

## RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUPRA – GH « LES SOINS LONGUE DURÉE »

### LES PRINCIPALES CONCLUSIONS DU RAPPORT

- En 2015, globalement l'AP-HP a réduit ses capacités de SLD au-delà de la cible du CPOM de +3,5 % (+6 % en intra-muros)

En termes d'humanisation, il reste un important retard à combler : le pourcentage de chambres à 2 lits n'a pas véritablement diminué depuis 2013 et les sites ne prévoient pas de travaux en conséquence sur les années 2015 et 2016

- Un projet médical à mettre en œuvre :
  - o Pour les quatre opérations majeures d'investissement à réaliser à Sainte Périne, Paul Brousse, Emile Roux et la Collégiale. Ces opérations conduiront, à terme, à de nouveaux équilibres capacitaires entre les groupes, renforçant ainsi, dans une approche transversale AP-HP, la nécessité d'une nouvelle régulation et organisation des filières.
  - o Pour les SLD non gériatriques, l'opportunité pour l'APHP de participer à l'expérimentation des Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) prévue simultanément par le SROS SSR et SLD
- Vu le déficit de la branche SLD de l'APHP ces 2 dernières années, à hauteur de 4,1M€ en 2014 (soit 2% de déficit), l'augmentation des tarifs hébergement et dépendance négociés pour 2015 devrait permettre :
  - o d'améliorer la situation
  - o de conforter l'investissement en consacrant une dotation aux amortissementsCette problématique doit être mise au cœur du processus décisionnel.
- Un pilotage institutionnel à renforcer par :
  - o la nomination d'un pilote du projet pour la réalisation du plan
  - o la mise en place d'un comité de suivi du « plan SLD APHP 2014-2027 »

## SOMMAIRE

<b>1 - Le Plan SLD de l'AP-HP</b> .....	<b>3</b>
1.1 L'avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens du 12 novembre 2013.....	3
1.1.1 Le rapport 2013 du Secrétariat Général de l'AP-HP.....	3
1.1.2 Les considérants : les objectifs régionaux et les objectifs de l'AP-HP.....	4
1.2 Les orientations du plan SLD.....	5
1.2.1 Les objectifs.....	5
1.2.2 Les moyens.....	6
<b>2 - La mise en œuvre du Plan</b> .....	<b>8</b>
2.1 La mise en œuvre du projet médical.....	8
2.1.1 Les axes de la prise en charge.....	8
2.1.2 Les propositions du groupe de travail.....	9
2.1.2.1 Les Unités de Soins de Longue Durée : profil des patients et encadrement Médical et paramédical.....	9
2.1.2.2 Les Unités de Soins de Longue Durée : quelles filières ? .....	10
2.1.2.3 Les Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) .....	11
2.2 La mise en œuvre du Programme capacitaire, l'adaptation des structures : Etat des lieux 2015.....	12
2.2.1 Les lits ouverts et en fonctionnement en 2015.....	12
2.2.2 Etat de la mise aux normes.....	13
2.2.2.1 Mise aux normes techniques.....	13
2.2.2.2 Mise aux normes d'humanisation.....	13
2.2.2.3 Etat d'avancement des opérations majeures.....	13
2.3 La mise en œuvre financière.....	15
2.3.1 Le budget de fonctionnement.....	15
2.3.2 Le financement de l'investissement.....	18
2.3.3.1 La contribution de l'AP-HP .....	18
2.4. La communication et suivi du plan.....	20
<b>3 - ANNEXES</b> .....	<b>21</b>

Les Soins de Longue Durée de l'AP-HP se répartissent en 18 sites dont 2 sites qualifiés de « SLD jeunes » (Pitié et Chennevier) compte tenu de la typologie des patients soignés (moins de 60 ans).

Les 16 sites « SLD gériatrique » se répartissent en :

- 6 sites intra muros représentant 37% de l'activité et
- 9 sites en petite couronne et 1 dans l'Oise représentant 63% de l'activité (données 2014)

## **I - Le Plan SLD de l'AP-HP**

### **1.1 - l'avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens du 12 novembre 2013**

#### **1.1.1 Le contexte : le rapport 2013 du Secrétariat Général de l'AP-HP**

En mai 2011, la Directrice Générale de l'APHP a confié à un directeur de projet placé auprès de la Secrétaire Générale, une mission transversale sur l'« évolution de la gériatrie » et plus précisément des SLD de l'APHP.

En effet, la situation des SLD de l'APHP, selon les lits autorisés lors de la partition effective au 1<sup>er</sup> janvier 2010, se caractérisait par :

- une répartition inégale des SLD (et « EHPAD ») entre GH et départements
- un écart entre lits autorisés et lits installés
- une répartition des sites non optimale, au vu de l'origine départementale des patients
- des caractéristiques extrêmement diverses selon certains critères (taille, état du bâti...)
- des caractéristiques plutôt uniformes concernant l'âge moyen des patients, le pourcentage de recours à l'aide sociale, le mode d'entrée en SLD...

Des éléments très structurants ont émergé de cette mission :

- la nécessité de conserver l'activité sanitaire de SLD au sein de l'APHP (notamment en raison de sa nature de structure d'aval mais aussi des perspectives démographiques et des modalités de recours des personnes âgées au système de soins dans les années à venir) ; il a été rappelé, à cette occasion, la mission principale des SLD d'accueil de patients très âgés, dépendants, polyopathologiques et à risque de décompensation
- le désengagement dans la gestion des EHPAD (activité médico-sociale)
- l'incontournable application des normes du décret du 26 avril 1999 (chambre à 1 lit, sanitaire dans la chambre...) sauf exceptions marginales
- la nécessaire vision supra-GH de l'offre SLD et ainsi le renforcement des flux inter-GH des filières gériatriques afin de compenser les inégalités territoriales
- la renonciation aux capacités autorisées non installées
- la non pertinence de transformer des lits de SLD « gériatrique » en SLD « jeunes » compte tenu des besoins confirmés en gériatrie
- la suppression des sites isolés

Les conclusions de ce rapport ont conduit l'ARS et l'APHP à signer un avenant au CPOM.

## 1.1.2 Les considérants : les objectifs régionaux et les objectifs de l'AP-HP

L'avenant au CPOM a pris en considération :

A) Les objectifs régionaux de l'ARSIF définis dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Médico-sociale pour la période 2013-2017 et notamment en matière de SLD :

- Prioritairement, maintenir les capacités des USLD franciliennes ;
- Tendre à un rééquilibrage de l'offre au profit des territoires de santé les moins bien pourvus et à l'intérieur de ces mêmes territoires ;
- Présenter un bilan pluriannuel d'investissement d'ici le 31/12/2014, pour les SLD nécessitant une mise aux normes de leurs locaux ;
- Réaliser la mise en conformité de sécurité incendie à l'horizon 2017
- Engager la mise en conformité architecturale s'appuyant, en particulier, sur le cahier des charges du 26/04/1999 [ascenseurs aux normes ; 95% de chambres individuelles ; douches individuelles)
- Renforcer l'articulation des SLD avec les dispositifs existants, notamment sanitaires d'amont (SSR et court séjour hospitalier), et en aval, le champ médico-social (EHPAD, MAS ou FAM, SSIAD) et l'HAD, dans le cadre des filières gériatriques, des coopérations et du travail engagé autour du parcours de la personne âgée ;
- Promouvoir la qualité des installations nouvelles ou rénovées, pour l'adaptation à l'état des patients accueillis (prise en compte des troubles du comportement, domotique...) et les respects des objectifs de développement durable (bâtiments basse consommation...);
- Tendre à une moyenne régionale de 60% de patients hospitalo-requérants ou (SMTI) en USLD franciliennes ayant actuellement un taux inférieur.

B) Les objectifs généraux de l'APHP en matière de SLD :

- poursuivre l'activité de SLD qui répond à un besoin démontré d'aval sanitaire de proximité, principalement pour les filières de l'APHP ;
- arrêter l'activité d'EHPAD, qui n'est pas au cœur de métier de l'APHP ;
- centrer l'activité sur l'accueil de patients très âgés, dépendants, polyopathologiques et à risque de décompensation et maintenir l'accès des publics démunis par l'habilitation intégrales à l'aide sociale départementale ;
- maintenir globalement les capacités actuellement installées en :
  - distinguant les zones « Grand Paris » et « périphérie »,
  - recherchant des équilibres par territoire de santé départemental autant que par groupe hospitalier (GH),
  - tenant compte de l'évolution des coopérations territoriales.
- renforcer les flux entre les filières gériatriques
- assurer progressivement la mise aux normes complète ;
- maintenir les SLD spécialisés adultes (non gériatriques) existants et développer de nouveaux sites, le cas échéant ;
- faire des choix d'investissement efficaces en supprimant les sites isolés et/ou de taille réduite et en concentrant les investissements sur un faible nombre d'opérations importantes ;
- favoriser une prise en charge de proximité pour les usagers des SLD de l'APHP et leurs familles.

## 1.2 - Les orientations du Plan SLD

### 1.2.1 Les objectifs :

#### A) Définir une cible capacitaire durablement adaptée aux besoins (capacités SLD et EHPAD)

Il est prévu un capacitaire de 2 789 lits de SLD à l'horizon 2027 (fin 2013, les capacités de SLD de l'APHP étaient de 2 879 lits installés (pour 3 077 lits autorisés) soit :

- 2 653 dans l'APHP ou au sein de coopérations territoriales :
  - o 2 367 lits installés dans les sites de l'APHP (dont 1 154 lits intra-muros) ;
  - o 286 lits gérés dans une coopération territoriale renforcée avec des hôpitaux publics franciliens (91, 95)
- 136 lits transférés sur un autre établissement public (92)

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, l'APHP compte 2 793 lits de SLD.

Il est prévu que les capacités d'EHPAD de l'APHP (335 places installées en 2013 pour 396 lits autorisés en 2010) seront toutes supprimées à l'horizon de 2020 soit :

- en cédant l'autorisation de gré à gré à un opérateur externe, en accord avec les conseils généraux concernés et l'ARS
- en fermant les capacités, avec rendu de la dotation correspondante, dont l'ARS assurera la réaffectation en accord avec les conseils généraux.

Les capacités autorisées hors Ile de France (96 lits de SLD et 69 lits d'EHPAD dans l'Oise) font l'objet d'une évolution spécifique à arrêter avec l'ARS de Picardie.

#### B) Réaliser la mise aux normes des sites selon le décret du 26 avril 1999

A l'issue du plan de mise aux normes (2027) :

- Le taux de chambres à 2 lits (43% fin 2013 et 42% au 1<sup>er</sup> janvier 2015) devra être inférieur ou égal à 5% pour :
  - o tous les sites qui sont déjà à ce niveau
  - o tous ceux qui ne sont pas à ce niveau mais feront l'objet durant cette période d'une modification de leur capacité et/ou d'une rénovation ou d'une construction neuve.
- Le dépassement de ce seuil pour un nombre très limité de sites, sera autorisé, le cas échéant, par l'ARS, au vu, notamment des contraintes architecturales particulières, des surfaces des chambres, de l'état des locaux ou du respect des autres normes.
- Le respect des normes incendie devra :
  - o être complet au 31/12/2017 pour tous les sites
  - o ou, par exception, être prévu dans un calendrier ultérieur précis, pour les opérations de rénovation ou de construction majeures dont l'achèvement est prévu après 2017.

- Le respect des autres normes du décret du 26/04/1999 devra être atteinte au plus tard à l'issu du plan, selon un calendrier précis traduit dans un plan pluriannuel d'investissement qui sera validé au plus tard le 30/06/2014

### C) Les quatre objectifs particuliers

- Les patients « hospitalo-requérants » ou SMTI<sup>1</sup> : pour toute la durée du plan, la moyenne globale de l'APHP, sera au moins de 60% des patients pris en charge.
  - o Les sites au dessus de ce seuil en 2011 doivent y rester
  - o Ceux qui étaient en dessous en 2011 devront y parvenir avant le 31/12/2017
- L'agrément à l'aide sociale départementale : 100%
- La prise en compte des troubles du comportement : tous les sites devront disposer de locaux adaptés à la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer ou assimilés... :
  - o dans la conception générale des SLD construits ou rénovés les choix architecturaux favoriseront les solutions innovantes et la prise en compte de la double nature des unités, à la fois espace de soins et lieu de vie.
  - o Dans le strict respect des normes réglementaires lorsque le site est labellisé pour une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR).
- Le développement éventuel de SLD spécialisés non gériatriques
  - o en dehors des objectifs sur les SLD gériatriques, l'APHP peut proposer un ou des projets de SLD spécialisés répondant aux objectifs du SROS ;
  - o les capacités concernées ne viendront pas en déduction des lits installés de gériatrie mais seront pris, le cas échéant, sur les lits autorisés non installés, dans le cadre des dotations existantes.
  - o Si de tels projets devaient aboutir, un accord spécifique serait formalisé et l'évolution de la dotation modifiée en conséquence.

### 1.2.2 Les moyens :

#### A) Le budget d'exploitation : les dotations et les tarifs

Les moyens de fonctionnement prévus dans le CPOM correspondent au financement ternaire des USLD. En effet, les USLD, bien que structures sanitaires, sont financées sur le même modèle que les EHPAD, à savoir :

- la dotation soin

Cette section soins est alimentée par les recettes qui proviennent de l'Assurance Maladie.

Le montant de la dotation soins a été ramené en 2013 aux lits installés. A l'issue du plan, elle devra correspondre strictement à la cible projetée soit 2 789 lits.

Le montant de la dotation soins inscrit dans le CPOM est acquis à l'APHP sous réserve d'une capacité réelle équivalente à 95% de celle contractualisée.

<sup>1</sup> SMTI : Soins Médicaux Techniques Importants

Les patients ayant besoin de SMTI sont présents en moyenne à 50% dans les USLD franciliennes. L'APHP représente 60% des capacités d'USLD en Ile de France. Source : SROS volet hospitalier juin 2012

- le tarif hébergement

Cette section d'hébergement est constituée des recettes qui proviennent directement des personnes âgées ou de l'Aide Sociale départementale. L'APHP est habilitée à 100% à l'Aide Sociale départementale. Aussi, les personnes âgées peuvent, ou non, recourir à cette aide.

Le montant du prix de journée est arrêté par le Président du Conseil Général de Paris (DASES) pour l'ensemble des SLD de l'APHP. En conséquence :

- Il est identique pour tous les patients de l'APHP,
- Il est identique quelque soit le département d'implantation, ce qui n'est pas sans poser de problème pour des SLD et EHPAD situés dans les départements autres que Paris où le prix de journée hébergement est plus faible. Les SLD et EHPAD de l'APHP s'en trouvent peu concurrentiels.

- Le tarif dépendance

Cette section est constituée de recettes qui proviennent des prix de journée dépendance à la charge des personnes âgées. Ces dernières peuvent bénéficier de l'APA. Dans le cas de l'APHP, l'APA est versée - sur délibération du Conseil général - directement à l'établissement.

Tous ces éléments financiers auxquels s'ajoutent des engagements qualitatifs en matière de prise en charge des patients relevant de SLD devront être matérialisés dans une convention tripartite (APHP, ARS, Département de Paris, en lien, autant que nécessaire, avec les autres départements concernés).

B) L'investissement : les engagements de l'AP-HP et de l'ARS

L'APHP s'est engagée à :

- achever d'ici à 2027 tous les investissements lui permettant la mise aux normes
- engager prioritairement, et au plus tard d'ici 2016, les 4 opérations de construction ou de rénovation pour Sainte-Périne (2013), Paul Brousse (2014), Emile Roux (2015), Broca La Collégiale (2016).

L'ARS s'est engagée à apporter un co-financement exclusivement affecté à la réalisation des opérations majeures de construction ou de rénovation avec :

- Une 1<sup>ère</sup> enveloppe ferme pour les années 2011 à 2016 correspondant aux opérations commencées à cette date.
- Une 2<sup>ème</sup> enveloppe conditionnelle à partir de 2017 qui sera fonction des règles de financement à venir et qui fera l'objet d'une nouvelle rédaction d'avenant, une fois connues les nouvelles conditions, et au plus tard fin 2016.
- L'articulation entre le plan et les CPOM de l'APHP

Le contenu de l'avenant au CPOM a vocation à figurer, le cas échéant actualisé, dans l'actuel CPOM (15-19) ainsi que dans les CPOM suivants dès lors qu'ils porteront sur une période incluse dans le calendrier de mise en œuvre des dispositions prévues dans cet avenant.

## **II - La mise en œuvre du Plan**

### **2.1 - La mise en œuvre du projet médical**

Pour mémoire, l'organisation des soins de longue durée (SLD) a déjà fait l'objet d'un rapport comportant deux parties : 1<sup>ère</sup> partie intitulée « Missions, implantations et capacités des soins de longue durée : constats et propositions/2013-2027 » et 2<sup>ème</sup> partie intitulée « Recommandations sur les principes d'organisation des soins de longue durée ».

#### **2.1.1 Les axes de la prise en charge**

Le précédent rapport a déjà permis de préciser les principes d'organisation adaptés aux SLD en particulier :

✓ les indications

Il s'agit de patients très âgés (de 75 ans et plus pour les SLD gériatriques), dépendants (le plus souvent GIR 1 ou 2), poly-pathologiques et à risque de décompensation et/ou troubles sévères du comportement, requérant des soins médicaux et techniques, d'accompagnement et d'assistance, importants et complexes.

Il faut insister sur la charge en soins (60% de patients SMTI) et la forte dépendance (80% de patients en GIR 1 et 2) dans les USLD de l'AP-HP :

- les axes de prise en charge de ces patients de gériatrie : prise en charge médicale et paramédicale de type sanitaire ;
- la prise en charge adaptée à des patients présents sur la longue durée et relatifs à la qualité de vie et à la bienveillance ;
- les principes d'adaptation de l'espace ;
- les ressources humaines utiles et en particulier les ratio-cibles adéquats et les organisations d'équipe sont un sujet majeur et font l'objet d'un autre groupe de travail (RH-SLD). Il sera important d'avoir les retours de ce groupe. Les patients SMTI devront bénéficier d'un encadrement médical et paramédical permettant d'assurer la qualité et la sécurité de leurs soins.

On retient la définition suivante des missions :

- la mission principale et prioritaire d'accueil des patients issus des services de médecine et de chirurgie et des services de SSR de l'APHP, correspondant au profil décrit ci-dessus et qui, dans une très grande majorité de cas, décéderont en SLD (2/3).
- une mission accessoire d'accueil de patients qui, après avoir effectivement justifié d'un séjour en SLD du fait de la gravité de leur état, peuvent ensuite être concernés par un retour à domicile ou un placement en EHPAD.

La part relative de ces deux missions est variable selon les sites, selon leur place dans l'environnement local et leur rôle à l'égard des filières gériatriques.



## 2.1.2 Les propositions du groupe de travail <sup>2</sup>

Ce sous-groupe médical devait répondre à 2 questions principales : celle de l'organisation des filières au sein des USLD et celle des USLD adultes (ou USPC)

### Résumé des propositions du sous-groupe médical

- La population des USLD de l'AP-HP comporte 60% de patients SMTI et 80% de patients en GIR 1 et 2. En conséquence, les USLD devront bénéficier d'un encadrement médical et paramédical permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins au sein de ces unités (cf. groupe de travail RH-SLD en cours).
- Les opérations de restructuration du SLD (portant sur Sainte-Périne, Paul Brousse, Emile Roux et Broca) s'accompagneront d'une modification du nombre de lits sur ces différents sites (diminution de lits de SLD sur certains sites et augmentation sur d'autres). Il en résultera la nécessité de mise en place de conventions supra-GH afin de faciliter les transferts de malades entre GH.
- La gestion des USLD adultes ou USPC qui accueilleront des malades jeunes (moyenne d'âge 51 ans), souffrant d'affections chroniques et ayant un état de dépendance empêchant leur retour à domicile ne relève pas de la gériatrie. Chaque spécialité MCO concernée doit s'emparer de cette problématique. La création de ces unités ne devra pas se faire aux dépens des USLD gériatriques.

#### 2.1.2.1. Unités de soins de longue durée : profil des patients et encadrement médical et paramédical

### **Etat des lieux et problématique**

Il faut insister sur le profil des patients actuellement hospitalisés en USLD. En effet, il s'agit de patients très âgés, dépendants, poly-pathologiques et à risque de décompensation et/ou de troubles sévères du comportement, requérant des soins médicaux et techniques, d'accompagnement et d'assistance, importants et complexes.

Il faut insister sur la forte charge en soins médicaux (60% de patients SMTI) et liés à la dépendance (80% de patients en GIR 1 et 2) dans les USLD de l'AP-HP.

Un précédent rapport (déjà cité ci-dessus) a permis de préciser les principes d'organisation adaptés aux SLD en particulier :

- les indications ;
- les axes de prise en charge de ces patients de gériatrie : prise en charge médicale et paramédicale de type sanitaire ;
- prise en charge adaptée à des patients présents sur la longue durée et relatifs à la qualité de vie et à la bienveillance ;
- principes d'adaptation de l'espace.

Le présent groupe de travail souhaite souligner l'importance des ressources humaines utiles dans ces unités de SLD. En particulier les ratio-cibles adéquats et les organisations d'équipe sont un sujet majeur et font l'objet d'un autre groupe de travail (RH-SLD). Les patients SMTI devront bénéficier d'un encadrement médical et paramédical permettant d'assurer la qualité et la sécurité de leurs soins.

---

<sup>2</sup> Sous groupe problématique médicale : Pr Anne-Sophie Rigaud, Antoinette Cesari, Dr Luc Ribeaucoup; Dr Christophe Trivalle, Dr Yves Wolmark.

Document approuvé par la Collégiale-Syndicat de Gériatrie représentée par la Présidente Sylvie Haulon

A cet égard, le groupe de travail souhaite rappeler des éléments essentiels de la circulaire (DHOS/02/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 mai 2007) concernant les USLD précisant, dans le référentiel d'organisation des soins, les effectifs PM et PNM recommandés fondés sur la charge en soins médico-techniques, à savoir :

Taux d'encadrement PNM et PM de l'ordre de 1,1 ETP / lit recouvrant :

- 0,50 ETP PM pour 30 lits
- 0,8 ETP PNM personnel soignant (IDE, AS, ASH) par lit
- du temps de rééducateur/ diététicien/ assistant social...

Le groupe de travail souligne également la nécessité d'hospitaliser ces patients polypathologiques dans des unités respectant l'ensemble des normes architecturales et de sécurité spécifiques à ces structures.

### 2.1.2.2. - Unités de soins de longue durée : quelles filières ?

#### **Etat des lieux**

Actuellement les patients entrant en SLD à l'AP-HP viennent presque exclusivement des SSR de l'AP-HP.

Les facteurs qui président à l'admission d'un patient en SLD dépendent de plusieurs critères :

- Logique de proximité (bassin de vie) ;
- Spécificité de la prise en charge : par exemple des patients peuvent avoir besoin d'une hospitalisation en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ;
- Souhait du patient (lorsque son état le permet) ou de la famille ;
- Solidarité inter-hôpitaux (en général intra-GH).

L'admission des patients en SLD entre dans le cadre plus général des filières gériatriques. Ainsi un patient hospitalisé dans un SSR gériatrique et nécessitant une hospitalisation en SLD, se verra proposer une hospitalisation dans une unité de SLD de la filière gériatrique correspondante, c'est-à-dire une unité de SLD dans le même hôpital ou à défaut dans le même GH (lorsque cela est possible).

#### **Problématique**

Dans le cadre du CPOM, quatre opérations majeures sont prévues par l'AP-HP pour restructurer le SLD portant sur Sainte-Périne, Paul Brousse, Emile Roux et Broca. Ces opérations s'accompagnent d'une modification du nombre de lits sur ces différents sites (diminution de lits de SLD sur certains sites et augmentation sur d'autres). Il en résulte la nécessité d'un renforcement des flux inter-GH (ou supra-GH) des filières gériatriques.

#### **Propositions d'organisation des filières**

Le groupe de travail propose de garder les principes d'admission en USLD actuellement en vigueur en y ajoutant une offre AP-HP d'ordre supra-GH.

- Logique de proximité (bassin de vie) ;
- Spécificité de la prise en charge : par exemple des patients peuvent avoir besoin d'une hospitalisation en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) ;
- Souhait du patient (lorsque son état le permet) ou de la famille ;
- Solidarité inter-hôpitaux (en général intra-GH) ;
- Solidarité supra-GH.

Cette solidarité supra-GH imposera donc de mettre en place un protocole d'accord ou une convention (accompagnée d'un suivi) entre GH (accord supra-GH) afin que les unités de SLD des GH ayant augmenté leur capacité en lits de SLD, mettent à disposition des GH ayant diminué leur capacité, des

lits dédiés pour des patients nécessitant une hospitalisation en SLD au prorata du nombre de lits ayant changé de GH. Par exemple, si Broca ou Vaugirard fermaient des lits de SLD et que cette activité soit ouverte sur le site de Sainte-Périne, cela supposerait que ce site accueillerait un certain nombre de malades de ces deux hôpitaux.

L'organisation pourra se faire selon différents modes :

- Par entrée directe à partir des SSR de l'AP-HP (en particulier filière intra-GH)
- Par le biais du logiciel Trajectoire après déploiement d'un module pour le SLD. L'avantage de l'utilisation du logiciel Trajectoire pourra être de simplifier le processus de demande d'admission en SLD. Cependant, il est difficile de prévoir quelles seront les conséquences de l'utilisation du logiciel «Trajectoire » sur l'évolution des filières gériatriques. Son inconvénient pourrait être de produire des demandes qui ne pourront pas être satisfaites. Enfin, il est également possible que l'utilisation de ce logiciel entraîne une augmentation de demandes provenant d'hôpitaux hors APHP.

Hôpital	« filière externe »
00016 – Broca-La Collégiale	11,1%
00033 – Bretonneau	42,3%
00047 – Lariboisière	3,8%
00079 – Ste Périne	22,9%
00090 – Vaugirard	36,7%
<b>Total 75</b>	<b>21,9%</b>
00029 – Emile Roux	50,2%
00036 – Georges Clémenceau	81,3%
00044 - Dupuytren	58,7%
<b>Total 91</b>	<b>58,7%</b>
00022 – Corentin Celton	23,1%
00053 – Louis Mourier	20,8%
<b>Total 92</b>	<b>22,3%</b>
00069 – René Muret	32,4%
<b>Total 93</b>	<b>32,4%</b>
00010 – Bicêtre	13,3%
00026 – Mondor – Chenevier	0,0%
00042 – Charles Foix	29,0%
00096 – Paul Brousse	28,1%
<b>Total 94</b>	<b>25,6%</b>
00019 – Charles Richet	42,7%
<b>Total 95</b>	<b>42,7%</b>

Données 2010 DIM-DPM

Tableau extrait du rapport du secrétariat général

### 2.1.2.3. Les Unités de soins prolongés complexes (USPC)

#### **Problématique-Etat des lieux**

Un certain nombre de patients jeunes (âge moyen 51 ans) souffrant d'affections chroniques et d'un état de dépendance empêchant leur retour à domicile restent hospitalisés dans des lits de MCO (ou parfois de SSR) faute de lits d'aval. D'une part ces patients jeunes ne bénéficient pas de la prise en charge la plus adaptée à leur état de santé et de dépendance, d'autre part, leur présence dans les lits de MCO/SSR entrave le bon fonctionnement de la filière de soins (« *bedblockers* »). Le profil de ces patients est montré ci-dessous. Peu de structures sont spécialisées dans l'accueil de ces patients. A notre connaissance, seules deux unités de SLD adultes à l'AP-HP (une à Albert Chenevier et une à la Pitié-Salpêtrière) sont spécialisées dans la prise en charge de ces malades.

Le profil des patients « bedblockers » identifié dans le cadre d'une enquête régionale « SROS SSR » réalisée en 2014 nous enseigne que sur les 372 Bed Blockers en Ile de France :

Leur typologie :

- Age Moyen: 50,95 (médiane: 55,5; Min: 4, max: 93,)
- Pathologie neurologique
- Trachéotomisé (± Gastrotomie)
- Ttt couteux
- Problème social
- Trouble comportement
- BMR

A l'heure actuelle, le projet est de créer des USPC qui pourraient accueillir ces patients. Il n'existe actuellement pas de décret concernant les USPC. Dans un premier temps une expérimentation sera faite par l'ARS pour la mise en place d'une (ou plusieurs) USPC. Leur organisation a fait l'objet d'un cahier des charges en novembre 2014 (voir annexe USPC Cahier des charges Novembre 2014). Dans un second temps, cette expérimentation pourrait être la base pour définir le décret sur ces USPC. L'AP-HP pourrait porter ce projet au niveau de la DGOS.

**Problématique** : quelle est le rôle de la spécialité gériatrique dans la prise en charge des USPC ?

### **Implication de la discipline gériatrique en USPC**

Les gériatres considèrent que dans la mesure où ces USPC accueilleront en large majorité des adultes jeunes (pour mémoire la moyenne d'âge est de 51 ans), la gestion de ces USPC ne relève pas de la spécialité gériatrique. Une prise en charge spécialisée (USPC neurologique ou pneumologique) serait certainement plus pertinente pour ces malades jeunes, qu'une prise en charge gériatrique.

Par ailleurs, les gériatres souhaitent que la création de ces USPC se fasse sans réduction du nombre de lits de SLD gériatriques tels qu'il a été précisé dans le document CPOM.

## **2.2 - La mise en œuvre du programme capacitaire, l'adaptation des structures : état des lieux en 2015**

### **2.2.1. Les lits ouverts et en fonctionnement en 2015**

#### **✓ Lits ouverts de SLD**

Analyse du tableau joint en annexe 1a :

Ce tableau est destiné à permettre le dialogue avec l'ARS lors des comités de suivi du plan SLD et en ce sens, il vise la transparence.

Au niveau « macro », on constate un dépassement de la cible (comparaison de la colonne des lits installés et en fonctionnement au 1<sup>er</sup> janvier 2015 avec la colonne « cible capacitaire CPOM 2015 ») telle qu'on la retrouve dans l'annexe 3 du CPOM :

- Les sites SLD de Paris intra-muros ont fermé 68 lits au-delà de la cible
- Les sites en petite couronne en ont fermé 29 de plus
- Paul Doumer, 2 de plus que prévu

**Soit un total de 99 lits fermés au-delà de la cible pour l'AP-HP.**

Cette relativement faible « sur-fermeture » s'explique par :

- des fermetures ponctuelles liées aux rocadés d'opération majeure (Sainte Périne)
- des anticipations sur des trajectoires de fermeture de lits (Vaugirard, Corentin Celton)
- une adaptation aux besoins des patients (Broca : ouverture de lits d'UGA)

Globalement, l'APHP a réduit ses capacités de SLD au-delà de la cible : 3,5% (6% pour Paris intra-muros, 1,8 % pour l'Île de France et Paul Doumer)

Ce taux permet toutefois à l'APHP de se voir attribuer par l'ARS, en 2015, la dotation soins « à taux plein ».

#### ✓ Lits d'EHPAD

Analyse du tableau joint en annexe 1b :  
L'APHP est à la cible pour la petite couronne.

### 2.2.2 Etat de la mise aux normes

Les préoccupations de la DEFIP sur ce sujet sont au nombre de 3 :

- la mise aux normes techniques représente un montant de 33,7M€ entre 2010 et 2019
- les 4 opérations majeures ont été provisionnées dans le PGFP à hauteur de 177M€ mais le coût prévisionnel doit être affiné.
- Un contexte de discussion modifié par rapport au CPOM (cf. état d'avancement des opérations majeures : en particulier Fernand Widal/HN2 et éventuellement La Collégiale/La Rochefoucauld)
- la mise aux normes des autres sites reste à expertiser

En outre, ces opérations immobilières sont complexes à mener en site occupé (rocadés).

#### 2.2.2.1 Mise aux normes techniques

Analyse du tableau joint en annexe 2 :

13,29M€ ont été dépensés pour la mise aux normes techniques des SLD sur le plan stratégique 2010-2014.

Pour la période 2015-2019, 12,57M€ sont d'ores et déjà programmés et 7,8M€ de travaux ont été chiffrés sur cette même période mais sont non financés à ce jour.

#### 2.2.2.2 Mise aux normes d'humanisation

Analyse du tableau joint en annexe 3 :

Le pourcentage de chambres à 2 lits a très légèrement diminué entre 2013 et 2015 pour se situer à 42% (contre 43% en 2013).

Les engagements pris au titre du CPOM en termes d'évolution des conditions d'accueil doivent être planifiés et consolidés, en lien avec les possibilités de majoration capacitaire prévues par les 4 opérations majeures de restructuration.

#### 2.2.2.3 Etat d'avancement des opérations majeures

Opération Sainte-Périne :

- Arbitrage institutionnel favorable donné en mai 2014 pour le lancement des travaux de programmation

- Reconstruction sur la parcelle de Sainte-Périne  
258 lits au sein de la construction neuve (dont 20 au titre du SSR) pour maximiser le capacitaire de ce nouveau bâtiment avec fermeture et cession de la parcelle Chardon Lagache
- Travail en cours pour consolider la faisabilité technico-financière de l'opération s'agissant de ses préalables, porteurs dans un contexte de site très contraint (espaces boisés etc.), d'un risque financier. Nécessité de mobiliser les leviers d'optimisation disponibles, notamment sur les fonctions support.
- Début des travaux de programmation à la rentrée 2015
- Mise en service : 2020
- A travailler : organisation supra GH pour l'adressage des patients, en lien avec des fermetures de lits planifiés sur d'autres sites.

#### Opération Paul Brousse

- Finalisation du projet médical en cours
- Nécessité d'asseoir la dimension immobilière et le coût d'investissement du projet, par le lancement d'une étude de constructibilité sur le site de Paul Brousse
- Objectif d'une organisation projet siège / GH à mettre en place au second semestre 2015
- A travailler : analyse coût / avantage d'une éventuelle redistribution capacitaire supra GH

#### Opération Emile Roux

- Négociation actuelle avec les bâtiments de France au niveau régional (encore *a minima* 3 mois de discussion à envisager) pour l'installation du capacitaire SLD dans le carré KUSS.
- Nécessité d'une clarification des conditions technico-financières de réalisation de l'opération, avec une problématique majeure de financement compte tenu d'un coût attendu en forte hausse par rapport à la première estimation. Enjeu d'une mobilisation du levier de cession pour compléter le schéma de financement.
- Avantages : réinvestir un bâtiment d'intérêt patrimonial dont le devenir, dans le cas contraire, serait compromis ; facilité d'organisation puisqu'aucune rocade médicale ne serait à prévoir.

#### Opération La Collégiale / La Rochefoucauld

- Rénovation impliquant de s'étendre avec relocalisation à penser
- Augmentation de la capacité sur La Collégiale : travaux d'humanisation, d'extension des surfaces, de mise aux normes
- Scénario alternatif (à expertiser du point de vue immobilier et patrimonial) : vente de La Collégiale avec réhabilitation du site de La Rochefoucauld :

Le plan SLD contractualisé en 2013 prévoit la fermeture de l'établissement de la Rochefoucauld (80 lits).

Un scénario différent a toutefois été envisagé depuis avec la vente du site de la Collégiale de préférence à celui de la Rochefoucauld.

Cette hypothèse supposerait la fermeture de 134 lits de SLD dont 12 d'UHR.

Le maintien en activité de la Rochefoucauld nécessiterait également des travaux d'humanisation pour disposer de locaux adaptés et notamment de chambres seules.

De 80 lits, le site passerait à 54.

## Tableau de synthèse

	Lits installés et en fonctionnement janvier 2015	SCENARIO CPOM		SCENARIO FERMETURE LCL	
		Cible	Solde Cible / janvier 2015	Cible	Solde Cible / janvier 2015
LCL	134	200	+ 66	0	- 134
LRF	80	0	- 80	54	- 26
LCL + LRF	214	200	- 14	54	- 160

Il resterait donc à redéployer 160 lits :

- ✓ 100 lits à Sainte Périne ?
- ✓ 60 lits ?

### Opération Fernand Vidal / HN1 → HN2

En sus de ces quatre opérations majeures, il conviendra en outre d'instruire les voies de restructuration du capacitaire SLD actuellement installé sur Fernand Vidal, dont le transfert sur le site de Lariboisière n'a pas été retenu dans le projet HN1 dans la mesure où ce transfert ne pouvait être réalisé dans de meilleures conditions d'exploitation que l'existant. Dans ce contexte, il conviendra d'évaluer la faisabilité d'une consolidation d'une offre gériatrique de qualité sur la parcelle du site Bichat - Claude Bernard, en lien avec le projet HN2.

## 2.3 - La mise en œuvre financière

### 2.3.1 Le budget de fonctionnement

#### ✓ Préambule

En préambule, il est rappelé la nécessaire :

- universalité de l'accès de la personne âgée à des soins de qualité
- universalité financière car en SLD, le tarif hébergement et le tarif dépendance sont supportés par le patient / sa famille ou le conseil général si la personne âgée est éligible à l'aide sociale.

#### ✓ Le financement : soins, hébergement et dépendance

Tableau de l'évolution des 3 sources principales de financement des USLD entre 2011 et 2014 :

USLD AP HP	2011	2012	2013	2014
Dotations SOIN	113 172 385	107 810 951	104 324 979	102 810 630
Recettes Hébergement	78 276 799	76 074 940	72 743 305	At. Clôture
Recettes Dépendance	23 329 860	22 541 328	22 541 553	At. Clôture
Nombre de journées	1 054 941	1 021 606	1 014 099	989 119

En 2013, on note des **recettes** issues des **USLD** à hauteur de près de **200M€** (199,610M€).

On note également une régression de la dotation soin, conformément au CPOM, une baisse des recettes d'hébergement à rapprocher d'une baisse du nombre de journées et une stagnation des recettes de dépendance.

#### *i. Dotation soins*

La dotation Soins est une dotation de l'Assurance maladie. Elle est la principale source de revenu des USLD.

La dotation cible a été calculée en 2011 selon la formule suivante : Dotation soin = nb de lits x (GMP + PMP x 2,59) x valeur du point (GMP : GIR moyen pondéré : PMP : PATHOS moyen pondéré), et sur la base des données GMP et PMP recueillies à l'occasion de la coupe Pathos de 2011.

Le GMP est une mesure du niveau de dépendance moyen basé sur une pondération du nombre de patients classés par GIR. Le PMP pathos moyen pondéré est un indice synthétique du niveau global de mobilisation de ressources requises dans 8 postes de consommation de soins. Ces indicateurs ont été mesurés lors de la dernière coupe PATHOS de 2011.

Les dernières années ont vu une convergence de cette dotation, qui prend fin en 2015 pour l'AP-HP. Dans un 1<sup>er</sup> temps (2013), la dotation soin de l'APHP a été ramenée aux lits installés soit 104 432 765€ pour 2 976 lits. **A partir de 2015 cette dotation sera calculée en fonction des capacités en lits de l'AP-HP inscrites au CPOM.**

Cette dotation a été répartie entre les groupes hospitaliers de l'AP-HP en 2011 en fonction des indicateurs issus de la coupe PATHOS. Elle est depuis mise à jour, pour sa part hors financement fléché sur les UHR, en fonction du nombre de journées par établissement, et ajustée au montant total alloué à l'AP-HP qui a été réduit par la convergence.

A l'issue du plan (2027), la dotation soin correspondra strictement à la cible projetée (96 466 959 € pour 2 749 lits (dont 2 367 dans l'APHP et la différence au sein de coopérations territoriales) soit 35 092€ par lit installé).

#### *ii. Tarifs hébergement et dépendance*

Les financements Hébergement et Dépendance sont basés sur des tarifs fixés par le Département de Paris. Ce sont les mêmes pour tous les établissements de l'AP-HP quel que soit le département dans lequel ils sont localisés. Ils sont payés par les usagers mais des aides financières existent pour certains patients : le Conseil Général de chaque département finance la partie hébergement pour les patients éligibles à l'aide sociale (74% des patients de l'AP-HP en 2011) et le département finance, via l'APA, la majeure partie de la part dépendance pour la quasi totalité des patients de l'AP-HP. En effet, l'APA représente 85% des recettes totales au-delà du ticket modérateur.

Ces tarifs n'ont pas été revus entre 2011 et 2014 car ils étaient supérieurs aux tarifs pratiqués par les autres établissements USLD parisiens, mais en 2014 une révision a été demandée par l'AP-HP et accordée sur la base de l'augmentation du déficit des USLD de l'AP-HP. Aussi, à partir de février 2015 de nouveaux tarifs sont mis en place.

Il est à noter que l'indifférenciation des tarifs entre Paris et la banlieue constitue un principe de solidarité défavorable à cette dernière.



Tableau Evolution tarifaire :

	Tarif journalier 2014	Tarif journalier notifié 2015	Augmentation du tarif journalier
<b>Hébergement</b>			
Chambres simples	77,21 €	83,50 €	6,29 €
Chambres doubles	72,27 €	78,15 €	5,88 €
- de 60 ans	98,00 €	105,98 €	7,98 €
<b>Dépendance</b>			
GIR 1 et 2	24,41 €	26,40 €	1,99 €
GIR 3 et 4	15,57 €	15,57 €	- €
GIR 5 et 6 (ticket modérateur)	6,57 €	6,57 €	- €

A l'avenir, les tarifs devront évoluer régulièrement et non par à coup.

Le tarif hébergement, renégocié par la DEFIP permet à l'APHP une hausse de recettes estimée à 6M€ pour les USLD et 0.7M€ pour les EHPAD en année pleine et dépend bien entendu du nombre de journées réalisées. Concernant les recettes dépendance, la recette prévisionnelle supplémentaire s'élèverait à environ 1M€ pour les USLD et 0.2M€ pour les EHPAD en année pleine.

Ainsi, les **recettes prévisionnelles des USLD pour 2015** s'établissent a minima à **206M€610**.

### *iii. Perspectives*

Les sites SLD sont différemment financés en dotation soins : de +40 % pour certains à -34% pour d'autres, par rapport à une dotation soin par journée, sans que la charge en soin (SMTI, PMP, GMP) le justifie forcément (cf. annexes 6 et 7).

Le comité de réforme de la tarification hospitalière (Coretah) a récemment indiqué qu'une mission IGAS/IGF devait être lancée en 2015 et rendre ses travaux en 2017. De ce fait il n'est pas prévu de révision, sauf ajustements marginaux, du modèle de répartition intra AP-HP avant les conclusions de ces travaux.

#### ✓ La couverture des charges

L'évolution des bilans financiers des USLD montrent une dégradation ces 2 dernières années.

Tableau des résultats USLD 2012 2014 :

	2012	2013	Résultats provisoires 2014
Résultat USLD (m€)	0,02	- 4,89	- 4,70
Résultat EHPAD (m€)	1,70	2,09	0,60
<b>Résultat total</b>	<b>1,72</b>	<b>- 2,80</b>	<b>- 4,10</b>

Ce résultat est dû à l'inadéquation entre les recettes et les charges.

Les tarifs renégociés à partir de 2015 permettront à la branche USLD d'être à nouveau excédentaire comme c'était le cas en 2012.

#### iv. Couverture des charges par chaque financement

La dotation soin couvre les dépenses de soin, c'est-à-dire les dépenses médicales (médicaments, matériels médicaux etc.) ainsi que les dépenses en personnel médical, pharmacien, infirmier, les autres auxiliaires médicaux et 70% des aides soignants.

Les recettes hébergement couvrent les dépenses du personnel administratif et de 70% des ASH, les frais de structure et les dépenses hôtelières.

Les recettes dépendance couvrent les dépenses de psychologues, de personnels ASH et aides-soignants à hauteur de 30% ainsi qu'une partie des dépenses hôtelières et de titre 3 liées à la dépendance (une partie des dépenses de blanchisserie et de nettoyage, les dépenses d'alèses par exemple).

Tableau des équilibres financiers – ventilation ternaire 2013 :

USLD	Dépenses	Recettes	Ecart	Dépenses par journée	Recettes par journée	Ecart
Hébergement	81 095 847 €	75 444 508 €	- 5 651 338 €	79,97	74,40	- 6 €
Dépendance	30 882 046 €	23 764 670 €	- 7 117 376 €	30,45	23,43	- 7 €
Soins	97 848 838 €	104 598 001 €	6 749 163 €	96,49	103,14	7 €
<b>TOTAL</b>	<b>209 826 730 €</b>	<b>203 807 179 €</b>	<b>- 6 019 552 €</b>	<b>206,91</b>	<b>200,97</b>	<b>- 6 €</b>

Pour les USLD, la partie soin est la seule à être positive et permet de compenser en partie le déficit sur les branches Hébergement et Dépendance.

#### **Conclusion :**

La branche USLD de l'AP HP était en déficit ces 2 dernières années, en raison d'un sous-financement des sections Hébergement et Dépendance. Pour l'année 2015, la réévaluation des tarifs hébergement et dépendance devrait permettre d'améliorer la situation budgétaire des USLD.

Concernant la part Hébergement, le plan d'humanisation et les grandes opérations vont engendrer de lourdes charges d'amortissement. Ces perspectives obligent à une réflexion sur le niveau tarifaire supportable par les résidents et leurs familles, et soutenable par l'AP HP dans le cadre de ces projets. Cette problématique doit être mise au cœur du processus décisionnel afin de ne pas aggraver le déficit tout en maintenant l'universalité de l'accès aux unités de soins longue durée.

Concernant la part Dépendance, les conclusions des travaux menés par le groupe de travail AP HP sur les ratios d'encadrement dans les structures USLD et les orientations qui en découleront conditionneront également le niveau tarifaire des USLD et devront nécessairement être prises en compte, dans l'équation d'équilibre décrite ci-dessus.

### 2.3.2 Le financement de l'investissement

#### 2.3.3.1 La contribution de l'AP-HP

L'investissement majeur projeté par l'AP-HP aura un impact sur l'équilibre en exploitation des structures SLD.

Le modèle de financement ternaire repose sur un équilibre, en cible, des 3 sections tarifaires. En conséquence, pour ce qui concerne l'hébergement, les amortissements et frais financiers sont couverts par des recettes hébergement.

L'effort d'investissement se traduira par un accroissement des amortissements et des charges financières. Ce surcroît de charges devra être équilibré par un surcroît de recettes, assis sur une majoration des tarifs Hébergement.

Des sources externes de financement doivent être cependant recherchées.

#### 1) Le soutien de l'ARS

En termes d'investissement en capital, la couverture des besoins doit être assurée par divers leviers dont il conviendra d'assurer une plus forte mobilisation en cas de réalisation des risques financiers évoqués plus haut sur les opérations majeures.

Le CPOM prévoit **le versement par l'ARS** d'une tranche ferme de financement de 52,6 M€ sur la période 2012-2016 :

2012 : 2,6 M€ pour Dupuytren

2013 : 18,2 M€ pour Sainte-Périne + 1,8 M€ pour 8 UHR

2014 : 10 M€ pour Paul Brousse

2015 : 10 M€ pour E. Roux

2016 : 10 M€ pour La Collégiale

Il conviendra d'expertiser la possibilité d'une seconde campagne de subvention sur la période 2017 – 2027, en tenant compte des coûts d'investissement associés aux opérations.

#### 2) Les produits de cession

Les **produits de cession** prévisionnels doivent en outre apporter une contribution majeure au schéma de financement des opérations majeures. L'évaluation de ces revenus doit être consolidée et actualisée, à l'aune de la consolidation de la stratégie immobilière attachée à ces opérations et des risques financiers qui se font jour par rapport aux estimations initiales.

En tout état de cause, les restructurations s'accompagneront de la mise en vente de l'emprise de « Chardon Lagache » ainsi que de parcelles (à définir) sur le site d'Emile Roux.

#### 3) Les autres subventions d'aide à l'investissement

En sus de l'accompagnement financier négocié avec l'ARS, des subventions doivent pouvoir être envisagées, mais leur apport sera nécessairement très limité par rapport aux enjeux financiers associés au plan d'investissement, lequel comprend les opérations majeures mais également les travaux d'humanisation et de mise en sécurité. Parmi les financeurs à contacter :

- a) la Fondation de France : un accompagnement a déjà été obtenu pour la rénovation du capacitaire de l'Orbe, sur le site de Charles Foix. Il conviendra de voir si des projets nouveaux peuvent être portés, et le cas échéant, le calendrier envisageable.

b) les collectivités territoriales : Conseils Généraux, Conseils Régionaux, communauté d'agglomération : il conviendrait de voir si des aides à la construction sont envisageables, sachant qu'on n'observe pas aujourd'hui de contribution de ces collectivités aux opérations majeures de l'AP-HP (les subventions sont classiquement de montant très limité et ciblées sur des problématiques particulières)

c) la CNSA : il a été demandé au niveau national que les SLD qui sont financés sur la même enveloppe que les EHPAD, via la CNSA, puissent bénéficier désormais, eux aussi, des aides à l'investissement de cette caisse.

#### 4) Autres compléments

La croissance mécanique des recettes par application du tarif chambre seule, au fur et à mesure de la mise aux normes sera modeste.

### 2.4 - Communication et suivi du plan

De même qu'ils l'ont fait en 2011 pour initier les travaux ayant abouti à l'avenant SLD, les deux directeurs généraux, chacun pour ce qui le concerne, désignent un référent chargé de représenter leur institution dans le suivi du contrat et de faire le lien avec les autres responsables concernés.

Pour l'ARS, il s'agit de M. Marc Bourquin, directeur du pôle médico-social

Pour l'APHP, il reste à le nommer.

Un comité de suivi du plan SLD APHP-ARS a été créé, composé de 4 représentants de l'ARS et 4 représentants de l'APHP. Ce comité doit se réunir 2 fois par an jusqu'en 2027 (ou avant si le plan est achevé par anticipation).

Lors de ses réunions, le groupe examine l'état d'avancement du plan et examine tous les éléments permettant de vérifier la conformité avec les objectifs et le calendrier.

Le cas échéant, au vu des informations dont il dispose, ce comité peut proposer une modification de l'avenant notamment dans les cas où :

- l'ARS remettrait en cause tout ou partie de son co-financement,
- l'APHP n'engagerait pas tout ou partie des 4 opérations majeures.

A l'issue du comité, une synthèse est transmise aux directeurs généraux.

Ce comité de suivi ne s'est pas réuni en 2014. Une première rencontre est prévue en mai 2015.

En interne APHP et afin d'assurer la réussite de ce plan, il est proposé la mise en place d'un comité de suivi du plan SLD APHP. Ce comité pourrait se réunir 2 fois par an :

- en amont du cycle budgétaire : pour préparer les conférences budgétaires et stratégiques de l'année N+1
- en amont de la réunion de suivi du plan SLD à l'ARS : afin d'établir l'ensemble des éléments à rassembler et préparer des propositions d'ordre du jour.

# ANNEXES



# Annexe 1a

## Plan de mise aux normes des SLD de l'AP-HP et capacité cible sur 15 ans (avenant au CPOM en date du 12 novembre 2013 & PGFP)

Mise à jour 30-04-2015 - annule et remplace toute version antérieure

Sites	Modalités de mise aux normes prévues dans l'avenant au CPOM	Si "opération lourde"				installés sept. 2012	installés & en fonctionnement jan. 2015	CIBLE CPOM 2015	écart entre cible & installés 2015	CIBLE CPOM 2027
		date de lancement	nombre lits renouvelés (avenant 13)	montant de l'opération						
				CPOM	PGFP					
<b>PARIS INTRA MUROS</b>										
Hôpital Bretonneau	Maintien de capacité et demande de dérogation pour 10 % de chambres à 2 lits					75 lits	75 lits	75 lits	0	75 lits
<b>Hôpitaux Broca, La Collégiale &amp; La Rochefoucauld</b>										
1 - "Broca"	Mise aux normes avec travaux limités					192 lits	176 lits	192 lits	-16	153 lits
2 - "La Collégiale"	Rénovation lourde + extension [10 ans] (a)	2016	200 lits	20,0 M€	22,0 M€	135 lits	134 lits	135 lits	-1	200 lits
3 - "La Rochefoucauld"	Fermeture et cession en 2025					80 lits	80 lits	80 lits	0	0 lits
Sous-total 1+2+3						407 lits	390 lits	407 lits	-17	353 lits
Hôpital Fernand-Widal	Dans les locaux du "vieux Lariboisière" libérés après construction du nouveau Lariboisière					78 lits	78 lits	78 lits	0	78 lits
Pitié-Salpêtrière	Mise aux normes avec travaux limités / SLD "jeunes"					37 lits	37 lits	37 lits	0	37 lits
Hôpital Rothschild	Maintien en l'état (locaux neufs)					32 lits	32 lits	32 lits	0	32 lits
<b>Hôpitaux Ste-Périne, Rossini &amp; Chardon-Lagache</b>										
1 - "Ste-Périne"	Mise aux normes avec travaux limités (113 lits) + CONSTRUCTION NEUVE 236 lits [7 ans]	2013	236 lits	47,2 M€	50,0 M€ 258 lits	140 lits	105 lits	140 lits	-35	349 lits
2 - "Rossini"	Mise aux normes avec travaux limités					123 lits	123 lits	123 lits	0	106 lits
3 - "Chardon-Lagache"	Fermeture et cession en 2019					87 lits	87 lits	87 lits	0	0 lits
Sous-total 1+2+3						350 lits	315 lits	350 lits	-35	455 lits
Hôpital Vaugirard	Maintien sans travaux avec demande de dérogation pour 15 % de chambres à 2 lits					175 lits	159 lits	175 lits	-16	124 lits
<b>TOTAL PARIS INTRA MUROS</b>						<b>1 154 lits</b>	<b>1 086 lits</b>	<b>1 154 lits</b>	<b>-68</b>	<b>1 154 lits</b>
<b>IDF HORS PARIS</b>										
Hôpital Joffre-Dupuytren (91)	Transfert interne de 71 lits de Joffre vers Dupuytren et de 34 lits vers Clémenceau (fermeture de Joffre) (b)					240 lits	206 lits	207 lits	-1	71 lits
Hôpital Georges-Clémenceau (91)	Requalification des lits d'Ehpad en lits SLD + mise aux normes par rénovation (c)					171 lits	171 lits	171 lits	0	171 lits
Hôpital Corentin-Celton (92)	Maintien avec dérogation de 15 % de chambres à 2 lits et transfert au CASH (45 non installés + 11)					127 lits	119 lits	127 lits	-8	116 lits
Hôpital Louis-Mourier (92)	Transfert capacitaire total vers le CASH (projet global AP-HP)					80 lits	80 lits	80 lits	0	0 lits
Hôpital René-Muret (93)	Relocalisation nécessaire de 65 lits pour mise aux normes soit in situ (construction) soit externe (d)					179 lits	179 lits	179 lits	0	179 lits
Hôpital Charles-Foix (94)	Mise aux normes avec travaux limités (e)					211 lits	152 lits	152 lits	0	152 lits
Hôpital Émile-Roux (94)	RÉNOVATION LOURDE (ou reconstruction) [10 ans]	2015	350 lits	35,0 M€	40,0 M€	387 lits	387 lits	387 lits	0	350 lits
Hôpital Paul-Brousse (94)	RECONSTRUCTION (plusieurs blocs) de la capacité totale SLD + Ehpad [10 ans] (f)	2014	285 lits	57,0 M€	65,0 M€	189 lits	189 lits	189 lits	0	285 lits
Hôpital Albert-Chenevier (94)	Mise aux normes avec travaux limités / SLD "jeunes"					60 lits	40 lits	60 lits	-20	60 lits
Hôpital Charles-Richet (95)	Reconstruction nécessaire + renforcement des liens avec le CH de Gonesse (modalités à déterminer) (g)					115 lits	115 lits	115 lits	0	115 lits
<b>TOTAL IDF HORS PARIS</b>						<b>1 759 lits</b>	<b>1 638 lits</b>	<b>1 667 lits</b>	<b>-29</b>	<b>1 499 lits</b>
<b>TOTAL IDF</b>						<b>2 913 lits</b>	<b>2 724 lits</b>	<b>2 821 lits</b>	<b>-97</b>	<b>2 653 lits</b>
<b>HORS IDF Hôpital Paul-Doumer (60)</b>						104 lits	94 lits	96 lits	-2	96 lits
<b>TOTAL IDF + Paul Doumer</b>						<b>3 017 lits</b>	<b>2 818 lits</b>	<b>2 917 lits</b>	<b>-99</b>	<b>2 749 lits</b>

Commentaires (cf. annexe 2 de l'avenant au CPOM) :

(a) : relocalisation des activités administratives situées dans l'aile prévue pour l'extension ; (b) : reconstruction d'un Ehpad de 152 lits par opérateur externe (appel à projet 2013-2016) - projet de FAM externe à Craville sur un autre terrain AP-HP ; (c) : ce site qui travaille majoritairement pour la filière territoriale doit renforcer ses liens avec le CHSP selon des modalités et un calendrier à déterminer ; (d) : rappel - un Ehpad sur terrain AP-HP ouvrira prochainement à Egotin ; (e) : un Ehpad sur terrain AP-HP a ouvert fin 2013 ; (f) : un Ehpad sur terrain AP-HP a ouvert fin 2014 ; (g) : la question de l'Ehpad (189 lits) est à traiter conjointement (cf.annexe2 de l'avenant au CPOM).

DOCUMENT DE TRAVAIL

dépassement de la cible : -3,5%

SLD\_EHPAD\_capacitaire\_avenant\_CPOM\_30\_04\_15.xlsx

## Annexe 1b

### Plan de désengagement de l'activité d'EHPAD de l'AP-HP (avenant au CPOM en date du 12 novembre 2013)

Sites	Modalités de cession prévues dans l'avenant au CPOM					
		installés sept. 2012	installés & en fonctionnement jan. 2015	CIBLE CPOM 2015	écart entre cible & installés 2015	CIBLE CPOM 2027
Hôpital Georges-Clémenceau (91)	Requalification des lits d'Ehpad en lits SLD réalisée au 1/1/2013 (par transfert Dupuytren)	34 lits	0 lits	0 lits	0	0 lits
Hôpital Émile-Roux (94)	Lits à fermer dans le cadre de la rénovation ou construction au SLD. Échéance fin d'opération : 2021	59 lits	59 lits	59 lits	0	0 lits
Hôpital Paul-Brousse (94)	Lits à fermer dans le cadre de la rénovation ou construction SLD. Échéance fin d'opération : 2026	60 lits	60 lits	60 lits	0	0 lits
Hôpital Charles-Richet (95)	Cession de l'autorisation (avec vente de terrain constructible) en gré à un opérateur externe/délai de constructin et ouverture : 2018	182 lits	182 lits	182 lits	0	0 lits
<b>TOTAL</b>		<b>335 lits</b>	<b>301 lits</b>	<b>301 lits</b>	<b>0 lits</b>	<b>0 lits</b>
Hôpital Paul-Doumer (60)	Évolution à prévoir dans le cadre spécifique de l'implantation territoriale Picarde	43 lits	40 lits	69 lits	-29	69 lits
<b>TOTAL + Paul Doumer</b>		<b>378 lits</b>	<b>341 lits</b>	<b>370 lits</b>	<b>-29</b>	<b>69 lits</b>

DOCUMENT DE TRAVAIL



# Annexe 2

INVESTISSEMENTS MISE EN CONFORMITÉ SLD

25/03/2015

CONFORMITES TECHNIQUES		2010-2014	2010-2015	2010-2016	TOTAL
AP-HP	Sous-total Electricité	2,877 M€ TDC	1,37 M€ TDC	5,9 M€ TDC	10,1 M€ TDC
AP-HP	Sous-total Incendie	6,629 M€ TDC	8,142 M€ TDC	1,9 M€ TDC	16,7 M€ TDC
AP-HP	Sous-total Ascenseurs	1,914 M€ TDC	1,286 M€ TDC	0 M€ TDC	3,2 M€ TDC
AP-HP	Sous-total Chauffage	0,96 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC	0,96 M€ TDC
AP-HP	Sous-total Amiante	0,117 M€ TDC	0,117 M€ TDC	0 M€ TDC	0,23 M€ TDC
AP-HP	Sous-total Divers	0,793 M€ TDC	1,655 M€ TDC	0 M€ TDC	2,45 M€ TDC
AP-HP	Total	13,29 M€ TDC	12,57 M€ TDC	7,8 M€ TDC	33,7 M€ TDC

CONFORMITES TECHNIQUES		Electricité	Incendie	Ascenseurs	Chauffage	Ambiante	Divers	2010-2014	2015-2019	Non programmé	Avis défavorables sécurité incendie	SAE 2010-2013-2014
Broca	Décennale GE	x						0,2 M€ TDC				
Broca	Poste de livraison	x							0,32 M€ TDC			
Broca	SAE 2010 + 2013			x				0,232 M€ TDC				NC
Broca	Schéma directeur incendie (2004)		x					0,455 M€ TDC				
Broca	Mise en sécurité incendie (2010)		x						0,93 M€ TDC			
Broca	Sous-total							0,887 M€ TDC	1,25 M€ TDC	0 M€ TDC		
Bretonneau	Sous-total							0 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
Bretonneau	Poste de livraison Espoir	x						0,2 M€ TDC				
Charles Foix	Remplacement GE FDCC	x						0,28 M€ TDC				
Charles Foix	Décennale 2 GE	x						0,3 M€ TDC	0,26 M€ TDC			
Charles Foix	Sécurisation distribution principale BT (câbles huile)	x							0,15 M€ TDC			
Charles Foix	SSI Regroupement désenfumage		x					2,612 M€ TDC				
Charles Foix	SAE 2010 - 20 appareils			x				0,2 M€ TDC				Modernisation
Charles Foix	Production ECS Village, JBP, Eugénie, Arche				x			0,23 M€ TDC				
Charles Foix	Remplacement monte charge			x				0,238 M€ TDC				modernisation
Charles Foix	Mise en conformité incendie Orbe		x					0,184 M€ TDC				
Charles Foix	Chaufferie biomasse				x					0 M€ TDC		
Charles Foix	Sous-total							4,244 M€ TDC	0,41 M€ TDC	0 M€ TDC		Investissement Chaufferie de 2,8 M€ a été retiré car concerne tout le site
Dupuytren	Décennale GE	x							0,13 M€ TDC			
Dupuytren	SAE 2010			x				0,204 M€ TDC				NC
Dupuytren	SAE 2013			x				0,12 M€ TDC				NC
Dupuytren	Sous-total							0,324 M€ TDC	0,13 M€ TDC	0 M€ TDC		
Emile Roux	Armoires électriques USN	x							0,27 M€ TDC			
Emile Roux	Sécurité incendie Buisson Jacob USN		x						4,87 M€ TDC			
Emile Roux	SAE 2010			x				0,17 M€ TDC				NC
Emile Roux	SAE 2013			x				0,18 M€ TDC				NC
Emile Roux	Mixité gaz / fioul				x			0,23 M€ TDC				
Emile Roux	Sous-total							0,58 M€ TDC	5,14 M€ TDC	0 M€ TDC		
Clémenceau	Décennale GE	x							0,24 M€ TDC			
Clémenceau	Mise en conformité CMSI		x					0,5 M€ TDC				
Clémenceau	SAE 2013			x				0,09 M€ TDC				NC
Clémenceau	Remplacement d'une chaudière				x			0,1 M€ TDC				
Clémenceau	Isolation façades, ouvrants Déchelotte					x		0,693 M€ TDC				
Clémenceau	Sous-total							1,383 M€ TDC	0,24 M€ TDC	0 M€ TDC		
C. Celton	Sous-total							0 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
C. Richet	Remplacement auto commutateur	x						0,297 M€ TDC				
C. Richet	Amélioration sécurité incendie Batiment F		x					0,634 M€ TDC				
C. Richet	Sous-total							0,931 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
A. Chenevier	Mise en conformité des ascenseur			x				0,18 M€ TDC				
A. Chenevier	Mise en conformité électrique	x						0,07 M€ TDC				
A. Chenevier	Mise en œuvre du schéma directeur incendie		x					0,67 M€ TDC				
A. Chenevier	Maillage réseau d'eau				x			0,1 M€ TDC				
A. Chenevier	Sous-total							1,02 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
F. Widal	Sécurité électrique	x						0,18 M€ TDC				
F. Widal	Sécurité incendie recouplement sous-sol		x					0,27 M€ TDC				
F. Widal	Sous-total							0,45 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
La Collégiale	Sous-total							0 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
L. Mourier	Sous-total							0 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
L. Mourier	Mise en sécurité Deparis		x						1,422 M€ TDC	0 M€ TDC	x	
Paul Brousse	Audit eau + travaux légionnelle						x		1,655 M€ TDC			
Paul Brousse	SI Fred Siguier		x							1,9 M€ TDC	x	
Paul Brousse	TGBT+GE+BT	x								5,9 M€ TDC		
Paul Brousse	Sous-total							0 M€ TDC	3,077 M€ TDC	7,8 M€ TDC		
Pitié Salp	Ajout d'un groupe électrogène	x						0,15 M€ TDC				
Pitié Salp	Sous-total							0,15 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
René Muret	Régulation système chauffage				x			0,09 M€ TDC				
René Muret	Mise en conformité SAE			x					1,206 M€ TDC			NC
René Muret	SSI Galien asservissements		x						0,92 M€ TDC			
René Muret	Désamiantage (sur PT)					x		0,117 M€ TDC	0,117 M€ TDC			
René Muret	Sous-total							0,963 M€ TDC	2,243 M€ TDC	0 M€ TDC		
Rothschild	Sous-total							0 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		
Sainte-Périne	Groupe électrogène + armoires bât. SPR	x						1,2 M€ TDC				
Sainte-Périne	Dernière tranche mise en sécurité incendie		x					1,304 M€ TDC			x	
Sainte-Périne	Mise en conformité ascenseurs			x					0,08 M€ TDC			NC
Sainte-Périne	Etanchéité terrasses						x	0,1 M€ TDC				
Sainte-Périne	Sous-total							2,604 M€ TDC	0,08 M€ TDC	0 M€ TDC		
Vaugirard	Audit installation chauffage				x			0,03 M€ TDC				
Vaugirard	Modernisation des ascenseurs			x				0,3 M€ TDC				
Vaugirard	Amélioration et ESC				x			0,18 M€ TDC				
Vaugirard	Sous-total							0,51 M€ TDC	0 M€ TDC	0 M€ TDC		

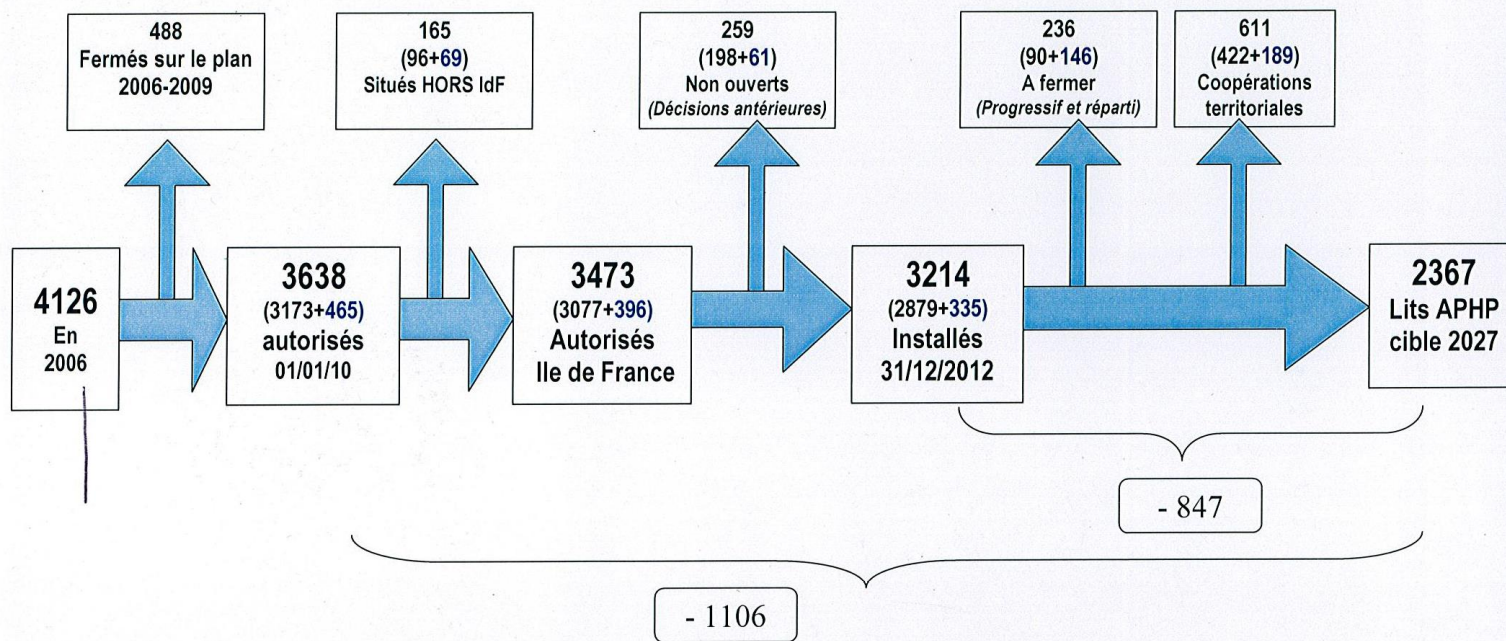
TGBT : tableau général de basse tension  
 GE : groupe électrogène  
 BT : basse tension

### Annexe 3

SLD									
Mise aux normes / chambre à 1 lit (décret 1999)									
	chambres installées 2015	dont CH 1 lit	dont CH 2 lits	% ch. À 2 lits 2015	chambres installées 2013	dont CH 1 lit	dont CH 2 lits	% ch. À 2 lits 2013	Commentaires
Bretonneau	68	61	7	10%	68	61	7	10%	dérogation
Broca	134	92	42	31%	146	100	46	32%	
La Collégiale	96	57	39	41%	96	57	39	41%	opé maj
La Rochefoucauld	51	22	29	57%	51	22	29	57%	fermeture
Fernand Widal	46	14	32	70%	46	14	32	70%	
Pitié-Salpêtrière	24	11	13	54%	24	11	13	54%	
Rotschild	32	32	0	0%	32	32	0	0%	
Sainte-Périne	284	201	83	29%	268	186	82	31%	opé maj
Vaugirard	107	55	52	49%	119	59	60	50%	
Joffre-Dupuytren	121	53	68	56%	119	50	69	58%	
Georges Clémenceau	124	77	47	38%	99	61	38	38%	
Corentin Celton	103	87	16	16%	107	89	18	17%	dérogation
Louis Mourier	52	24	28	54%	52	24	28	54%	
René Muret	107	35	72	67%	107	35	72	67%	
Charles Foix	121	90	31	26%	170	129	41	24%	
Emile Roux	242	97	145	60%	240	93	147	61%	opé maj
Paul Brousse	132	75	57	43%	132	75	57	43%	opé maj
Albert Chenevier	24	8	16	67%	36	12	24	67%	
Paul Doumer	60	26	34	57%	63	22	41	65%	
Villiers Le Bel	55	25	30	55%	55	25	30	55%	
total	1983		841		2030		873		
	<b>01/01/2013</b>	<b>01/01/2015</b>							
<b>% de ch à 2 lits</b>	<b>43%</b>	<b>42%</b>							
<p>% de chambre à 2 lits = nb de ch. à 2 lits / (nb de ch. à 2 lits + nb de ch. à 1 lit)</p> <p>Les chambres à 3 lits présentes sur Joffre et Villiers Le Bel ont été intégrées dans le schambres à 2 lits</p>									

**ANNEXE 4**

**Lits de SLD + Ehpad de l'AP-HP**  
**Situation et perspectives**



TBU 19.08.14

## Annexe 5

### SLD : Etat de la mise aux normes (dont l'humanisation : chambre à 1 lit) - janvier 2015

Sites	Modalités de mise aux normes prévues dans l'avenant au CPOM	Sécurité incendie	Mise aux normes à réaliser	Montant travaux pour humanisation	Travaux engagés
<b>PARIS INTRA MUROS</b>					
Hôpital Bretonneau	Maintien de capacité et demande de dérogation pour 10 % de chambres à 2 lits	×	NC	0	NC
<b>Hôpitaux Broca, La Collégiale &amp; La Rochefoucauld</b>					
1 - "Broca"	Mise aux normes avec travaux limités	×	+ 35 chambres		
2 - "La Collégiale"	Rénovation lourde + extension [10 ans] {a}	×	opération majeure	22M€	2016
3 - "La Rochefoucauld"	Fermeture et cession en 2025	×	fermeture		
Sous-total 1+2+3					
Hôpital Fernand-Widal	Dans les locaux du "vieux Lariboisière" libérés après construction du nouveau Lariboisière	non	dans le cadre du projet HN2 (Bichat/Beaujon)	à retravailler/HN2	⊖
Pitié-Salpêtrière	Mise aux normes avec travaux limités / SLD "jeunes"	×	max + 13 chambres	0	⊖
Hôpital Rothschild	Maintien en l'état (locaux neufs)	×	NC	0	NC
<b>Hôpitaux Ste-Périne, Rossini &amp; Chardon-Lagache</b>					
1 - "Ste-Périne"	Mise aux normes avec travaux limités (113 lits) + CONSTRUCTION NEUVE 236 lits [7 ans]	×	opération majeure	60M€	5M€
2 - "Rossini"	Mise aux normes avec travaux limités				
3 - "Chardon-Lagache"	Fermeture et cession en 2019		fermeture		
Sous-total 1+2+3					
Hôpital Vaugirard	Maintien sans travaux avec demande de dérogation pour 15 % de chambres à 2 lits	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué
<b>TOTAL PARIS INTRA MUROS</b>					
<b>IDF HORS PARIS</b>					
Hôpital Joffre-Dupuytren (91)	Transfert interne de 71 lits de Joffre vers Dupuytren et de 34 lits vers Clémenceau (fermeture de Joffre) {b}	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué
Hôpital Georges-Clémenceau (91)	Requalification des lits d'Ehpad en lits SLD + mise aux normes par rénovation {c}	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué
Hôpital Corentin-Celton (92)	Maintien avec dérogation de 15 % de chambres à 2 lits et transfert au CASH (45 non installés + 11)	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué
Hôpital Louis-Mourier (92)	Transfert capacitaire total vers le CASH (projet global AP-HP)	non communiqué	transfert d'activité	0	⊖
Hôpital René-Muret (93)	Relocalisation nécessaire de 65 lits pour mise aux normes soit in situ (construction) soit externe {d}	×	max + 67 chambres	7-12 M€	0
Hôpital Charles-Foix (94)	Mise aux normes avec travaux limités {e}	×	max + de 26 chambres	1,5 M€	entre juin 2015 et mai 2016
Hôpital Émile-Roux (94)	RÉNOVATION LOURDE (ou reconstruction) [10 ans]	non communiqué	opération majeure	non communiqué	non communiqué
Hôpital Paul-Brousse (94)	RECONSTRUCTION (plusieurs blocs) de la capacité totale SLD + Ehpad [10 ans] {f}	×	opération majeure	non communiqué	non communiqué
Hôpital Albert-Chenevier (94)	Mise aux normes avec travaux limités / SLD "jeunes"	non communiqué	non communiqué	non communiqué	non communiqué
Hôpital Villeirs le Bel t (95)	Reconstruction nécessaire + renforcement des liens avec le CH de Gonesse (modalités à déterminer) {g}	×	non communiqué	0	⊖
<b>TOTAL IDF HORS PARIS</b>					
<b>TOTAL IDF</b>					
<b>HORS IDF Hôpital Paul-Doumer (60)</b>	Évolution à prévoir dans le cadre spécifique de l'implantation territoriale Picarde	réception second trimestre	max + 34 chambres	0	0
<b>TOTAL IDF + Paul Doumer</b>					

Commentaires (cf. annexe 2 de l'avenant au CPOM) :

{a} : relocalisation des activités administratives situées dans l'aile prévue pour l'extension ; {b} : reconstruction d'un Ehpad de 152 lits par opérateur externe (appel à projet 2013-2016) + projet de FAM externe à Draveil sur un autre terrain AP-HP ; {c} : ce site qui travaille majoritairement pour la filière territoriale doit renforcer ses liens avec le CHSP selon des modalités et un calendrier à déterminer ; {d} : rappel - un Ehpad sur terrain AP-HP ouvrira prochainement à Bigottini ; {e} : un Ehpad sur terrain AP-HP a ouvert fin 2013 ; {f} : un Ehpad sur terrain AP-HP a ouvert fin 2014 ; {g} : la question de l'Ehpad (189 lits) est à traiter concomitamment (cf.annexe2 de l'avenant au CPOM). NC : non concerné

SLD\_eta\_MiseAuxNormes\_ch 1 lit\_09 04 15.xlsx

DOCUMENT DE TRAVAIL

GRUPE DE TRAVAIL SUPRA GH « SLD » MAI 2015

## ANNEXE 6

Tableau de la répartition de la dotation soin par établissement USLD et simulation pour 2015

	2011	2012	2013	Détails 2014								Calcul estimation dotation soin 2015					2015	
				Dotation prévisionnelle (notification initiale)	Mesures fléchées UHR	Nb de journées prévisionnelles 2014	Dotation par journée (hors mesures fléchées) NI	Nb de journées 2014	Calcul théorique dotation 2014 hors mesures fléchées	Dotation 2014 hors mesures fléchées proratisée à la dotation de l'AP	Dotation soins 2014	Dotation soin 2014 (hors mesures fléchées) par journée	Nb de journées prévisionnelles 2015	Est. dotation hors mesures fléchées hors convergence	Est. dotation 2015 hors mesures fléchées proratisée à dotation AP	Mesures fléchées UHR		Dotation soin 2015 prévisionnel
								A		B		C = B / A	D	E = C x D	F=E rapporté à 102,0M	G	H = F + G	
<b>Total USLD</b>	<b>113 172 385</b>	<b>107 810 951</b>	<b>104 324 979</b>	<b>102 810 630</b>	<b>200 000</b>	<b>1 000 257</b>	<b>103</b>	<b>989 119</b>	<b>101 473 076</b>	<b>102 610 630</b>	<b>102 810 630</b>	<b>104</b>	<b>987 169</b>	<b>102 195 386</b>	<b>102 162 357</b>	<b>200 000</b>	<b>102 362 357</b>	<b>103</b>
010-BICETRE	2 706 783																	
016-BROCA	16 844 587	16 954 306	16 597 038	16 524 319	40 000	138 269	119	139 683	16 652 895	16 839 581	16 879 581	121	135 659	16 354 476	16 349 190	40 000	16 389 190	121
019-CHARLES RICHET	3 447 414	3 517 780	3 397 926	3 367 162		41 223	82	41 032	3 351 561	3 389 133	3 389 133	83	41 136	3 397 723	3 396 625		3 396 625	83
022-CORENTIN CELTON	4 828 456	4 265 232	4 046 852	3 904 880	40 000	41 697	93	40 790	3 780 810	3 823 195	3 863 195	94	40 786	3 822 820	3 821 584	40 000	3 861 584	94
026-HENRI MONDOR	2 622 420	2 180 154	2 112 749	1 982 488		14 463	137	13 522	1 853 502	1 874 281	1 874 281	139	14 463	2 004 712	2 004 065		2 004 065	139
029-EMILE ROUX	18 099 962	18 232 408	17 853 783	17 792 902		138 430	129	138 365	17 784 547	17 983 919	17 983 919	130	138 430	17 992 368	17 986 552		17 986 552	130
033-BRETONEAU	3 068 111	2 875 962	2 814 025	2 821 184	40 000	26 837	104	26 691	2 766 054	2 797 062	2 837 062	105	26 828	2 811 419	2 810 510	40 000	2 850 510	105
036-GEORGES CLEMENCEAU	5 506 809	7 219 171	7 071 816	7 080 381	40 000	61 167	115	59 680	6 869 226	6 946 233	6 986 233	116	61 167	7 119 306	7 117 006	40 000	7 157 006	116
042-CHARLES FOIX	11 700 640	8 706 551	8 409 312	8 017 322		56 094	143	56 570	8 085 355	8 175 995	8 175 995	145	54 816	7 922 492	7 919 931		7 919 931	144
044-JOFFRE	7 882 569	6 363 488	5 870 870	5 681 228		73 681	77	71 210	5 490 700	5 552 253	5 552 253	78	73 681	5 744 917	5 743 060		5 743 060	78
047-LARIBOSIERE	2 461 642	2 345 380	2 155 093	2 105 025		28 078	75	28 020	2 100 677	2 124 226	2 124 226	76	28 185	2 136 735	2 136 044		2 136 044	76
053-LOUIS MOURIER	3 356 858	3 351 254	3 282 257	3 266 323		28 627	114	28 379	3 238 026	3 274 326	3 274 326	115	23 834	2 749 931	2 749 042		2 749 042	115
064-PAUL DOUMER	3 112 174	2 463 186	2 331 364	2 333 749		29 085	80	31 380	2 517 897	2 546 124	2 546 124	81	31 645	2 567 626	2 566 796		2 566 796	81
066-PITIE SALPETRIERE	1 346 913	1 138 087	1 049 590	1 004 034		13 350	75	13 015	978 839	989 812	989 812	76	13 064	993 539	993 218		993 218	76
069-RENE MURET	5 255 461	4 903 048	4 651 515	4 543 854		63 719	71	63 606	4 535 796	4 586 644	4 586 644	72	63 699	4 593 314	4 591 830		4 591 830	72
072-ROTHSCHILD	369 474	1 399 729	1 378 161	1 375 359		11 884	116	11 511	1 332 191	1 347 125	1 347 125	117	11 511	1 347 125	1 346 690		1 346 690	117
079-SAINTE PERINE	11 438 114	11 812 128	11 560 820	11 434 607	40 000	112 615	101	101 381	10 257 921	10 372 916	10 412 916	102	107 357	10 984 362	10 980 812	40 000	11 020 812	102
090-VAUGIRARD	5 354 047	5 237 990	5 108 809	5 010 608		53 433	94	56 560	5 303 838	5 363 296	5 363 296	95	52 613	4 989 023	4 987 410		4 987 410	95
096-PAUL BROUSSE	3 769 950	4 845 098	4 632 999	4 565 205		67 605	68	67 724	4 573 241	4 624 509	4 624 509	68	68 295	4 663 499	4 661 992		4 661 992	68

## Annexe 7

### Coupe PATHOS 2011 - SLD

Résultats principaux par site  
Situation au 02 novembre 2011

Hôpital	Résultats avant contrôle ARS					Résultats finaux					Résultats PATHOS 2006				
	Effectif	SMTI		PMP	GMP	Effectif	SMTI		PMP	GMP	Effectif	SMTI		PMP	GMP
		effectif	%				effectif	%				effectif	%		
Broca	402	283	70,4%	541	849	402	249	61,9%	540	849	408	240	58,8%	488	876
E. Roux	383	282	73,6%	583	931	383	304	79,4%	618	931	443	281	63,4%	529	874
Ste Périne	309	159	51,5%	382	900	309	170	55,0%	416	900	391	141	36,1%	320	873
C. Foix	305	183	60,0%	445	882	305	197	64,6%	481	882	318	194	61,0%	436	848
Joffre-Dupuytren	239	173	72,4%	621	888	239	103	43,1%	348	872	330	199	60,3%	506	887
R. Muret	173	125	72,3%	399	846	173	85	49,1%	304	846	221	130	58,8%	ND	829
Vaugirard	173	84	48,6%	304	887	173	81	46,8%	300	887	179	81	45,3%	349	867
G. Clémenceau	132	77	58,3%	470	877	-	-	-	-	-	134	98	73,1%	489	895
C. Celton	128	81	63,3%	517	883	128	69	53,9%	438	877	176	73	41,5%	381	834
C. Richet	112	74	66,1%	443	859	110	33	30,0%	261	861	286	90	31,5%	278	866
P. Brousse	106	68	64,2%	406	840	106	68	64,2%	414	840	270	113	41,9%	324	783
Villemin-Doumer	90	58	64,4%	473	847	90	44	48,9%	396	847	153	89	58,2%	447	774
L. Mourier	80	56	70,0%	596	831	80	46	57,5%	474	864	103	68	66,0%	529	846
Lariboisière	76	43	56,6%	341	892	76	40	52,6%	328	892	113	56	49,6%	503	882
Bretonneau	75	60	80,0%	532	938	75	56	74,7%	476	938	105	87	82,9%	671	886
Bicêtre	67	47	70,1%	474	872	67	51	76,1%	502	872	125	48	38,4%	421	906
Chenevier	53	48	90,6%	650	894	53	47	88,7%	682	894	60	57	95,0%	1 046	911
Pitié	37	28	75,7%	530	841	37	20	54,1%	431	841	50	36	72,0%	466	824
<b>Total AP-HP</b>	<b>2 940</b>	<b>1 929</b>	<b>65,6%</b>	<b>485</b>	<b>881</b>	<b>2 806</b>	<b>1 663</b>	<b>59,3%</b>	<b>451</b>	<b>880</b>	<b>3 865</b>	<b>2 081</b>	<b>53,8%</b>	<b>435</b>	<b>859</b>
<b>Total AP-HP IDF</b>	<b>2 850</b>	<b>1 871</b>	<b>65,6%</b>	<b>486</b>	<b>882</b>	<b>2 716</b>	<b>1 619</b>	<b>59,6%</b>	<b>453</b>	<b>881</b>	<b>3 712</b>	<b>1 992</b>	<b>53,7%</b>	<b>435</b>	<b>862</b>

### Coupe PATHOS 2011 - EHPAD

Résultats principaux par site  
Situation au 02 novembre 2011

Hôpital	Résultats avant contrôle ARS					Résultats finaux				
	Effectif	SMTI		PMP	GMP	Effectif	SMTI		PMP	GMP
		effectif	%				effectif	%		
C. Richet	180	98	54,4%	422	877					
E. Roux	59	15	25,4%	244	846	59	13	22,0%	224	846
P. Brousse	58	36	62,1%	378	889	58	36	62,1%	366	889
G. Clémenceau	36	17	47,2%	365	805					
Villemin-Doumer	50	24	48,0%	355	804	50	18	36,0%	293	804
<b>Total AP-HP</b>	<b>383</b>	<b>190</b>	<b>49,6%</b>	<b>374</b>	<b>858</b>	<b>167</b>	<b>67</b>	<b>40,1%</b>	<b>294</b>	<b>848</b>
<b>Total AP-HP IDF</b>	<b>333</b>	<b>166</b>	<b>49,8%</b>	<b>377</b>	<b>866</b>	<b>117</b>	<b>49</b>	<b>41,9%</b>	<b>294</b>	<b>867</b>

## Annexe 8

Groupe de travail thématique « Soins de longue durée »

Pilote : Patrick Housel

Co-pilote : Christophe Trivalle

DOMU : Albane Trihan

Composition du groupe		10 février 2015	5 mars 2015	30 mars 2015
Patrick HOUSSEL	Cochin	×	×	×
Christophe TRIVALLE	Paul Brousse	×	×	×
Albane TRIHAN	DOMU	×	×	×
Cédric FLESSELLES	DEFIP	×	×	×
Anne COSTA (remplacée par Antoinette Cesari)	HEGP	×	×	×
Serge MOREL	Pitié Salpêtrière		×	
Sylvie HAULON	Présidente de la Collégiale – Emile Roux			
Olivier HENRY	Emile Roux			
Luc RIBEAUCOUP	Vaugirard	×	×	×
Anne-Sophie RIGAUD	Broca – La Collégiale – La Rochefoucault	×	×	×
Georges SEBBANE	René Muret – Bigottini			
Laurent TEILLET	Ambroise Paré			
Yves WOLMARK	Broca		×	×
Invités				
Ei Hadi BENMANSOUR	DEFIP			×
Audrey BLAZY	DEFIP	×	×	×
Carole BOUSQUET	DEFIP			×
Sylvain BRAULT	Broca	×	×	×



## Annexe 9

*Ref. courrier*  
Post-office: 1 2015 : 92



Paris, le 23 JAN. 2015

DIRECTION DE L'ORGANISATION  
MÉDICALE ET DES RELATIONS AVEC LES  
UNIVERSITÉS (DOMU)

3, avenue Victoria  
75184 PARIS Cedex 04  
Standard : 01 40 27 30 00  
Ligne directe : (33) 01 40 27 31 19  
Secrétariat : (33) 01 40 27 31 20  
Télécopie : (33) 01 40 27 38 53

Monsieur Houssel  
Directeur HUPC

### Lettre de mission

LA DIRECTRICE

Dans le cadre de la mise en place des groupes de travail thématiques à l'issue de la conférence des conférences, vous avez accepté de piloter le groupe « SLD ». Vous serez accompagné dans ce pilotage du Docteur Christophe Trivalle en tant que représentant de la CME et d'Albane Trihan, référent de la DOMU.

En accord avec le directeur général et le président de la CME, je tenais à vous indiquer les orientations des réflexions que vous aurez à mener et qui porteront plus particulièrement sur la mise en œuvre du « plan SLD AP-HP » matérialisé par la signature d'un avenant au CPOM le 12 novembre 2013.

Il a été rappelé à cette occasion :

- l'importance de poursuivre l'activité de SLD gériatrique qui répond à un besoin démontré d'aval sanitaire de proximité, principalement pour les filières de l'AP-HP et de maintenir globalement les capacités actuellement installés (**cible : 2367 lits** contre 2879 lits installés aujourd'hui) ;
- l'arrêt de l'activité d'EHPAD à l'horizon 2019 ;
- l'accueil en SLD gériatrique de patients très âgés, dépendants, poly-pathologiques et à risque de décompression nécessitant de disposer de locaux adaptés (espace de soins/lieux de vie) ;
- le renforcement des flux entre les filières gériatriques ;
- la nécessité de mise aux normes progressive mais complète à l'horizon de 2027 : passage d'un taux de chambres à 2 lits de 43% actuellement à 5% ;
  - la mise en sécurité incendie devra être achevée au 31/12/17 pour tous les sites ;

- la conformité aux autres normes de l'arrêté du 26 avril 1999 devra être atteinte au plus tard à l'issue du plan stratégique ;
- le développement des SLD spécialisés non gériatriques répondant aux objectifs du SROS ;
- le choix d'investissement efficaces en supprimant des sites isolés et/ou de taille réduite et en concentrant les investissements (opérations de construction ou de rénovation) sur un faible nombre d'opérations importantes. Pour mémoire, les groupes de programmation des investissements s'échelonnent comme suit :
  - Sainte Périne : 2014                      \* Emile Roux : 2016
  - Paul Brousse : 2015                      \* Broca/La Collégiale : 2017
- Les autres éléments de contexte concernant les différents projets engagés par l'AP-HP et qui peuvent modifier à la marge le projet initial. Il s'entend cependant qu'en fin de compte, le capacitaire cible devra être respecté ainsi que les 1154 places installées dans Paris intra-muros.

Pour mener à bien sa mission, le groupe de travail devra baser son raisonnement sur les parcours de soins et pour cela, travailler sur les filières des différentes pathologies prises en charge en SLD. A cet égard, les consultations ou demandes d'avis d'experts internes à l'AP-HP, nationaux ou internationaux pourront être nécessaires et des sites extérieurs visités en cas de besoin. Si vous le jugez utile, l'avis de représentants d'associations de patients pourra être sollicité. Au fur et à mesure de l'avancée de votre mission, vous pourrez également prendre l'attache des membres du groupe de travail « SSR » dont la problématique peut rejoindre sur certains points votre réflexion.

Nous souhaitons disposer des propositions du groupe de travail pour le mois d'avril 2015.

Je vous remercie pour votre implication et je vous prie de croire, Monsieur, en l'expression de mes salutations les meilleures.



Christine Welty

Copie : M. Hirsch

Pr L. Capron