guide « Evaluation des besoins d'hébergement non médicalisé à l'hôpital » réalisé par l'ARS Ile-de-France mis en ligne sur le site dédié.

Typologie adoptée :

Patients en hospitalisation conventionnelle :

- Veille d'intervention
- Bilan chirurgical
- Prise en charge médicale (bilan, chimiothérapie, autre)
- Patient en hospitalisation post-opératoire, autonome et sans perfusion

Patients en conversion de chirurgie ambulatoire

Résultats:

(4 établissements ont répondu sur 12 pré-ciblés : 1 ESPIC, 1 établissement privé (multi site), 2 établissements AP/HP)

sur un total de **27 services**, **1 093 lits** et **987 patients** présents le jour de l'étude :

Un taux moyen de 27% de patients éligibles à l'hôtel hospitalier : **249 patients**

- **9 services** ont un taux supérieur ou égal à **30%**
- **3 services** ont un taux entre 20 et 29%
- **1 service** a un taux entre **10% et 19%**
- **2 services** ont un taux **inférieur à 10%**

Hors le Service ayant un taux à inférieur à 5%, le taux moyen de patients éligibles est de l'ordre de **30%**

Expérimentation de préconfigurations d'hôtels hospitaliers en IDF

- Les grands principes de l'appel à candidatures :
 - Seront éligibles les établissements franciliens MCO tout statut
 - Seront notamment examinées :
 - ✓ la position sur le territoire,
 - ✓ intégration de l'hôtel hospitalier dans le parcours au regard de la structure de l'offre de soins,
 - ✓ L'utilisation du potentiel existant de l'établissement (taux d'occupation),
 - ✓ Le calcul du volume potentiel basé sur le nombre de nuitées non médicalisées appropriées selon des critères médicaux (pertinent) et sociaux (justifié) (cf méthode étude ARS-IDF).
 - *Appel à candidature diffusé en novembre 2014 pour lancement effectif courant 2015.*

- Résultats de l'AAP: 22 ES candidats; 5 retenus.

5 établissements en préconfiguration en Île de France

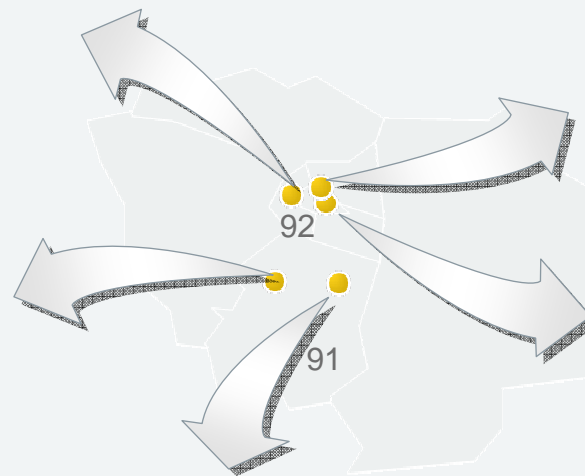
Des établissements aux caractéristiques variées



- › Etablissement public (AP-HP), Boulogne-Billancourt
- › Hôpital généraliste, reconnu pour ses activités de chirurgie
- › Type d'hôtel : dans les murs



- › ESPIC, Briis-sous-Forges (Essonne)
- › Principales activités : Sanatorium, prise en charge des affections cardiaques et respiratoires, oncologie – en court séjour et en SSR
- › Type d'hôtel : dans les murs (bâtiments à réhabiliter)



- › Etablissement public (AP-HP), Paris 19^{ème}
- › Spécialisé dans la prise en charge du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
- › Type d'hôtel : hors les murs



- › Etablissement Public, Paris 12^{ème}
- › Spécialisé en ophtalmologie, recrutement national et international
- › Type d'hôtel : hors les murs

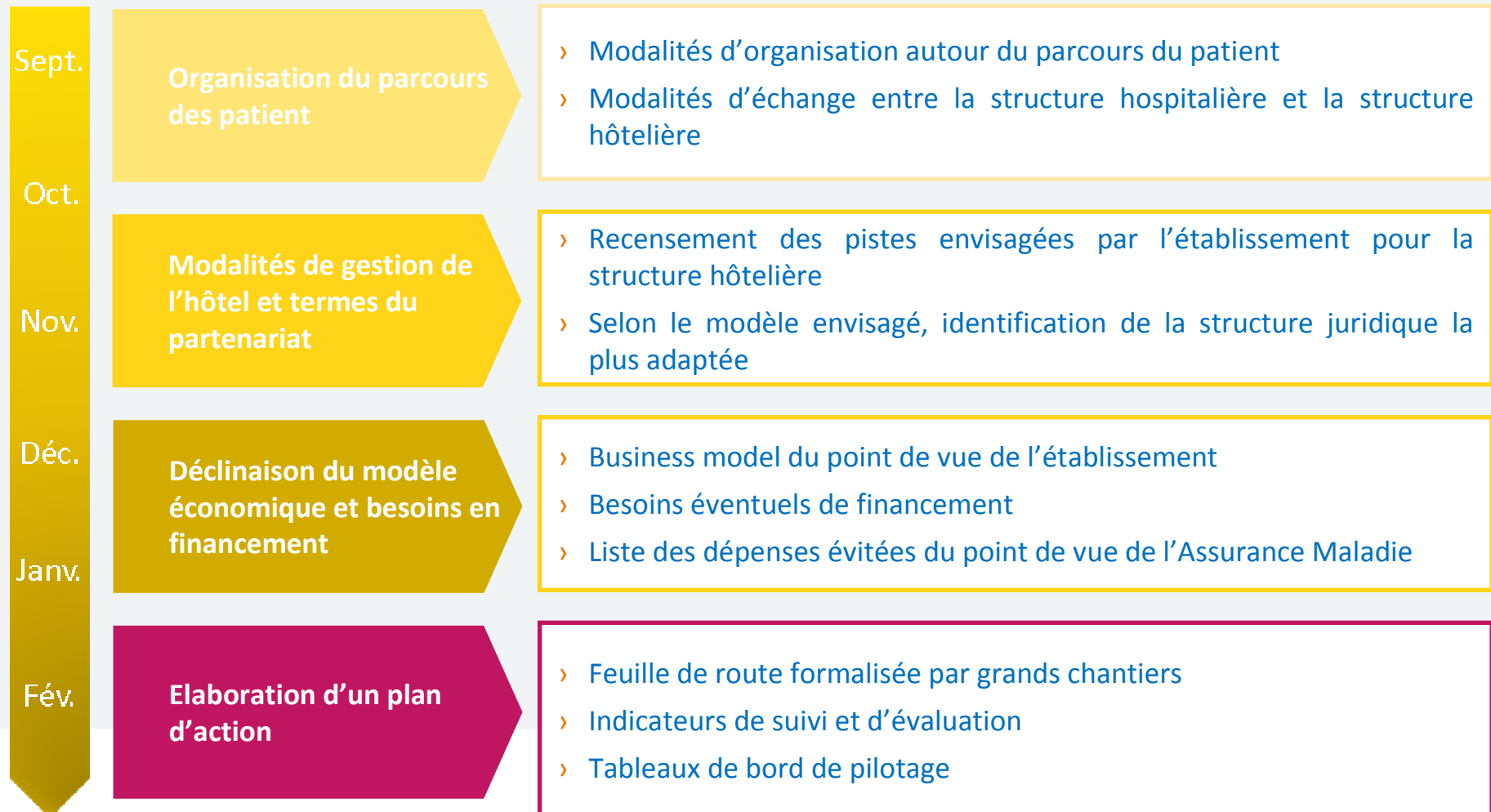


- › Etablissement Privé (intégrant un centre de radiothérapie), Ris-Orangis
- › Spécialité dans la prise en charge du cancer
- › Type d'hôtel : hors les murs (bâtiments en reconversion)

5 établissements en pré configuration en Île de France

Un accompagnement méthodologique de l'ARS sur 6 mois

■ Les travaux réalisés sur les établissements de l'étude alimentent une capitalisation vouée à être partagée par l'ARS Île de France (guide de « bonnes pratiques »)



Les différents types de parcours patient sur les établissements sujets de l'étude

- Les patients susceptibles d'aller à l'hôtel répondent à des critères d'éligibilité identifiés au début ou au cours du parcours hospitalier

Chirurgie

- › Préopératoire
- › Post opératoire
- › Consultation à j+1



SSR

- › HDJ
- › Fin d'hospitalisation



Critères d'éligibilité (en plus du motif médical):

- *Eloignement*
- *Isolement*
- *Risque médical à la multiplication des AR en transport*

Médecine

- › Bilans



Séances

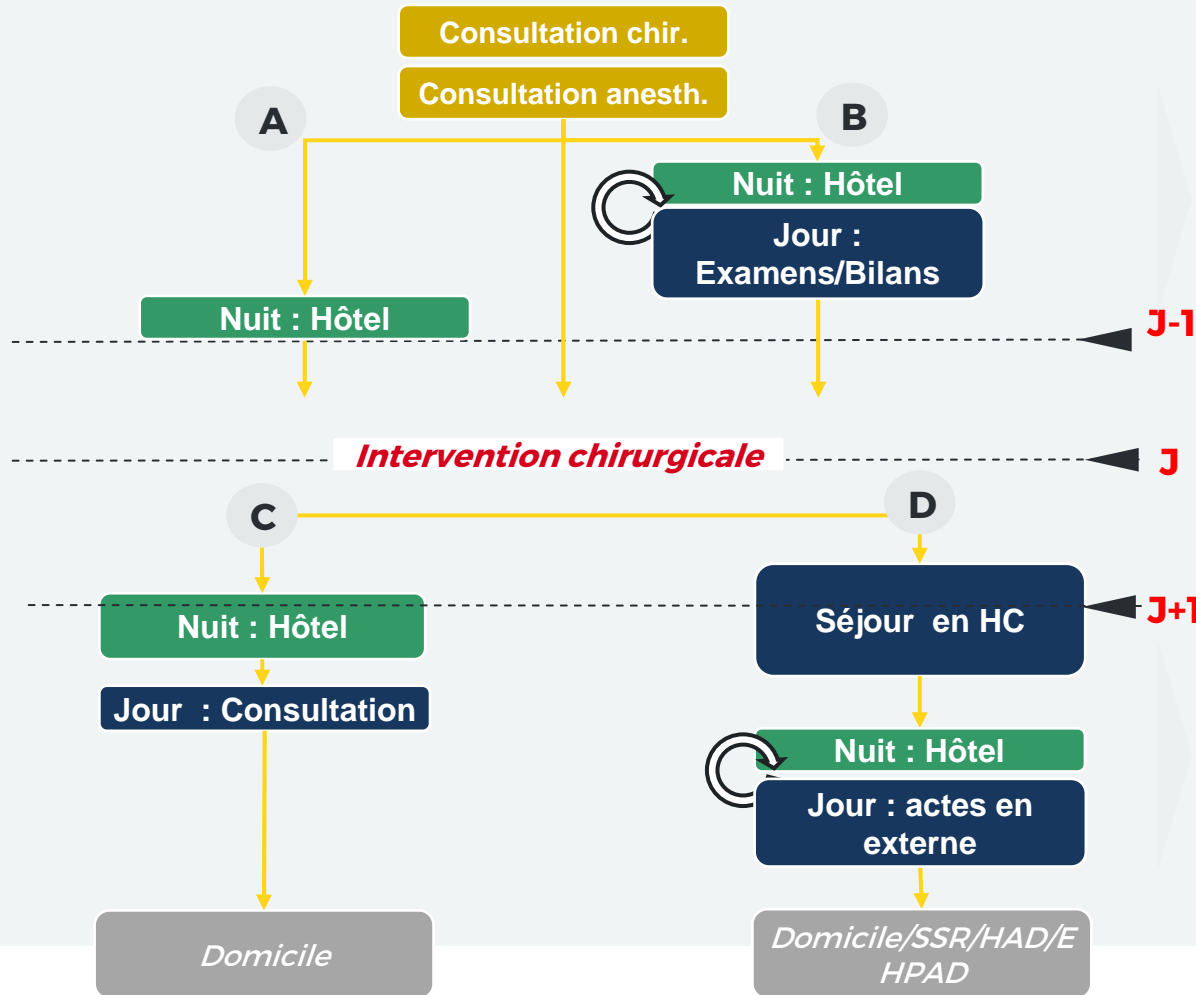
- › Protocoles de radiothérapie



Principales hypothèses de parcours patient intégrant l'hôtel hospitalier en chirurgie

Légende

- Patient pris en charge par l'hôpital
- Patient pris en charge par l'hôtel



En période préopératoire

S'assurer qu'il y ait bien un critère d'éloignement géographique pour la prise en charge de la nuitée

- A** Patient accueillis la veille de l'intervention (programmé ou en urgence différée)
- B** Patient réalisant des bilans préopératoires sur 1 ou plusieurs jours

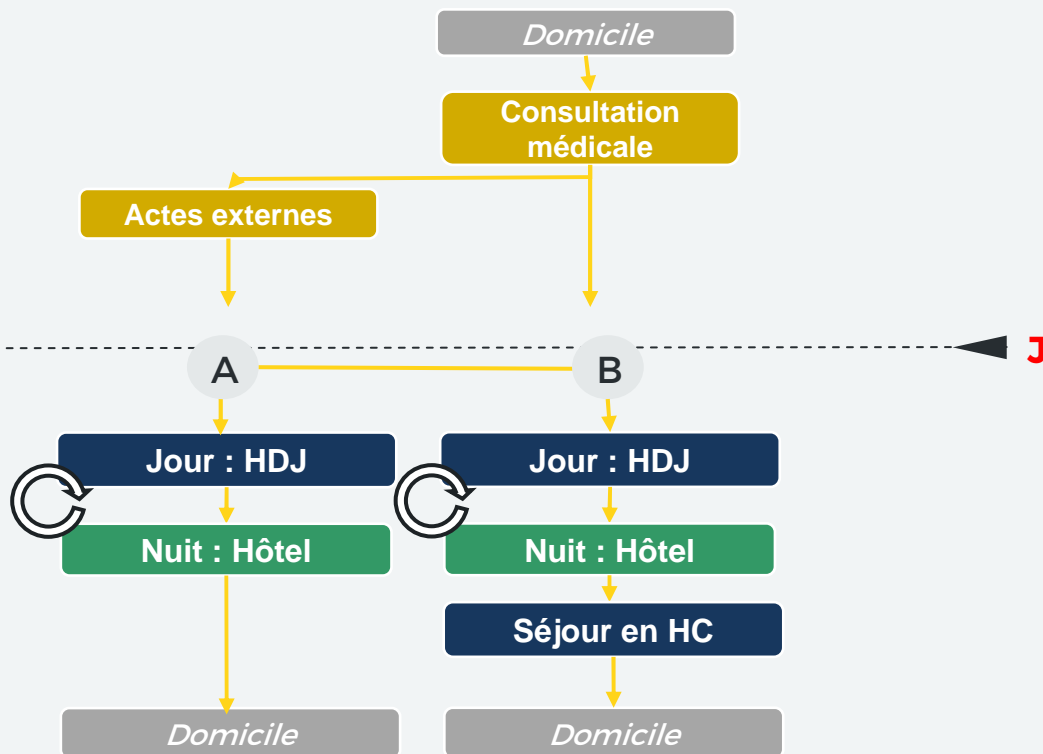
En période postopératoire

- C** Patient devant être revu à J+1
- D** Patient en transition hôpital/domicile ou en attente d'une structure d'aval

Principales options de parcours patient intégrant l'hôtel hospitalier pour des bilans

Légende

- Patient pris en charge par l'hôpital
- Patient pris en charge par l'hôtel

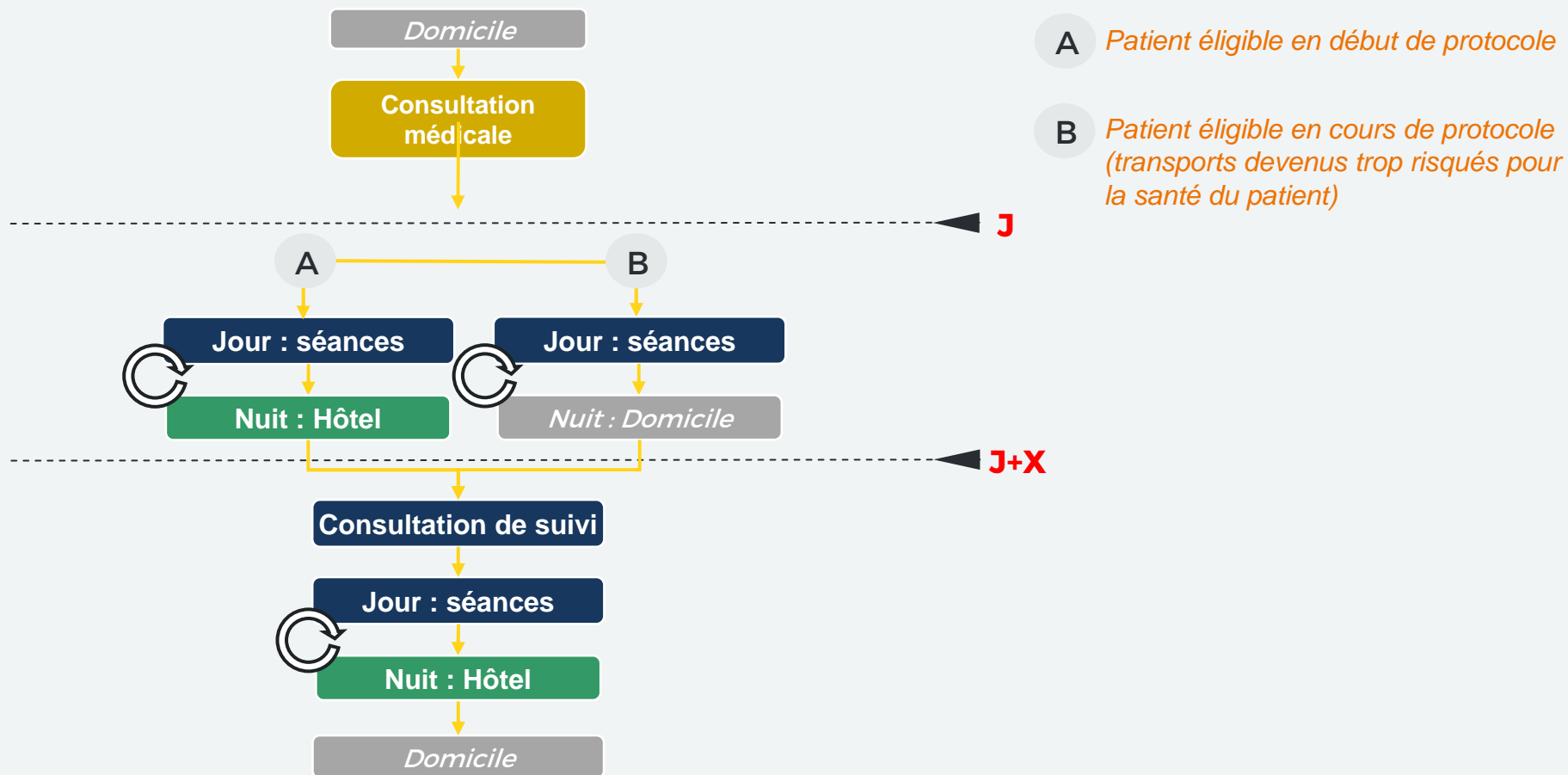


- A Patient dont le parcours peut être organisé en HDJ, sur un ou plusieurs jours
- B Patient éligible en amont d'une hospitalisation conventionnelle

Principales options de parcours patient intégrant l'hôtel hospitalier pour des séances itératives

Légende

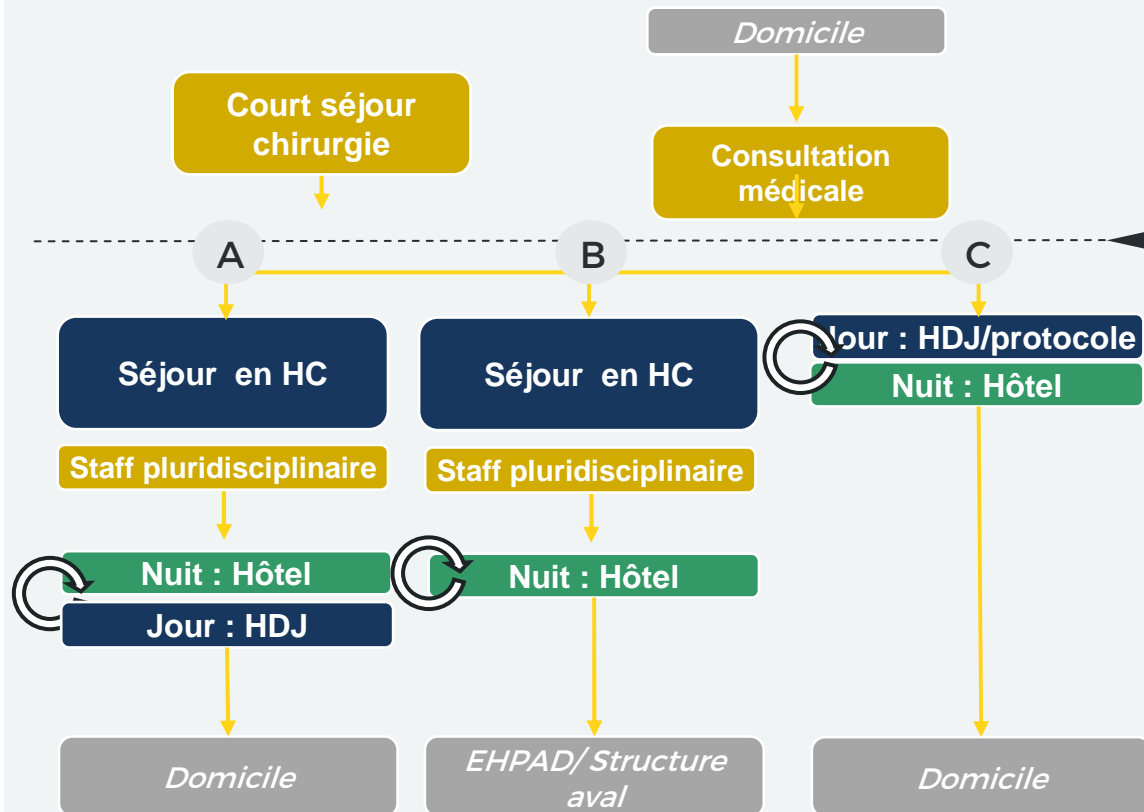
- Patient pris en charge par l'hôpital
- Patient pris en charge par l'hôtel



Principales hypothèses de parcours patient intégrant l'hôtel hospitalier en SSR

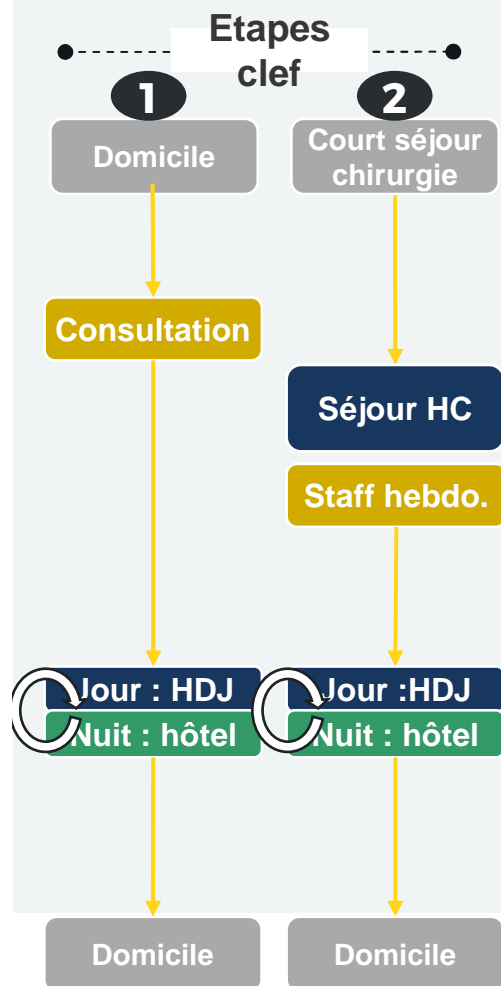
Légende

- Patient pris en charge par l'hôpital
- Patient pris en charge par l'hôtel



- A** *Patient éligible en cours d'hospitalisation pour un passage en HDJ*
- B** *Patient en attente d'une structure d'aval, pour un retour à domicile*
- C** *Patient éligible en amont d'HDJ*

- L'hôpital envisage un hôtel hospitalier sur un site pavillonnaire, dont la gestion serait internalisée et pour des patients en programme de réhabilitation en HDJ sur des périodes de 20 à 30 jours.



Impact sur le parcours patient

- › Développement de modalités d'information du patient sur le dispositif (directement ou par l'intermédiaire d'adresseurs)
- › Identification du patient éligible : soit en amont de la prise en charge soit au cours d'une période préalable d'hospitalisation complète. Quelles modalités et quelles possibilités d'anticipation d'un séjour à l'hôtel ?
- › Quelles modalités de réservation de l'hôtel (par l'hôpital ou par le patient?)
- › Accueil du patient à l'hôtel à J1 puis en HDJ à partir de 9h (parcours N°1)
- › Quelles procédures en cas d'urgence lorsque le patient est à l'hôtel, dans le cas particulier d'un établissement sans SAU?
- › Faut-il prévoir des moyens de déplacement dédiés pour le patient entre l'hôtel et l'hôpital?
- › Dans le cadre d'une internalisation de la gestion de l'hôtel : quels niveaux de prestation de service envisager et quels impacts sur l'organisation interne ? (restauration, blanchisserie, services...)
- › Intervention de l'hôtel dans le parcours administratif du patient et le processus de facturation des nuitées?

Questions clefs autour des parcours patient

	Amont de l'hospitalisation	Pendant la période d'hospitalisation	Programmation (si examens/ séances en cours de séjour)
Chirurgie préopératoire	<ul style="list-style-type: none"> > Quelle organisation pour les bilans à réaliser avant l'intervention? 	<ul style="list-style-type: none"> > Ou accueillir le patient le jour de l'intervention? > Ou réaliser la VPA? 	
Chirurgie post-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> > Quelles modalités d'information du patient sur son "programme" d'actes à réaliser au cours du séjour à l'hôtel? 		<ul style="list-style-type: none"> > Quelle organisation pour les actes externes en cours de séjour à l'hôtel, réalisés auparavant en HC?
Réhabilitation et SSR	<ul style="list-style-type: none"> > Quel dispositif auprès des adresseurs et partenaires? > Comment recueillir l'accord du patient avant son arrivée? 	<ul style="list-style-type: none"> > Patients en attente de retour à domicile/EHPAD : comment déterminer le nombre de nuits? 	<ul style="list-style-type: none"> > Quels impacts sur les équipements et l'organisation des activités d'HDJ pour la réhabilitation?
Séances/HDJ récurrents	<ul style="list-style-type: none"> > Comment évaluer en amont le coût du transport sanitaire AR vs. Le coût d'une nuit d'HH? 	<ul style="list-style-type: none"> > Comment revoir le parcours de soins en cours de traitement ? 	
Bilans (diagnostic)	<ul style="list-style-type: none"> > Quels sont les impacts sur les finances de l'établissement (HC > HDJ, HDJ > actes externes)? 	<ul style="list-style-type: none"> > Quel cadencement pour les bilans afin de respecter les exigences de la circulaire frontière? 	



- > Quelle est la procédure de ré-hospitalisation, notamment quand l'hôpital n'a pas de SAU?

Questions clés autour de la relation hôtel-hôpital



Réservation

- › Qui réserve l'hôtel : le patient ou l'hôpital?
- (1) Si c'est l'hôpital : comment l'organiser sans occasionner une « gestion des lits de l'hôtel par l'hôpital » ? Avec quels supports?
- (2) Si c'est le patient : comment le responsabiliser et vérifier la réservation?
- › Flexibilité : Quelle anticipation « cible » d'un séjour? Un séjour non anticipé peut-il être intégré dans le dispositif et comment (lits « tampon »)?



Le jour de l'arrivée

- › Quelle flexibilité sur les horaires de confirmation du séjour?
- › Faut-il envisager un rôle de l'hôtelier dans le parcours administratif du patient (notamment en l'absence de préadmission) ?
- › Quels flux d'information nécessaires entre l'hôtel et l'hôpital (et modalités)?
- › La confidentialité vis-à-vis du patient est-elle préservée dans les échanges hôtel/hôpital?



Pendant le séjour

- › Quel rôle de l'hôtelier dans le suivi des activités « hospitalières » du patient? (rappel des RDV...)
- › Quels flux d'information nécessaires entre l'hôtel et l'hôpital, à quels moments et selon quelles modalités?
- › Quels services d'hôtellerie offerts au patient (plus particulièrement en l'absence de partenariat avec un groupe hôtelier)?
- › Quelles possibilités d'accueillir des accompagnants?
- › Quelles procédures mettre en place en cas d'urgence?



Le jour du départ

- › Quel rôle de l'hôtelier dans la facturation des nuitées (transmission justificatif au patient qui va à la régie / transmission directe d'une facture à l'hôpital)?
- › Si le patient doit passer par la régie : compatibilité de son horaire de départ avec les horaires de la régie?

Questions clés à destination de l'assurance maladie

- Les réflexions engagées avec les établissements sujets de l'étude ont fait ressortir un certain nombre de questions soumises à l'Assurance Maladie. Ces différents aspects, majeurs pour la viabilité des projets, devront être étudiés dans les dispositions de l'expérimentation nationale.



Des impacts financiers liés au nouveau parcours de soins

- › L'hôpital peut-il facturer des actes externes réalisés après une nuit à l'hôtel, qui étaient auparavant intégrés dans le GHS du séjour d'HC?
- › Quels sont les impacts de la transformation des séjours d'HC en HDJ avec une ou plusieurs nuits à l'hôtel ?
- › **Proposition** : S'assurer que les principes de facturation soient bien établis de façon à ce que l'expérimentation ne se traduise pas par des coûts supplémentaires pour l'AM.



Un nouvel acteur : l'hôtel

- › L'hôpital peut-il prescrire un nombre de nuitées non définies à l'avance (cas des patients en attente de place en EHPAD)?
- › L'évaluation du patient devra t-elle systématiquement se poursuivre après un passage à l'hôtel ou bien le patient n'est pas obligé de repasser par l'hôpital?
- › **Proposition** : c'est le médecin hospitalier qui décide de la sortie de l'hôtel, de façon, en terme de parcours, à obliger les patients à repasser par l'ES avant le retour à domicile



Des transports sanitaires à organiser

- › Y aura t-il une prise en charge des transports des patients entre l'ES et l'hôtel? (navette, transport sanitaire,...)?
- › Dans le cas d'un AR en transport sanitaire, faut-il privilégier une nuit d'hôtel à cet aller retour lorsque ce dernier est plus couteux que l'HH?



A qui l'AM rembourse la nuitée?

- › A l'hôtel? A l'Etablissement de Santé? Aux Patients??
- › **Proposition** : En tout état de cause, il serait préférable que ce soit toujours le même acteur pour l'assurance maladie :
 1. **Hôtel** : difficilement envisageable
 2. **Patient** : à l'heure du 1/3 payant c'est difficile à entendre
 3. **L'ES** semble la meilleure solution!

L'introduction des hébergements non médicalisés transitoires dans les parcours de soins à l'hôpital induit un changement de paradigme pour la gestion des hospitalisations :

la dissociation entre les soins et les hébergements.

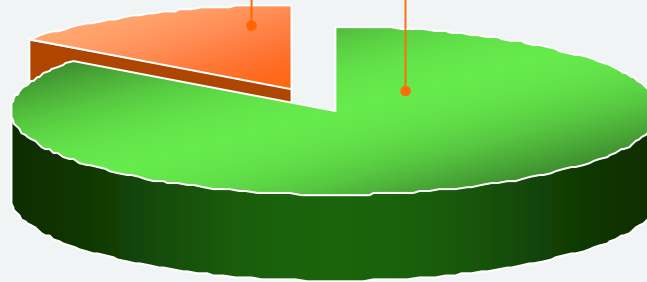
Avec au bout du compte un scénario « gagnant-gagnant » pour tout le monde:

- **les patients**, pour leur confort et leur sécurité,
- **l'hôpital**, pour l'aide à la restructuration de son offre et à la rénovation de son patrimoine immobilier
- **la collectivité**, pour les économies réalisées.

Configuration hospitalière actuelle : Quasi monomodale

Lits ou place de jour MCO
15%

Lits conventionnels MCO
85%



Future configuration hospitalière : Multimodale

Lits de semaine MCO
12%

Lits de réanimation, soins intensifs ou soins continus MCO
8%

Lits ou place de jour MCO
60%

Lits d'hôtels hospitaliers
20%





Merci de votre attention

QUEL MODÈLE CONOMIQUE ?

Place des hôpitaux hospitaliers dans le parcours de soins : enjeux d'une évaluation globale

Pr. Lise Rochaix

Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne

Hospinnomics

Colloque AP-HP

18/02/2016

La question clef du point de vue du décideur public : faut-il **encourager** le développement d'hôtels hospitaliers et si oui comment ?

Ex 1: La MECSS conduit une mission sur le développement de l'HAD et s'interroge à cette occasion sur toutes les formes intermédiaires de prises en charge des patients, entre ville et hôpital

Ex 2 : La DGOS et l'ARS Ile de France proposent la mise en œuvre d'expérimentations des hotels hospitaliers (HH) permettant de caractériser les différentes situations sur le terrain

Le point de départ : **diversité** des situations



Les travaux menés à la demande de l'ARS IdF et de la DGOS montrent la grande diversité des situations tenant entre autres à l'existence préalable (ou pas) :

- D'un maillage avec la ville
- D'effets de congestion en aval
- De pratiques médicales de type ambulatoire
- D'une patientèle de niveau socio-économique divers
- De relations avec des associations, des régies hôtelières
- D'infrastructures se prêtant à une transformation en HH

Les hôtels hospitaliers : **substituts** ou **compléments** de formes intermédiaires de prise en charge ?

Entre les deux pôles (hospitalisation complète versus domicile) existent plusieurs formes de prise en charge hybrides : quelle est (doit être) la place de l'HH ?

▪ Une modalité de prise en charge à part entière entre hôpital et ville ? (substitut à d'autres formes intermédiaires existantes ou à développer)

▪ Une modalité d'appui, facilitant des prises en charge de type intermédiaires (complément de la chirurgie ambulatoire, de l'HAD, du SSR) ?

Préalable : identifier le **service attendu** par l'HH pour chaque établissement candidat

L'HH va-t-il :

1. Offrir une nouvelle forme prise en charge en soi ?
2. Se substituer à une prise en charge existante (HAD)?
3. Compléter une prise en charge existante (chirurgie ambulatoire)

Condition nécessaire au **développement** des HH

La diversité des situations et des services rendus conduit à définir des 'business plans' spécifiques à chaque situation

⇒ Il est indispensable d'identifier, pour chaque établissement hospitalier (ET), les enjeux financiers du développement d'un HH et le **seuil de rentabilité**, à savoir le nombre de places minimal en HH pour justifier de la pertinence de l'investissement

Condition suffisante à la **généralisation** du modèle des HH :

Cette condition nécessaire localement n'est pas suffisante pour s'assurer que collectivement, la somme de ces investissements locaux soit porteuse de valeur ajoutée

Mesurer la valeur ajoutée collective d'un développement des HH est l'enjeu principal d'une évaluation globale des expérimentations en cours

L'évaluation globale (*summative evaluation*) propose une vue complète d'une 'intervention', de sa mise en œuvre, de ses impacts, de la façon dont les obstacles peuvent être surmontés, enfin les conditions de son succès

Du bon usage de l'évaluation : clarifier préalablement les **objectifs**

1. A quel besoin répond l'évaluation ?

2. La question est-elle de savoir si une intervention est efficace, coût-efficace ou comment améliorer sa mise en œuvre ?

3. Comment définir le 'succès' ou 'l'échec' de l'intervention ?

4. Quelle différence l'évaluation fera-t-elle pour la décision ? Que se passera-t'il si l'évaluation suggère que l'intervention ne permet pas d'atteindre les objectifs assignés ?

5. Quels mécanismes doit-on mettre en place pour développer, réduire ou modifier une intervention, à la lumière des résultats de l'évaluation ?

Nécessité d'une **approche scientifique** de l'évaluation

1. L'évaluation des pilotes doit être indépendante pour avoir une légitimité et les commanditaires doivent prendre la distance nécessaire par rapport aux choix méthodologiques et à la publication des résultats

2. Les méthodes doivent être rigoureuses (randomisation) et diversifiées pour donner une vision complète de l'impact d'une intervention

3. Des mécanismes appropriés doivent être mis en place pour adapter ou abandonner une intervention le cas échéant

De l'importance des **expérimentations**

1. Les expérimentations seront non concluantes si une collecte de données préalable n'a pas été effectuée avant l'intervention (notion de 'baseline' ou de t_0)

2. Les expérimentations seront inutiles si l'intervention :

- ▶ est déjà inscrite dans le marbre
- ▶ est mise en œuvre avant la fin de l'étude

3. Les expérimentations seront utiles même si elles révèlent qu'une intervention est inefficace, voire erronée, puisqu'elles ont évité la mise en œuvre

4. Les expérimentations seront crédibles si tous les résultats de l'évaluation sont publiés et disponibles gratuitement, quels que soient ces résultats

Pour une **définition large** de l'économie

L'évaluation économique revient à s'interroger sur le 'bon' usage des financements publics :

Elle repose sur le principe du **coût d'opportunité** ↔ sacrifice consenti en choisissant l'option A plutôt que B

Elle doit être mobilisée avant la prise de décision pour l'éclairer

Elle implique la mise en regard des bénéfices et des coûts (directs et indirects, présents et futurs, avec le recours à un taux d'actualisation

=> L'analyse économique n'est pas la recherche d'économies à court terme mais le choix de la stratégie optimale à long terme

Avec une **mobilisation** de toutes

les sciences humaines et sociales

L'analyse du caractère coût-efficace d'une intervention est une première étape qui doit être complétée par :

- Une mesure de l'utilité de l'intervention pour les bénéficiaires-patients (analyse coût-utilité)
- Une appréciation des enjeux en termes d'inégalité (d'accès ou d'état de santé)
- Une analyse des enjeux éthiques, philosophiques, juridiques, sociologiques

= > **approche globale**, pluridisciplinaire, pour un éclairage complet de la décision

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Présentation de l'outil : business plan de l'hôtel hospitalier

Catherine Dupilet,
Consultante Kurt Salmon

■ Les différentes étapes



Identification du besoin et de la demande potentielle

- › Profils patients



Définition du modèle de gestion

- › 5 scénarios envisageables



Business Plan de l'établissements

- › Impact sur les charges et les recettes
- › Prise en compte du mode de gestion de l'hôtel

■ Un outil proposé aux établissements

- *Mise à disposition d'un fichier Excel permettant aux établissements de construire leur business plan*

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/HOTEL-HOSPITALIER.177560.0.html>

■ Prise en compte du potentiel par service d'hospitalisation :

- ▶ Nombre de lits, taux d'occupation, nombre de chambres seules ...

■ Prise en compte d'une montée en charge progressive de l'utilisation de l'hôtel hospitalier sur les 5 premières années :

- ▶ Le potentiel de patients éligibles à l'hôtel hospitalier ne sera pas réalisé dès l'ouverture de la structure, il faut tenir compte notamment de :
 - *L'adhésion des patients*
 - *L'adhésion des praticiens*

■ Estimation des impacts capacitaires

- ▶ Possibilité pour les établissements d'identifier l'impact capacitaire

■ Les hypothèses sur les tarifs de la nuitée hôtelière :

- ▶ Le montant
- ▶ Les payeurs (AMO, AMC, établissements, patients)

■ Les hypothèses sur le mode de partenariat avec l'hôtel hospitalier

- ▶ Convention avec un hôtel classique
- ▶ Location d'un bâtiment à un prestataire privé
- ▶ Cession d'un bâtiment à un prestataire privé
- ▶ Gestion de l'hôtel dans les murs de l'établissement par l'établissement

■ Les hypothèses concernant les recettes :

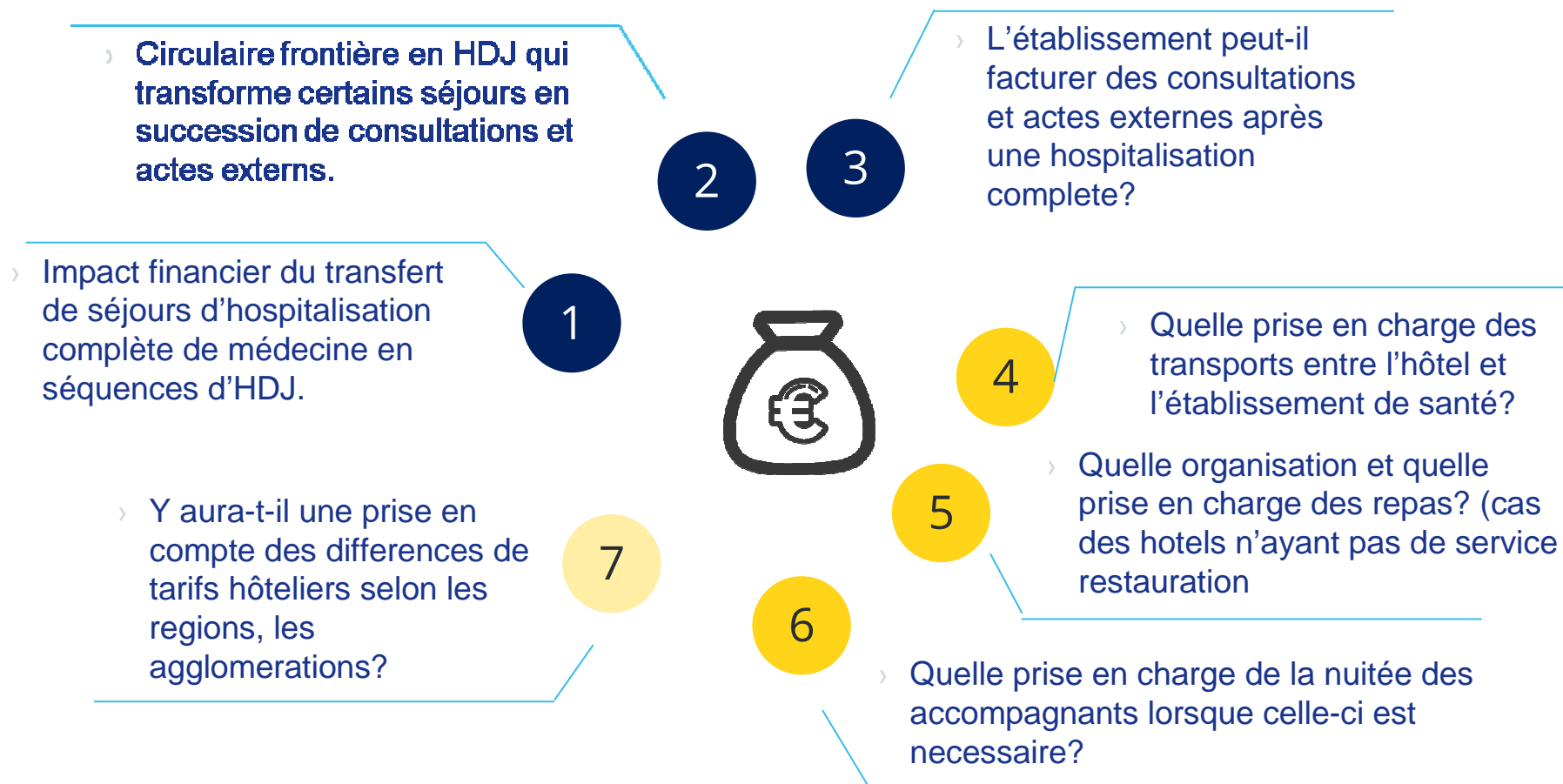
- ▶ L'impact sur le montant des TM et des FJH :
 - *Part des patients exonérés du FJH*
 - *Part des séjours avec acte <120 €*
 - *Impact sur l'occupation des chambres seules*
- ▶ Modification de GHS du fait des nouveaux parcours
- ▶ Selon le scénario de gestion de l'hôtel : loyer

■ Les hypothèses concernant les charges

- ▶ L'impact sur les effectifs par métier :
 - *Effectifs de nuit, effectifs de jour*
- ▶ L'impact sur les charges de titre 3
 - *repas, blanchisserie...*
 - *Selon le scénario de gestion de l'hôtel : énergie, entretien maintenance, assurance*

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10

Quelques questions sur le financement
soulevées par les établissements





Merci de votre attention