

# La filière gériatrique à l'AP-HP

## Focus Soins de Longue Durée (SLD)

**CME 15 mai 2012**

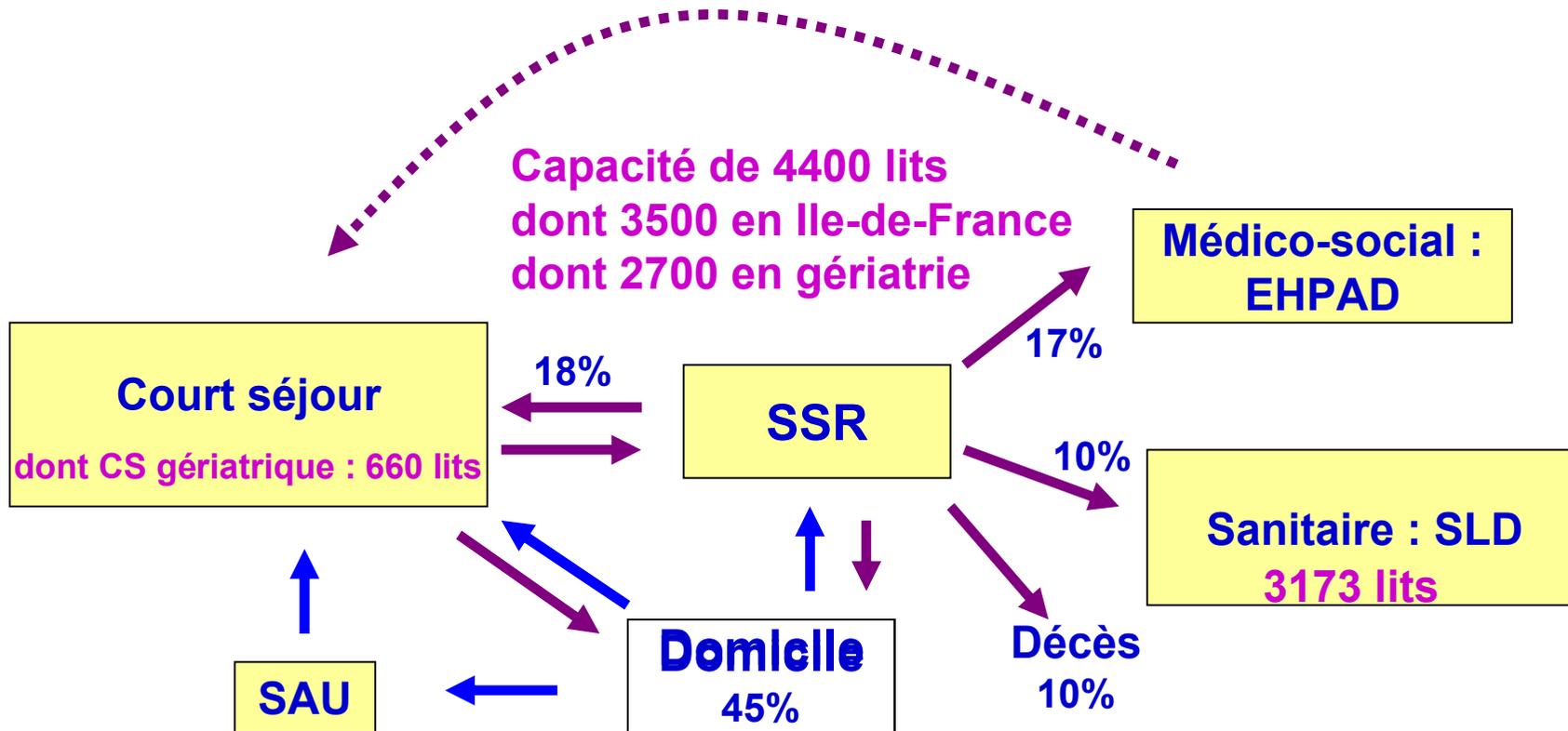
## Effectifs médicaux en gériatrie :

- **390 ETP médicaux seniors**
- **170 PH**
- **12 PU-PH**

### *Affectés à :*

- ***660 lits de court séjour gériatrique***
- ***2700 lits de SSR gériatrique***
- ***3173 lits de SLD***
- ***465 places EHPAD***

# La filière gériatrique : le parcours hospitalier du patient âgé



## Un mode de financement différent pour les trois champs de prise en charge de la filière gériatrique :

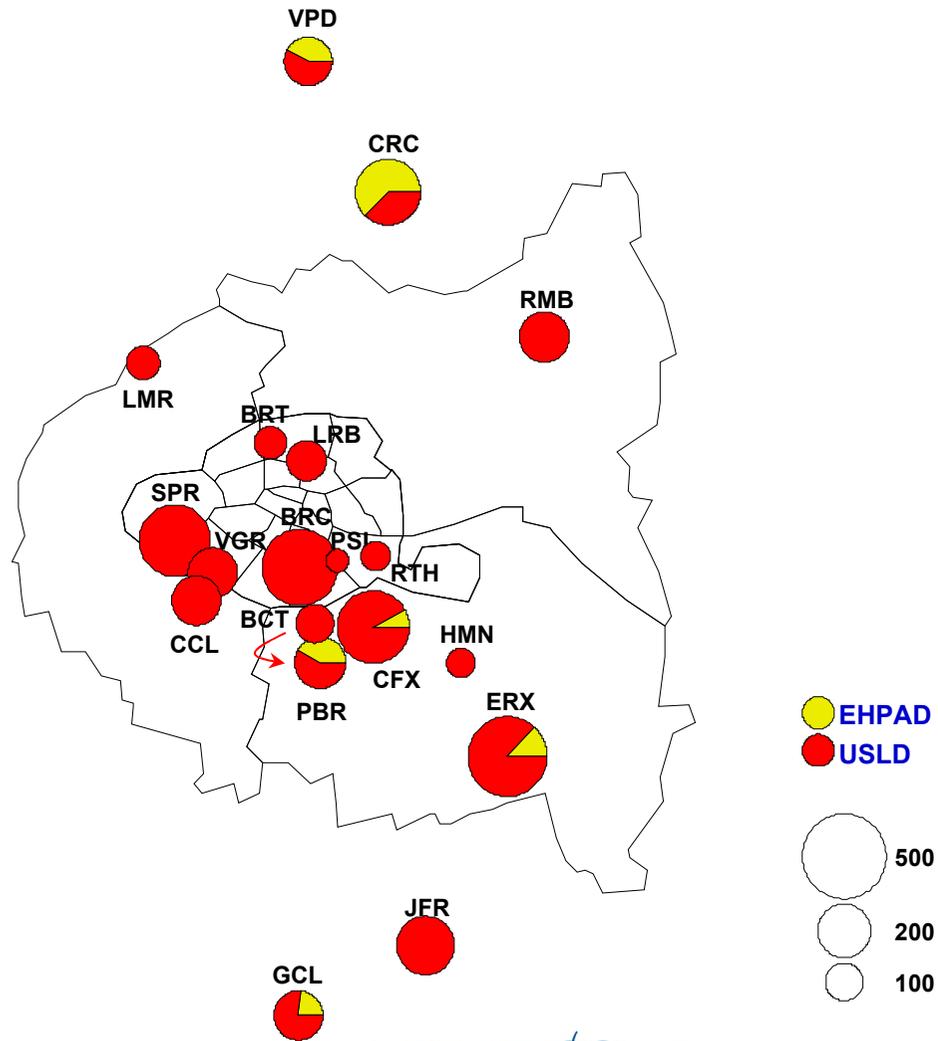
- **Court séjour : T2A (financement au séjour)**
  
- **SSR :**
  - ▶ **DAF : Dotation Annuelle de Financement** (enveloppe annuelle, répartition à la journée, modulée par le recueil PMSI)
  
  - ▶ **Perspectives : T2A SSR mise en place en 2013-2014 ?**
  
- **SLD : financement ternaire**
  - soin : 50%
  - dépendance 10%
  - hébergement 40% } Financement par les patients et les départements (APA, aide sociale)



## Le secteur SLD (Soins de Longue Durée)

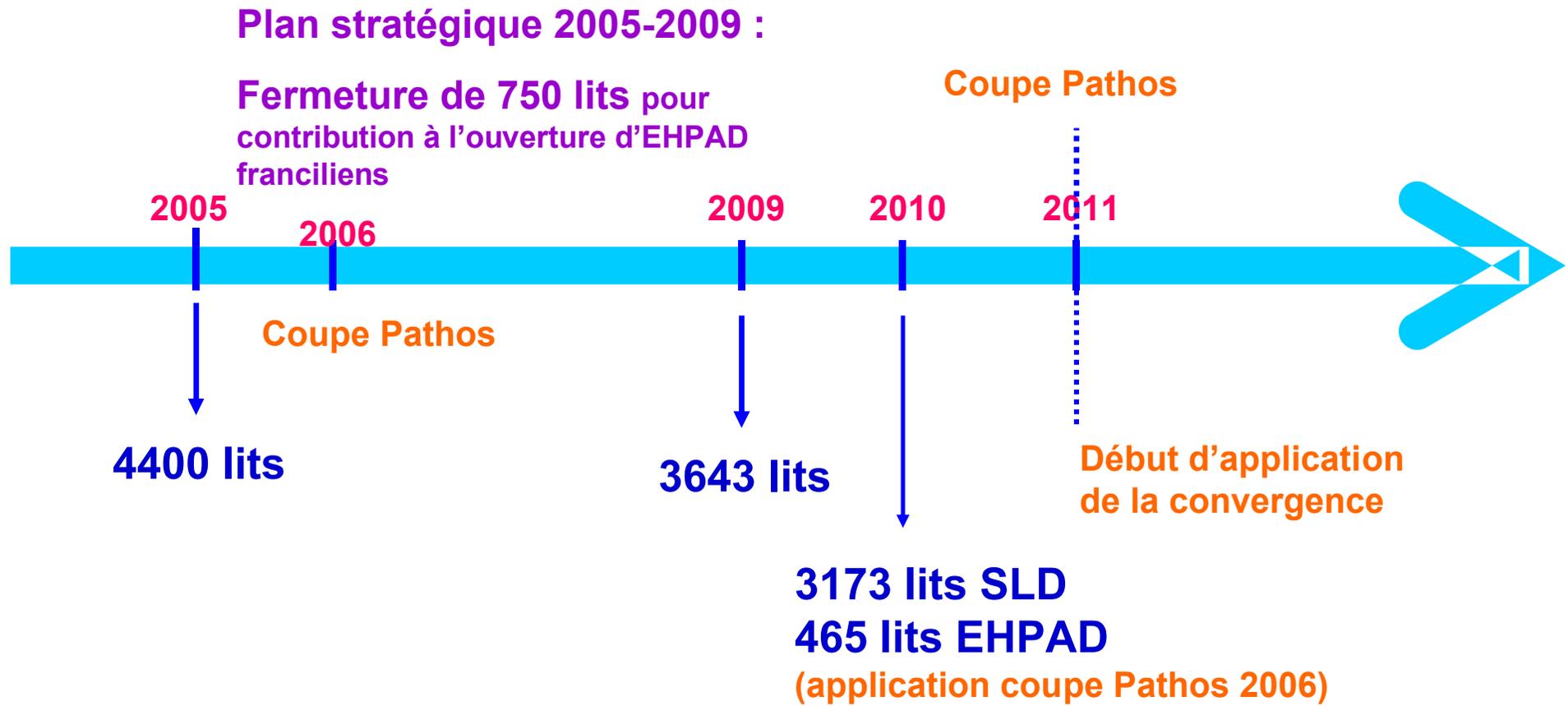


# Capacités USLD-EHPAD 2011



•3173 lits SLD  
•465 lits EHPAD

# SLD : historique



# La coupe Pathos

- « Photographie » des états pathologiques des patients et des prises en charge requises (médicales, soignantes, rééducation etc.) à un instant t
- Effectuée par les médecins, validée par l'Assurance-Maladie
- Indicateurs issus de Pathos :
  - ▶ **Taux de patients SMTI** = requérant des Soins Médico-Techniques Importants = taux de patients étiquetés hospitalo-requérants
  - ▶ **PMP = Pathos Moyen Pondéré** : indice synthétique du niveau global de mobilisation de ressources requises dans 8 postes de consommation de soins (gériatre, IDE, psychiatre, rééducateurs, psychothérapeute, biologie, imagerie, pharmacie)
  - ▶ **en sus : GMP : Gir Moyen Pondéré** : indicateur de dépendance fonctionnelle

## Utilisations de la coupe Pathos :

- ▶ **Coupe 2006 :**
  - objectif de partition du secteur SLD : séparé en un secteur sanitaire (« SLD redéfini ») et un secteur médico-social (EHPAD)
  - utilisation du taux de patients SMTI
  
- ▶ **Coupe 2011 :**
  - Objectif d'ajustement du montant de la convergence
  - utilisation du PMP et du GMP

# SLD : plusieurs problématiques intriquées :

## 1. Convergence :

- contexte de réforme de la dotation soin (50% du financement)
- calcul de la dotation théorique : équation incluant le degré de dépendance fonctionnelle et le niveau de lourdeur médicale évaluée par la coupe Pathos

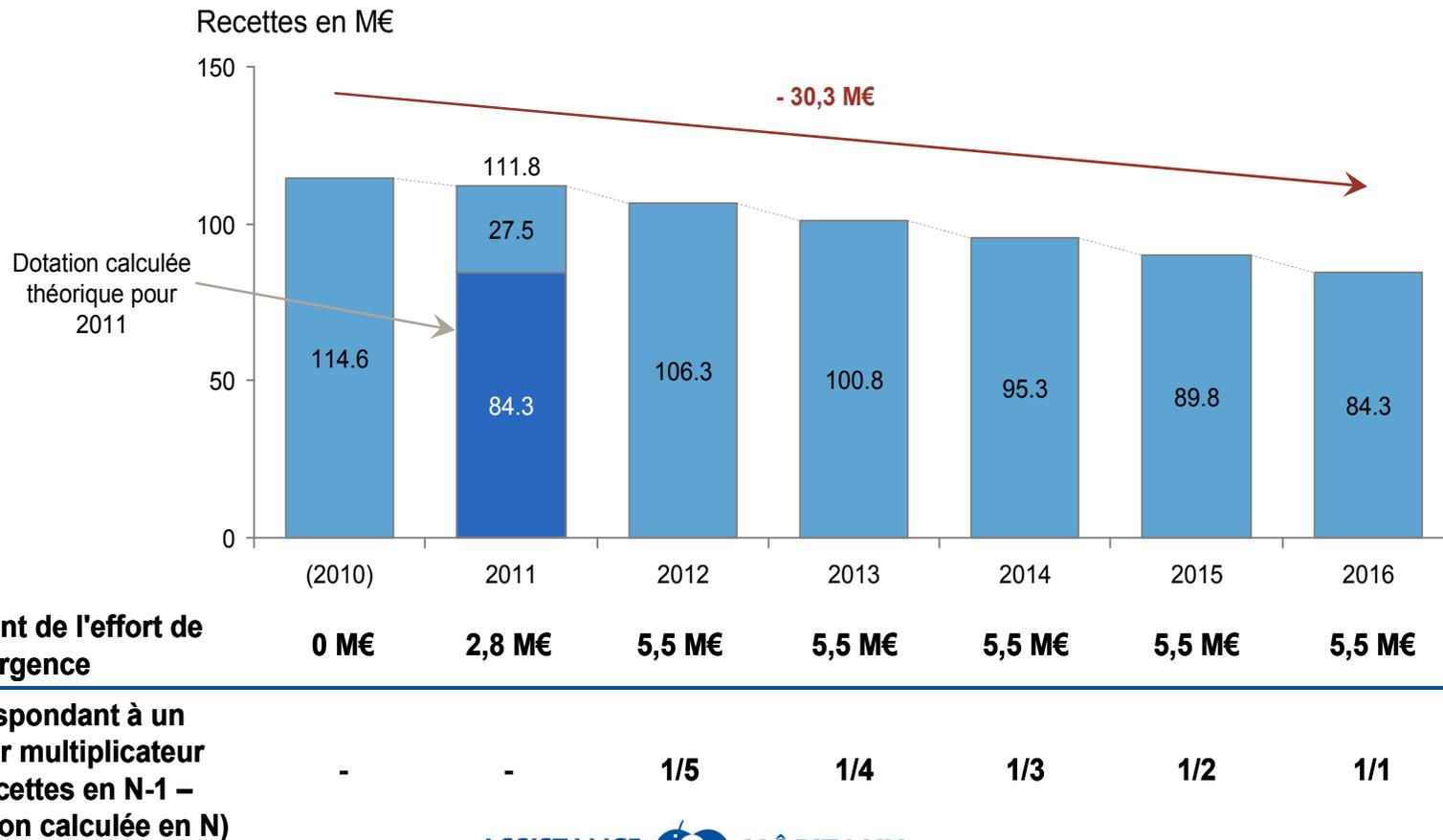
Dotation théorique = nombre de lits x GMP + (PMP x 2.59) x valeur du point (13.1 €)

- niveau de convergence : écart entre dotation théorique et réelle
- lissage de l'effort sur 6 ans (2011-2016)

→ **Enjeu financier pour l'AP-HP : 30 M€**

## Le rythme initial proposé par l'ARS pour l'étalement de l'effort de convergence en application de la circulaire budgétaire

### Echelonnement linéaire des efforts de convergence de 2011 à 2016



# SLD : la conjonction des problématiques :

## 2. Humanisation des sites SLD :

- cadre réglementaire :
  - taux de chambres à 1 lit exigé : 95% (55% actuellement)
  - surfaces des chambres, sanitaires etc.
- mise en cause du renouvellement des autorisations par l'ARS
- estimation du coût d'humanisation à capacités constantes: > 200 M€
- rénovation / mise en sécurité : 10 M€ engagés en 2012

## **Travaux/réflexions en cours avec l'ARS :**

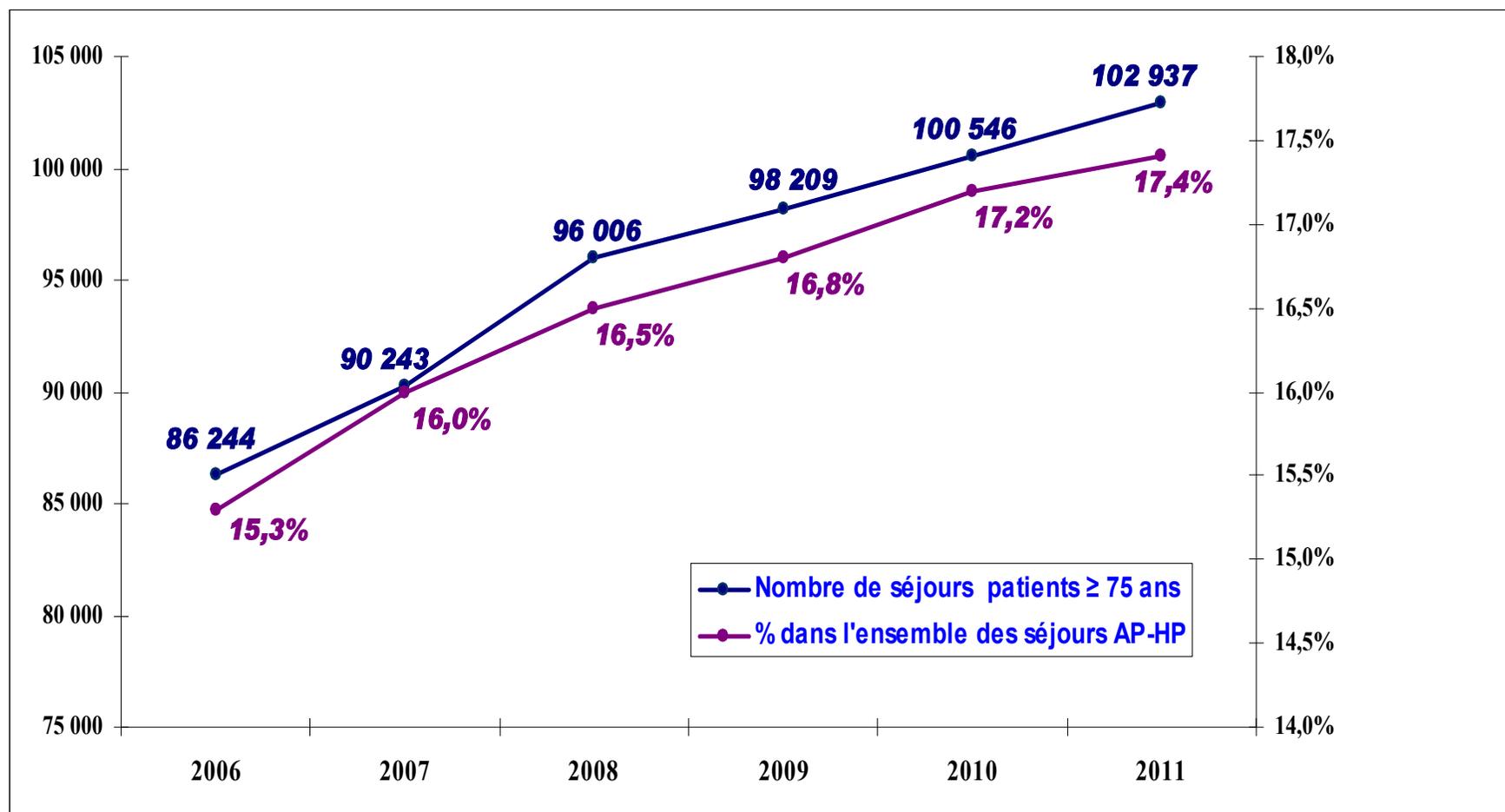
- Détermination du niveau de convergence pour 2012 et les années suivantes**
  
- Quelle aide potentielle pour l'humanisation des sites AP-HP?**
  - rendu possible d'une partie du montant de la convergence pour aide à l'investissement**
  
- Quelles capacités-cibles pour la région et pour l'AP-HP ?**
  - l'AP-HP : représente 60% des capacités SLD de la région**
  - 38% des patients SLD proviennent d'hôpitaux hors AP-HP**



# Annexes



## Court séjour : une part croissante des patients âgés (75 ans et plus) dans les disciplines médico-chirurgicales



## Quelques définitions

### ◆ Secteur sanitaire :

- ▶ **SSR : soins de suite et de réadaptation (ex « moyen séjour »)**
- ▶ **SLD : soins de longue durée (ex « long séjour »)**

### ◆ Secteur médico-social :

- ▶ **EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ex « maisons de retraite»)**
- 

▶ **MAS: maison d'accueil spécialisé**

▶ **FAM : foyers d'accueil médicalisé**

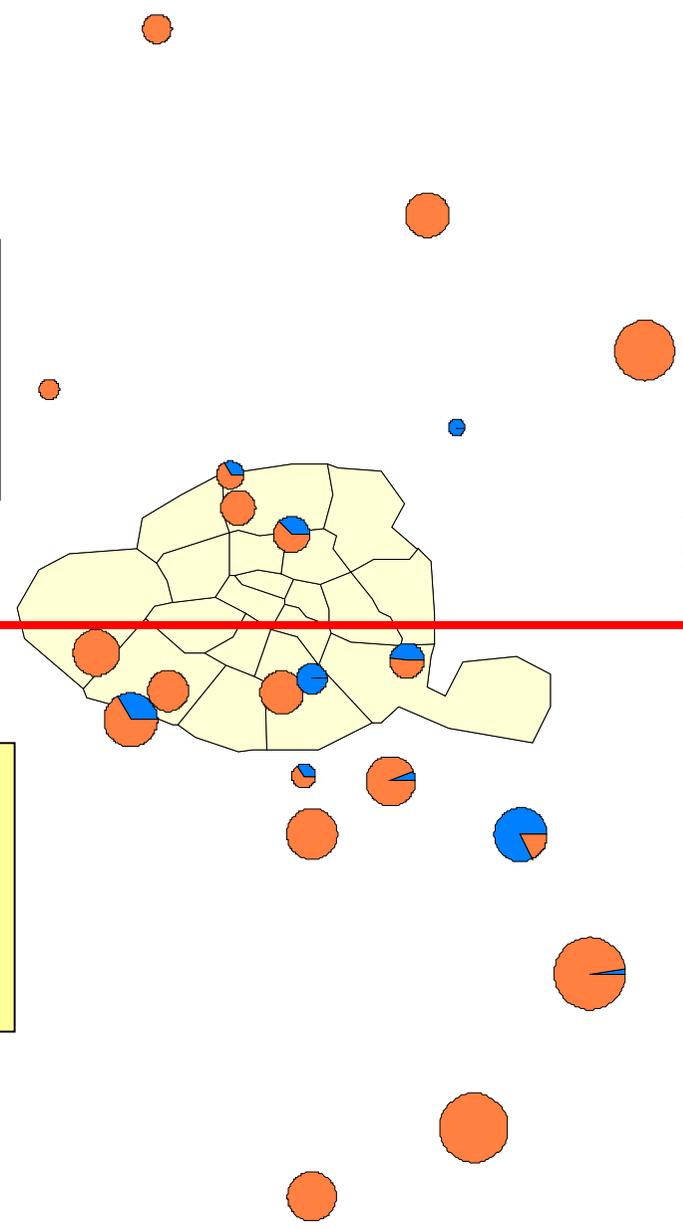
} *ne concernent pas  
la gériatrie*



## Secteur SSR : déséquilibre géographique et thématique

1 lit de SSR  
gériatrique pour  
**44** séjours de patients  
âgés en court séjour

1 lit de SSR  
gériatrique pour  
**31** séjours de patients  
âgés en court séjour



Capacité de SSR Gériatrique :  
**686 lits**

Capacité de SSR Gériatrique :  
**1942 lits**

● SSR non gériatrique  
● SSR gériatrique

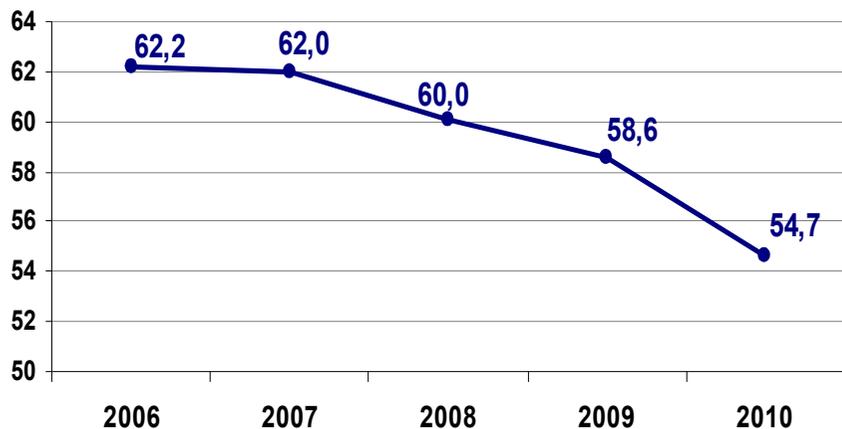
## Emergence de nouveaux besoins de SSR spécialisés à couvrir...

Type de SSR	Nombre d'équivalents-lits en activité en 2009	Besoins supplémentaires à couvrir (nombre de lits)	
Neurologie	380	180	AVC : environ 100 lits
Orthopédie	95	25	patients psychiatriques
Cardio-vasculaire	135	30 places	
Digestif-Nutrition	65	75	Obésité : à chiffrer
Addictologie	10	35	
Pneumologie	0	145	dont sevrage de ventilation : 25 lits
<b>Total AP-HP</b>		<b>environ 450 lits</b>	

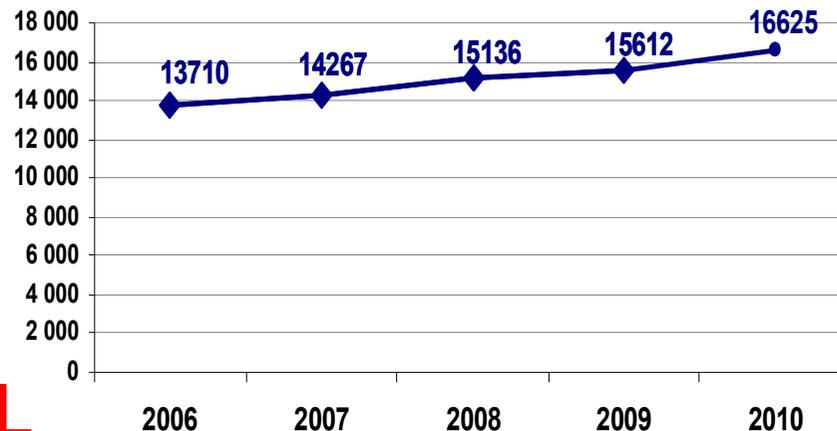
... dans un cadre contraint : pas d'ouverture de nouvelles capacités (enveloppe DAF fermée voire réduite)

## Lien entre DMS en SSR gériatrique et fluidité en court séjour:

### DMS en SSR gériatrique



### Nombre d'admissions en SSR gériatrique



### DMS en MCO des patients ≥ 75 ans

