Conclusions du groupe de travail CME
« Soins de longue durée »

Georges Sebbane

<u>Rappel</u>: lettre de mission du Président de CME à Georges SEBBANE en mai 2012 :

► Demande création d'un groupe de travail CME (durée 6 mois)

► Objectifs :

- **élaborer une proposition alternative des médecins aux objectifs contradictoires de convergence budgétaire et d'humanisation des SLD imposés par les tutelles**
- **rédiger une motion à soumettre au vote de la CME, utilisée dans les négociations à venir avec l'ARS Ile-de-France**

Composition du groupe de travail :

- G. SEBBANE, vice-président de la CME
- MF. MAUGOURD, G. Clémenceau
- O. HENRY, Emile Roux, membre de la CME
- J. HOLSTEIN, DPM
- A.S. RIGAUD, Broca
- L. TEILLET, A. Paré – Sainte Périne
- Ch. TRIVALLE, Paul Brousse, membre de la CME
- Y. WOLMARK, Bretonneau

Méthode de travail **: réunions multiples du groupe + auditions de personnes travaillant sur les sujets SLD**

Personnes Auditionnées :

- M. le Pr Gilles BERRUT, Président de la Société Française de Gérontologie, CHU Nantes

- Mme Maryvonne BITAUD, Directrice Adjointe, CHU de Nantes

- M. Marc BOURQUIN, Chargé de mission SLD ARS Ile-de-France

- Mme Marie-Sophie DESSAULES, Directrice Générale ARS Pays de Loire

- M. Jean-Baptiste HAGENMULLER, Secrétariat Général, siège

- Mme Muriel JAMOT, Responsable du secteur médico-social, FHF

- M. Emmanuel LAVOUE, DRH, siège

- M. Etienne LISSILLOUR, DEFIP, siège

- Mme Roselyne VASSEUR, Directrice des Soins Infirmiers, et des activités paramédicales, siège

Contexte régional

► **déclinaison de la convergence SLD/EHPAD dans les établissements de la région (→ rendus de crédits de personnel)**

► **décision simultanée d'humanisation des sites SLD sur l'ensemble de la région (la moitié des capacités régionale n'est pas aux normes de 1999)**

► **rédaction du SROS SLD qui est écrit et va entrer en phase de concertation avant sa publication fin 2012 :**

- **rééquilibrage géographique intra-régional nécessaire : déficit dans les départements 77 et 78**
- **adaptation des capacités SLD à des populations non gériatriques (patients neurologiques, psychiatriques…)**

Contexte à l'AP-HP

Le secteur de Soins de Longue Durée (SLD) à l'AP-HP : des problématiques complexes et conjuguées :

■ rappel : Partition nationale de l'activité SLD/EHPAD (sanitaire/médico-social) début 2010 :
→ pas d'ajustement des densités de personnel à l'AP-HP (3173 lits SLD, 465 lits EHPAD)

■ Mise en place de la convergence, de 2011 à 2016
→ Montant estimé : 30 M€ (~ 600 PNM)

■ Dans le même temps, injonction d'humanisation des structures SLD par l'ARS
→ Montant estimé > 210 M€

Ratios 2011 des effectifs totaux, soignants, IDE et AS

-**Ratios constatés** (ensemble du SLD AP-HP) :

- -Agents/lits : 0.74
- -Soignants/lit : 0.72
- -IDE+AS/lit : 0.63

- Ratios recommandés :

Circulaire du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'art 46 de la LFSS 2006 modifié + art 87 loi LFSS 2007 –annexe 2 : référentiel d'organisation des soins (cahier des charges):

« …Tendre vers un taux d'encadrement de l'ordre de 1.1 ETP par lit pour une USLD de 30 lits (0.5 de temps médical, 0.8 ETP de personnel soignant (IDE, AS, agent hospitalier), et du temps de Kiné, ergo, ortho, psycho, assistant social, podologue, diététicienne »

Les ratios actuels, déjà insuffisants, vont encore diminuer si la convergence continue d'être appliquée
→impact sur la qualité et la sécurité des soins

Montant de l'effort de convergence AP-HP :

-Dotation soins 2010 : 114 450 451 €

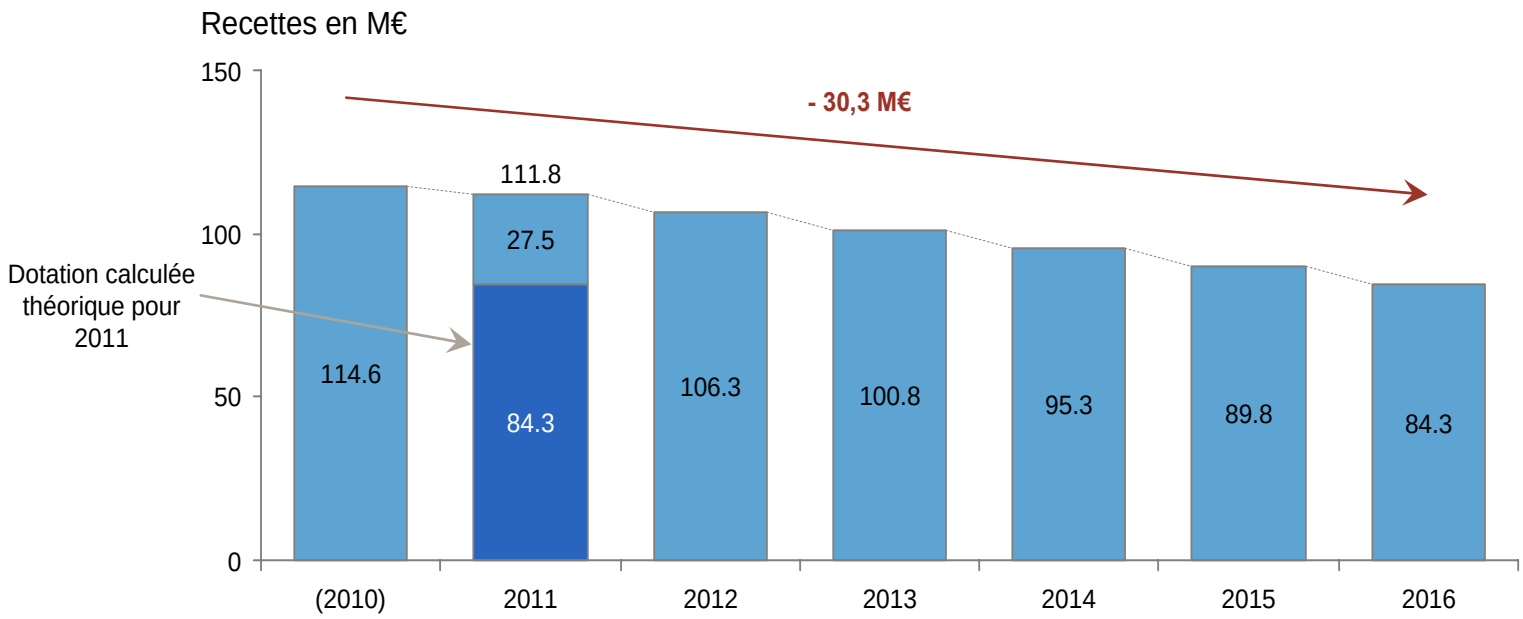
-Dotation soins théorique 2016 (calculée en fonction du PMP et GMP de la coupe Pathos 2011) : 83 526 994 €

Montant total de la convergence : 30 923 457 €*

** Source : Direction des Finances AP-HP*

Rythme initial proposé par l'ARS pour l'étalement de l'effort de convergence :

Echelonnement linéaire des efforts de convergence de 2011 à 2016



Montant de l'effort de convergence	**0 M€**	**2,8 M€**	**5,5 M€**	**5,5 M€**	**5,5 M€**	**5,5 M€**	**5,5 M€**
Correspondant à un facteur multiplicateur de (recettes en N-1 – Dotation calculée en N)	**-**	**-**	**1/5**	**1/4**	**1/3**	**1/2**	**1/1**

Conclusions du groupe de travail CME (1):

1. **Les gériatres de l'AP-HP réaffirment la nécessité de conserver un secteur hospitalier de soins de longue durée, dont la capacité-cible reste à préciser;**

   Estiment qu'une prise en charge médico-sociale de type EHPAD n'entre pas dans les missions de l'AP-HP.

Conclusions du groupe de travail CME (2) :

2. Le mécanisme de convergence mis en place au niveau national dans le secteur SLD/EHPAD est de nature arbitraire et médicalement infondé (mode de calcul :même tarif plafond en SLD et EHPAD)

→ Au plan national 80% des SLD sont soumis à la convergence dont le SLD APHP

L'application de cette convergence, via le rendu de personnel qu'elle entraine, aura de lourdes conséquences en terme des densités de personnel en SLD, et portera atteinte à la qualité des soins et à la sécurité des patients

Conclusions du groupe de travail CME (3):

3. Le processus de convergence, débuté en 2011 à l'AP-HP et en cours de réalisation en 2012, doit être suspendu sans délai, jusqu'à diffusion des conclusions des travaux ministériels sur l'évolution des modes de financement des secteurs SLD et EHPAD.

Conclusions du groupe de travail CME (4) :

4. Dans l'attente des conclusions des travaux prévus à l'échelle nationale sur ce sujet, l'AP-HP, et en particulier sa communauté médicale gériatrique, doit travailler, conjointement avec la DGOS et l'ARS Ile-de-France, à la détermination des capacités-cible de l'AP-HP en SLD, dans le cadre d'un rééquilibrage géographique régional .

la réflexion conjointe avec l'ARS doit également porter sur les modalités de création de SLD pour des patients non gériatriques dont la prise en charge sera effectuée par les disciplines concernées

Conclusions du groupe de travail CME (5) :

5. L'humanisation et la mise aux normes de sécurité des structures SLD, sur le périmètre évoqué, doivent être priorisés suivant une planification concertée et tenant compte des possibilités financières de l'institution.

Le financement correspondant doit être accompagné par l'ARS, via l'utilisation des crédits déjà rendus par l'AP-HP au titre de la convergence, et laissés dans l'enveloppe de l'ARS.

l'AP-HP doit être associée au travail de l'ARS IDF concernant l' évolution des capacités en SLD de la région et leur répartition géographique

Conclusion :

Le groupe de travail propose une motion à mettre au vote de la CME :

La commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris demande que le processus de convergence tarifaire concernant le secteur de soins de longue durée soit suspendu sans délai car il aura un impact négatif sur la qualité et la sécurité des soins.
L'humanisation des unités de soins de longue durée de l'AP-HP doit être poursuivie. Leur capacité en lits et leur répartition géographique sont à redéfinir pour satisfaire au mieux les impératifs régionaux.