

« LES SOINS DE LONGUE DUREE »

Juillet 2015

Lettre de mission au groupe de travail

✓ Réflexions sur la mise en œuvre du Plan SLD AP-HP après l'avenant au CPOM du 12/11/2013 :

- Evolution capacitaire (transferts d'activité)
- Maintien de la capacité dans Paris intra-muros
- Arrêt de l'activité EHPAD
- Renforcement des filières
- Nécessité de mise aux normes
- Développement des SLD non gériatriques
- Opérations supra GH

LE PLAN SLD DE L'AP-HP

Des idées fortes :

- Conserver le SLD au sein de l'AP-HP, en raison de sa nature de structure d'aval
- Se désengager de la gestion des EHPAD
- Adopter une vision supra-GH en renforçant les flux inter-GH

Des objectifs généraux :

- Centrer l'activité sur l'accueil des patients lourds
- Maintenir globalement les capacités
- Assurer progressivement les mises aux normes
- Réaliser des investissements efficaces en les concentrant sur un faible nombre d'opérations importantes.

Structures et capacités

- 18 sites SLD à l'AP-HP en 2015 pour un budget de 200M€ (dont 2 SLD jeunes : Pitié et Chenevier)
- Deux objectifs :
 - ✓ La modification des cibles capacitaires
 - 2879 lits AP-HP installés en 2013 \Rightarrow 2367 en 2027 dont 1154 intra muros + 286 lits gérés en coopération territoriale avec les hôpitaux franciliens + 136 lits transférés (Louis Mourier) = 2789
 - transfert des 335 places d'EHPAD
 - ✓ Les regroupements
 - Opérations supra GH ou regroupements de sites à l'occasion des 4 chantiers majeurs (Ste Périne, Paul Brousse, Emile Roux, La Collégiale/Broca)
 - Une nouvelle répartition des lits reste à définir

Projet médical

- La diminution et la nouvelle répartition des lits après restructurations rendent nécessaire la signature de conventions inter- GH pour :
 - l'instauration de nouvelles filières supra-GH SSR – SLD sur certains secteurs géographiques (ex: Ste Périne/Broca/Vaugirard)
- La prise en charge des patients jeunes en SLD
 - en 2014 : l'âge moyen des 372 « bed blockers » hospitalisés en IDF, souffrant de pathologies chroniques et en état de dépendance était de 51 ans
 - création d'unités de soins prolongés complexes (USPC) ne relevant pas de la gériatrie et à développer par les services MCO
 - sans réduction du nombre de lits de SLD gériatriques
- L'adaptation des effectifs médicaux et non médicaux à la prise en charge de patients très lourds (80 % de GIR 1 et 2, 60% de SMTI) = groupe RH SLD

La mise en œuvre financière

- 2014 ⇒ Déficit SLD de - 4,1 M€ (fin de la convergence en 2015)
- 2015 ⇒ Réévaluation significative des tarifs hébergement et dépendance : perspectives d'amélioration des résultats
- Une problématique : l'équilibre entre **tarifs supportables par les résidents et les familles** et soutenables par l'AP-HP dans le cadre de ses projets d'investissement.
- Un investissement au-delà des 4 opérations majeures (177 M€) pour :
 - l'humanisation des services : 42 % de chambres à 2 lits en 2014 pour une cible de 5 % en 2027 (texte de 1999)
 - la mise aux normes techniques : 20 M€ de 2014 à 2019

Propositions

- ✓ Respecter nos engagements vis-à-vis de l'ARS
- ✓ Tarifs supportables par les résidents et les familles
- ✓ USPC pour les adultes à envisager avec services MCO sans réduction des SLD gériatriques
- ✓ Vigilance sur les ratios en personnel au lit du malade
- ✓ Désignation d'un pilote et d'un groupe de suivi à la fois pour les opérations majeures mais aussi pour toutes les mises aux normes/humanisation