

# POINT D'ÉTAPE SUR LE SCHÉMA STRATÉGIQUE DES UNITÉS DE SOINS DE LONGUE DURÉE

**CME 11.09.2018**

**MISSION SLD - D<sup>r</sup> Jean-Philippe DAVID – P<sup>r</sup> Zahir AMOURA - Cécile BALANDIER**

# UN CONTEXTE NATIONAL NOUVEAU

- Discours de Madame Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, clôture de la journée départements-CNSA Mercredi 30 mai 2018

*« Il faut revoir la chaîne des prises en charge et par exemple clarifier le rôle respectif des soins de suite et de réadaptation, **des unités de soins de longue durée par rapport aux établissements médicalisés pour personnes âgées.** »*



# DES USLD EN QUÊTE DE LISIBILITÉ DANS UNE OFFRE MÉDICO-SOCIALE RENOUVELÉE

- Depuis 2006, **les plans de santé publique** en faveur des personnes âgées ont considérablement modifié la prise en charge des personnes âgées à domicile et en établissements pour personnes âgées dépendantes.
- Depuis 2005, l'offre de places d'ÉHPAD a fortement augmenté **(+ 84 % entre 2005 et 2014)**. Fin 2015, on dénombrait plus de **720 400 places**.
- La **médicalisation des ÉHPAD se poursuit** avec l'augmentation du nombre de soignants auprès des résidents, la mise en place d'une astreinte infirmière de nuit , l'intervention des équipes mobiles gériatriques hospitalières des services de l'HAD et l'évolution des missions du médecin coordonnateur et le développement de la télémédecine ( 416 M€ fléchés d'ici 2021).
- **Dans cet environnement, les USLD redéfinies se démarquent de moins en moins des ÉHPAD et ne répondent pas de façon satisfaisante** aux objectifs fixés par la réforme de 2008 qui visait à mettre en adéquation la population accueillie avec la vocation sanitaire de la structure.

## LES USLD DE L'AP-HP IMPACTÉES PAR LA MONTÉE EN CHARGE DU SECTEUR MÉDICO SOCIAL

- Aujourd'hui concurrencées par des ÉHPAD plus médicalisées dont le confort hôtelier s'est amélioré, les USLD de l'AP-HP sont devenues moins attractives pour les résidents et leurs familles. L'activité est en baisse de 4,4 % en 2017.
- De nouveaux besoins émergent par ailleurs pour des prises en charge au long cours complexes et non gériatriques.
- L'USLD n'est plus l'étape ultime de la filière gériatrique, une part non négligeable de patients – **38% sortent de l'USLD** pour un retour à domicile ou en ÉHPAD et les durées moyennes de séjour sont à la baisse.

# Une activité dégradée et des engagements vis-à-vis de la tutelle non tenables

APHP

CRPA-B - Evolution des Comptes d'exploitation 2016/2017 par titre

## Charges

Titres	CEX 2016	CEX 2017 Provisoire	Evolution 2016/2017	
			Montant	%
CT1	126 990 261 €	125 814 693 €	-1 175 568 €	-0,9%
CT2	6 992 445 €	6 888 641 €	-103 804 €	-1,5%
CT3	63 488 082 €	63 591 203 €	103 121 €	0,2%
CT4	8 224 830 €	15 694 028 €	7 469 198 €	90,8%
<b>TOTAL CHARGES</b>	<b>205 695 618 €</b>	<b>211 988 565 €</b>	<b>6 292 947 €</b>	<b>3,1%</b>

## Produits

Titres	CEX 2016	CEX 2017 Provisoire	Evolution 2016/2017	
			Montant	%
PT1	101 774 044 €	100 438 331 €	-1 335 713 €	-1,3%
PT2	21 998 807 €	21 108 188 €	-890 618 €	-4,0%
PT3	71 241 934 €	70 016 136 €	-1 225 798 €	-1,7%
PT4	7 237 790 €	7 238 310 €	520 €	0,0%
<b>TOTAL PRODUITS</b>	<b>202 252 575 €</b>	<b>198 800 965 €</b>	<b>-3 451 610 €</b>	<b>-1,7%</b>

RESULTAT

-3 443 043 € -13 187 600 € -9 744 557 €

**Un résultat 2017 en forte dégradation à - 13,2 M€ :**

Charges d'exploitation courante en baisse par rapport à 2016

Charges d'amortissements et de dotations aux provisions en hausse (opérations de fiabilisation de l'imputation budgétaire des immobilisations et des créances irrécouvrables engagées courant 2017)

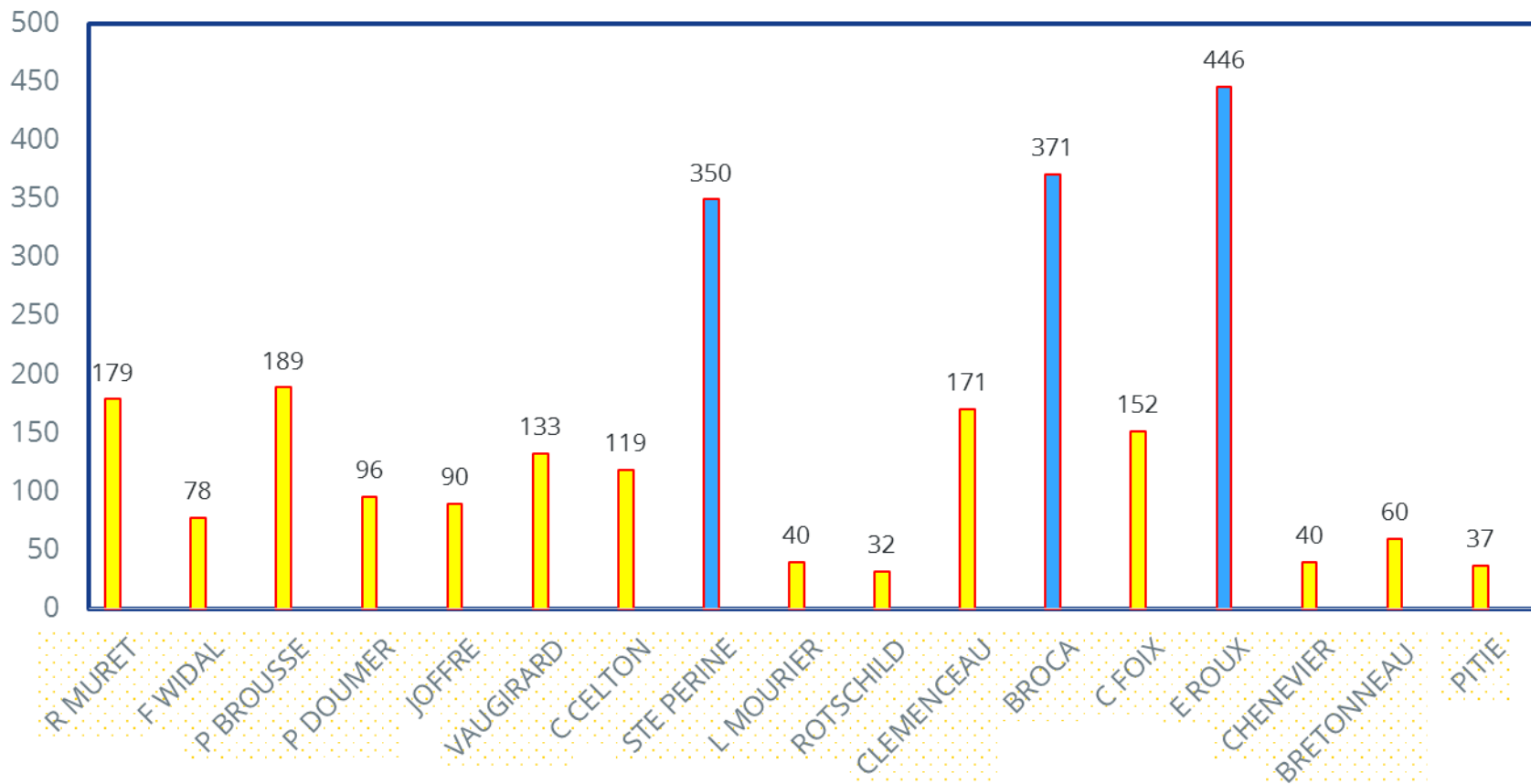
Diminution des produits d'activité du fait d'une baisse du nombre de journées (- 4,4 %), dans un contexte de gel des tarifs d'hébergement et de dépendance à compter de 2017

NOMBRE DE JOURNEES	905 407	865 337	-40 070	-4,4%
FORFAIT SOINS GIR 1 ET 2	752 986	718 159	-34 827	-4,6%
FORFAIT SOINS GIR 3 ET 4	123 915	122 690	-1 225	-1,0%
FORFAIT SOINS GIR 5 ET 6	8 576	6 354	-2 222	-25,9%
FORFAIT SOINS MOINS DE 60 ANS	19 930	18 134	-1 796	-9,0%

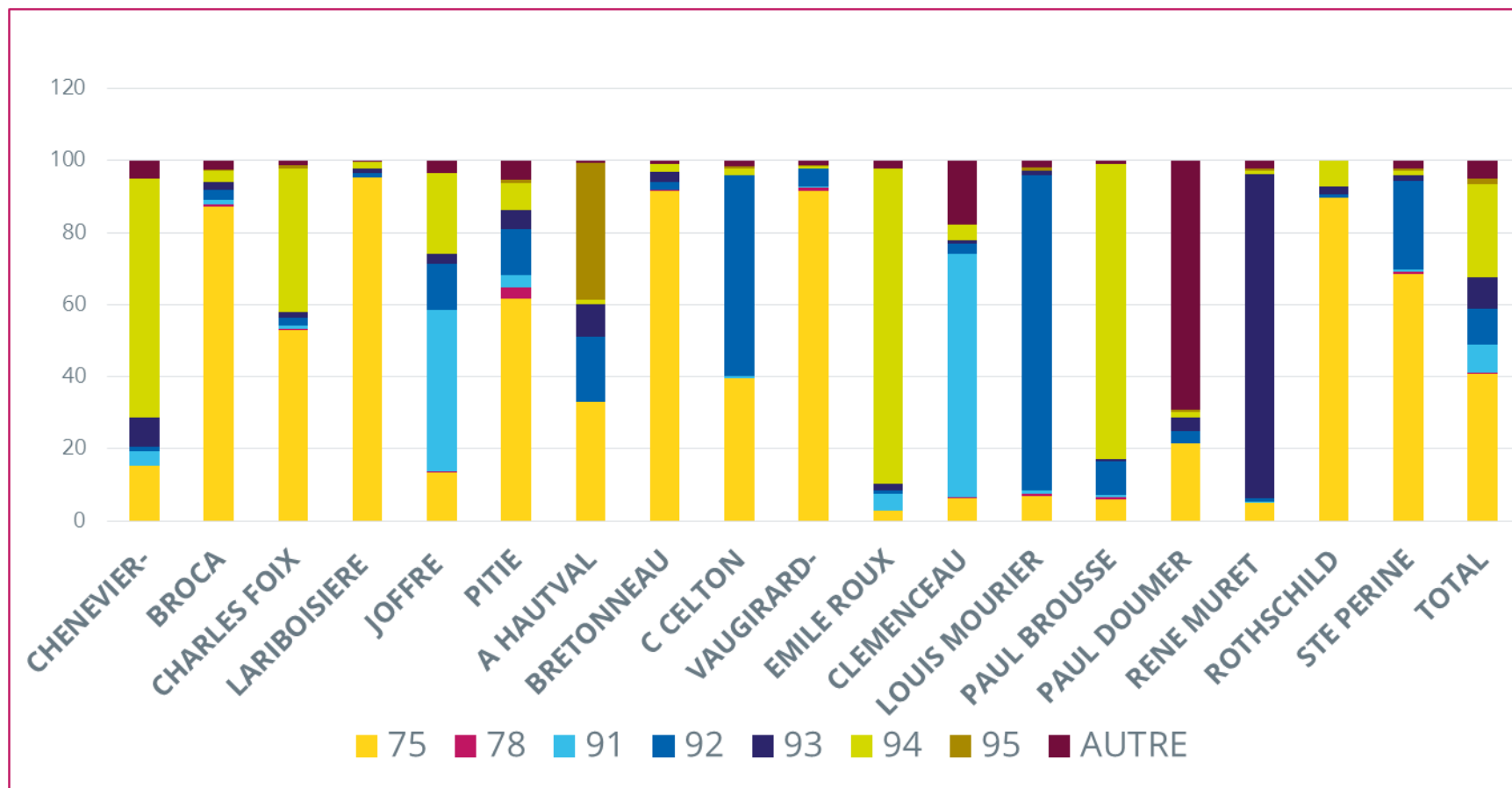
# Une méthode de travail intégrée : une mission médico-administrative sur le devenir des USLD

- Au-delà de l'approche structure mise en avant par le scoring, une approche centrée sur les patients est engagée
- Analyse rétrospective du parcours des patients avec l'analyse des bases de données
- Enquête médicale de la collégiale en juin 2018 dans les 17 USLD afin d'identifier les patients et les pathologies actives justifiant d'une prise en charge en SLD,
- Élaboration de nouveaux principes pour les USLD de l'AP-HP en redéfinissant leur place dans l'offre de prise en charge gériatrique régionale

## Une offre dispersée avec 3 sites représentant près de la moitié de l'offre de lits SLD

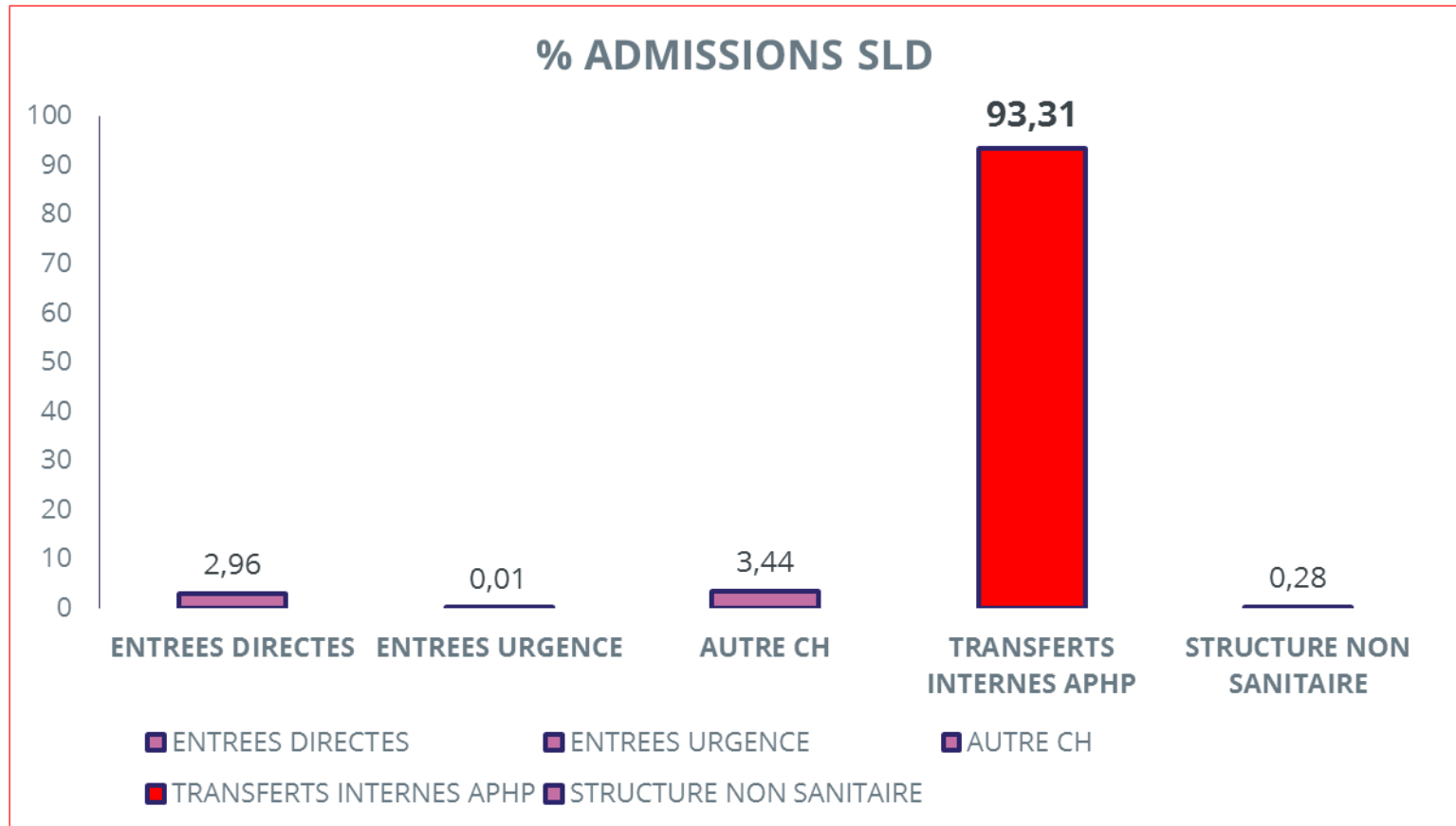


# UN RECRUTEMENT DE PROXIMITÉ

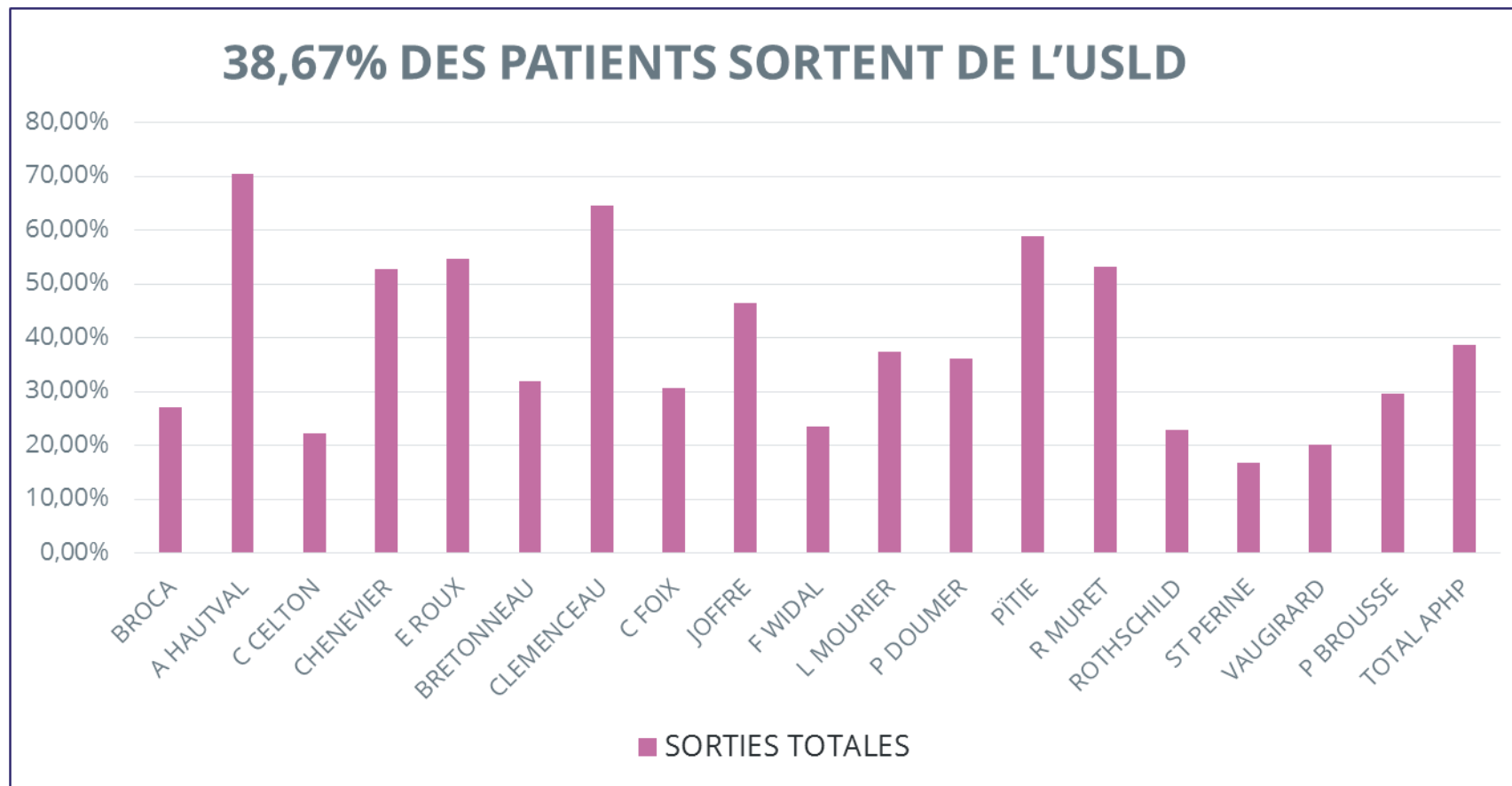




# UN RECRUTEMENT DES USLD DE L'AP-HP PEU DIVERSIFIÉ

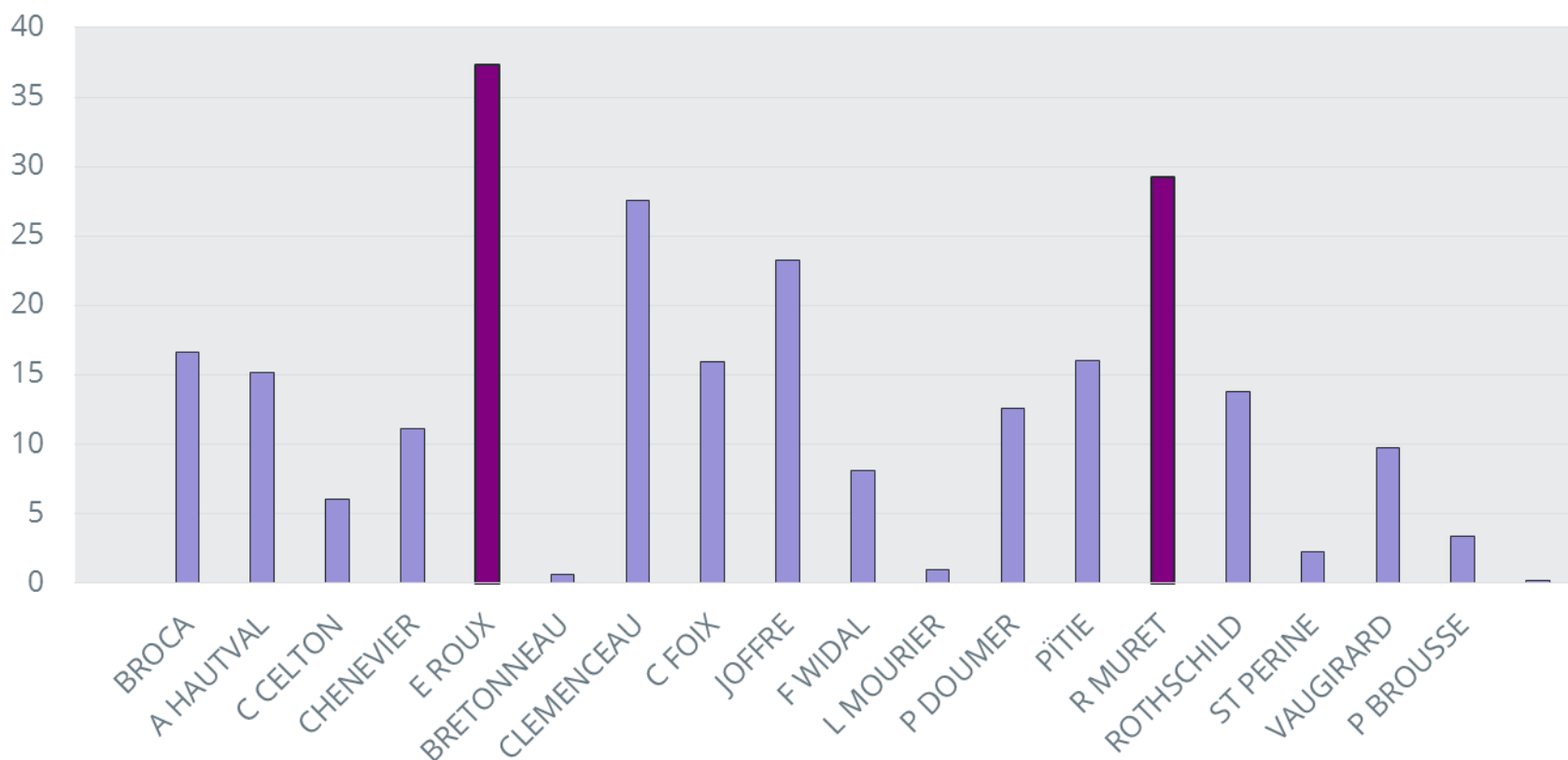


# DE NOUVELLES TENDANCES POUR LES USLD DE L'AP-HP

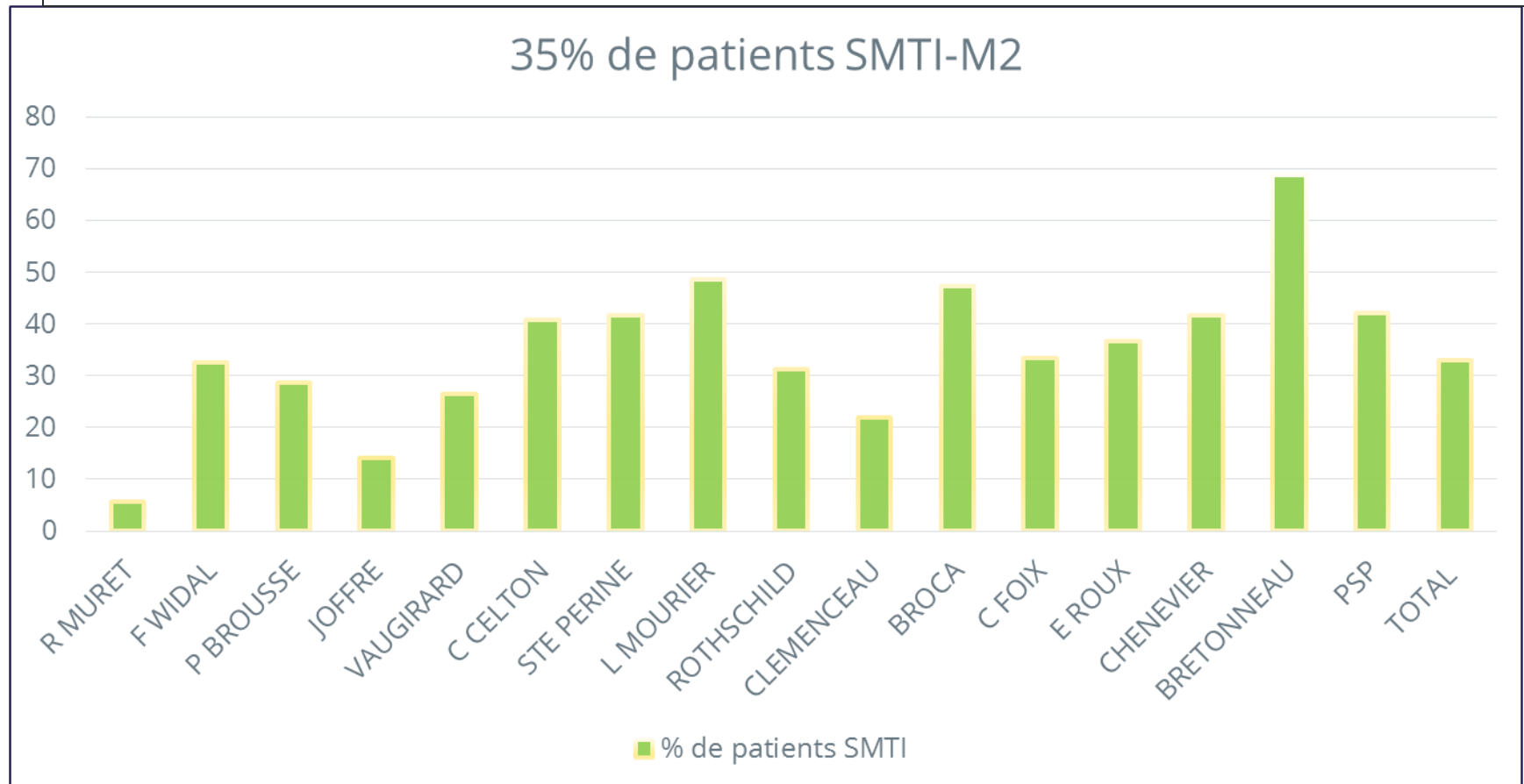


# DE NOUVELLES TENDANCES POUR LES USLD DE L'AP-HP

## 18,2% DE SORTIES VERS UN EHPAD 2013-2018



# UNE BAISSÉ DES PATIENTS HOSPITALO-REQUÉRANTS CONFIRMÉE EN 2018



# Les 10 principes pour penser autrement les USLD

- **Un recentrage des unités sur leurs missions sanitaires** qui a pour conséquence une réduction de 30 % à 50 % du nombre d'unités de soins et des capacités globales mais disposant d'un financement réévalué. L'offre régionale de prise en charge des personnes âgées dépendantes est par ailleurs maintenue par la requalification des lits SLD en lits d'ÉHPAD.
- **Des unités plus intégrées**, qui participent à la fluidité du parcours de soins des personnes âgées en proximité, un **maillon du parcours de la personne âgée**. **Des passerelles** sont structurées avec les ÉHPAD et les acteurs du domicile (SSIAD, SAD, HAD).
- **Une différenciation des publics accueillis** : des unités différenciées, majoritairement somatiques polyvalentes gériatriques et des unités spécialisées non gériatriques approximativement de 90 % et 10 % ;
- **Une allocation de ressources plus médicalisée** fondée sur un système d'information à définir dont l'AP-HP pourrait être site expérimentateur.

# Les 10 principes pour penser autrement les USLD

- **Des unités intégrées dans l'offre gériatrique interne de l'établissement et non plus isolées géographiquement** afin de dynamiser cette activité et de favoriser l'attractivité .
- **Une organisation fonctionnelle à repenser : l'environnement médico-technique** sera adapté à la prise en charge de patients présentant un état clinique relevant de soins médicaux techniques d'équilibration et d'une rééducation fonctionnelle.
- **La recherche clinique et paramédicale sera favorisée** dans ces unités sanitaires autour des spécificités des pathologies du grand âge et de la qualité des soins .
- **Une architecture à repenser** à l'aune des orientations sanitaires affirmées, notamment le ratio de chambres particulières.

# Les 10 principes pour penser autrement les USLD

- **Un assouplissement des règles tarifaires en matière d'hébergement** à promouvoir selon des critères de qualité hôtelière, à négocier avec chaque Conseil départemental.
- **Une action à mener pour améliorer le parcours des patients hébergés pour des raisons sociales** dans ces unités sanitaires. Il conviendra d'initier un travail avec les services sociaux des Conseils départementaux.

## Sortir du statu quo sur les USLD : une nécessité et une opportunité pour conforter la gériatrie de l'AP-HP

- Permet de renforcer l'attractivité de ces structures, tant pour les patients que pour les professionnels avec des conditions d'hébergement modernisées
- Permet un projet fédérateur autour d'une gériatrie modernisée, discipline d'avenir, alliant soins et recherche autour de quelques spots gériatriques de référence
- Permet de concentrer nos forces sur la prise en charge sanitaire des patients âgées polypathologiques, cœur de notre métier de CHU
- Permet une clarification avec les autorités de tutelle sous la forme d'un nouvel avenant pour les USLD fondé sur des engagements réciproques, financement renforcé des soins et de l'investissement, avec un engagement de l'AP-HP de prendre en charge des patients hospitalo-requérants.