

Ministère de la Santé et des Solidarités

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction de l'organisation
du système de soins

Bureau de l'organisation régionale des
soins et populations spécifiques

Dominique Lelièvre

Tel : 01 40 56 65 47

Sous direction des affaires financières

Bureau du financement de l'hospitalisation

Publique et des activités spécifiques

de soins pour les personnes âgées

Florence Chenal-Chesnel

Tel : 01 40 56 55 74

Le Ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation (pour diffusion et mise
en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de département
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales
(pour mise en œuvre)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA/2007/193 du 10 Mai 2007 relative à la mise en œuvre
de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de
soins de longue durée

Date d'application : Immédiate

NOR : (texte non paru au journal officiel)

Grille de classement :

Mots clés : unités de soins de longue durée (USLD), mise en œuvre de la réforme des USLD,
organisation des soins, financement.

Textes de référence :

- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006
- Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007
- Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée
- Circulaire n°DHOS/O2/DGAS/2C/2006/212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée
- Circulaire n°DGAS/DHOS/DSS/CNSA/2006/447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées

Annexes :

Annexe 1 : Article 84 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins pour les unités de soins de longue durée

Annexe 3 : Déroulement de la procédure sur 3 ans (2007,2008,2009) Annexe 4 : Modalités techniques de répartition des crédits Annexe 5 : Tableau de synthèse régional concernant la réforme des USLD Annexe 6 : Tableau de contrôle de cohérence
--

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées polyopathologiques dépendantes ou à risque de dépendance, l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu la réintégration des USLD dans l'objectif de dépense visé à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, géré par la DHOS et la répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) mentionnées à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Ce dispositif vise à assurer une couverture de qualité des besoins sanitaires des personnes âgées dépendantes dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

L'objet de la présente circulaire est de compléter celle du 15 mai 2006 pour ce qui concerne l'organisation des soins et de définir les règles de répartition des crédits.

1. NOUVELLES DISPOSITIONS INTRODUITES PAR L'ARTICLE 84 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE ET CALENDRIER 2007

Les modifications introduites au dispositif initial par l'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 concernent l'étalement sur trois ans de la redéfinition des capacités par partition des capacités des actuelles USLD en fonction du résultat d'analyses transversales réalisées en 2006 dans chacune des régions.

Si l'obligation faite à chaque USLD de s'inscrire dans cette réforme globale est maintenue, il appartient désormais à chaque établissement de choisir au sein des trois exercices concernés celui qu'il retient pour sa transformation, en faisant connaître son projet, avant le 31 mars de l'une de ces années, par délibération de son conseil d'administration adressée à l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les partitions et transformations seront arrêtées conjointement par les ARH et les préfets de département au plus tard le 30 juin 2009. Cette date constituant une date butoir, il est indispensable que les établissements de santé concernés mènent dès à présent les réflexions nécessaires pour proposer la partition de leurs USLD.

Les arrêtés de partition et transformation entrent en vigueur le 1^{er} janvier de l'année suivant leur publication.

Pour cette année, compte tenu de la parution tardive de la présente circulaire, et de la nécessité d'engager la réforme sans plus attendre, les établissements ont par dérogation jusqu'au 30 juin 2007 pour faire connaître leur volonté d'être transformé à compter du 1^{er} janvier 2008. Je vous engage à inciter les établissements à présenter rapidement un projet en ce sens.

2. REVISION DES SCHEMAS REGIONAUX D'ORGANISATION SANITAIRE DE TROISIEME GENERATION (SROS III)

La mise en œuvre de la réforme des USLD au sein de votre région nécessite que vous puissiez inscrire les projets proposés par les établissements dans une planification territoriale.

C'est pourquoi, je vous demande d'engager dès à présent la révision du volet « personnes âgées » des SROS III, en y intégrant les USLD tant pour ce qui concerne l'implantation des unités que la révision des objectifs quantifiés exprimés en journée.

Pour élaborer votre schéma cible à échéance du SROS III, vous utiliserez la méthode habituelle d'élaboration des SROS basée notamment sur une évaluation régionale et territoriale des besoins.

Les résultats des coupes transversales réalisées en 2006 à partir de l'outil PATHOS alimenteront votre réflexion, mais vous prendrez également en considération l'évolution démographique attendue dans les prochaines années dans votre région ainsi que toutes données quantitatives ou qualitatives utiles, relatives aux différentes prises en charge.

Vous vous attacherez à assurer un maillage harmonieux de la région cohérent avec les projets médicaux de territoire et répondant au souci de proximité, très prégnant pour les USLD tout en respectant le niveau de qualité requis pour la prise en charge des personnes âgées.

Vous tiendrez compte des projets de mise en place de filières gériatriques dans lesquelles les USLD redéfinies ont vocation à s'insérer afin notamment d'assurer une meilleure fluidité dans le parcours des patients.

Vous devrez effectuer une estimation du nombre de personnes âgées prises en charge dans les établissements récemment passés sous statut médico-social, qui répondraient néanmoins à la nouvelle définition des USLD. L'objectif est en effet de disposer au sein des territoires d'un calibrage des différentes structures de prise en charge, sanitaires ou médico-sociales, adaptées aux besoins.

Vous devrez enfin réfléchir à l'adéquation des prises en charge aux groupes particuliers de patients identifiés par leur âge (patients de moins de 60 ans notamment), leur pathologie (ex : troubles neurologiques) ou leur symptomatologie (ex : existence de troubles importants du comportement) en identifiant si nécessaire, à titre expérimental, des unités de soins de longue durée les prenant spécifiquement en charge selon un maillage territorial adapté.

Vous veillerez en outre à ce que votre schéma cible soit compatible avec les options retenues dans le cadre du PRIAC.

3. PARTITION PLURIANNUELLE ET CONCERTEE

La révision du volet « personnes âgées » des SROS III ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre de la réforme des USLD.

La répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée mentionnée dans les lois de financement de la sécurité sociale sus visées constituent une première opportunité pour atteindre à l'issue du SROS, les objectifs du schéma cible.

3.1 La partition des capacités

Afin d'arrêter les capacités de chaque unité de soins de longue durée, vous devrez tenir compte des projets que vous soumettront les établissements sur la base des résultats des coupes transversales PATHOS effectuées en 2006, en vous assurant de leur compatibilité avec le SROS.

Indépendamment des objectifs quantifiés fixés à l'échéance du SROS, vous serez amenés à effectuer une première détermination des capacités en USLD, basée sur les résultats de la coupe PATHOS. Au niveau d'une région, le socle sanitaire minimum constituant les USLD redéfinies correspond au nombre de SMTI (soins médico-techniques importants) issus des coupes transversales auxquels doit être ajouté, le nombre de patients en fin de vie (profil M2).

Pour assurer une couverture satisfaisante du territoire et tenir compte de situations particulières une majoration dans une proportion raisonnable du nombre de SMTI et M2 constaté, pourra être proposé afin de rester en adéquation avec le niveau d'équipement de la région et les orientations à plus long terme du SROS.

Il vous appartiendra de justifier auprès de la DHOS, par établissement et par territoire de santé, les motifs qui vous conduisent à proposer cette majoration.

S'agissant d'une répartition de capacités existantes, cette opération ne doit pas conduire à une réduction de la capacité totale de prise en charge sanitaire et d'hébergement des personnes âgées.

Vous vous attacherez à ne retenir que des projets viables économiquement, présentant par conséquent une taille critique suffisante, en vous assurant du respect des obligations minimum

mentionnées dans l'arrêté du 12 mai 2006. Je vous précise aussi que les unités de soins de longue durée redéfinies doivent pouvoir constituer, à terme, des unités clairement identifiables en termes d'organisation et d'architecture. Votre réflexion devra s'appuyer sur le référentiel d'organisation des soins des USLD redéfinies joint en annexe 2 de la présente circulaire qui complète les référentiels existants pour les autres maillons de la filière gériatrique et expose les objectifs cibles d'organisation sur la base desquels l'ARH sera amenée à contractualiser avec les établissements de santé dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

L'ensemble des paramètres à prendre en compte doit être l'occasion d'une remise à plat du dispositif de soins au long cours pour les personnes âgées, certaines unités ayant vraisemblablement vocation à demeurer en totalité dans le champ sanitaire, d'autres ayant vocation à être qualifiées en structures médico-sociales pour la totalité de leur capacité, d'autres enfin, sans doute les plus nombreuses, à être scindées. Il est nécessaire que vous soyez garants du maintien de la cohérence de l'exercice sur trois ans.

En outre, cette clarification du dispositif ne doit en aucun cas engendrer des transferts de patients d'une structure vers une autre et ce n'est qu'au fur et à mesure du renouvellement naturel des clientèles que les établissements devront corriger les inadéquations provisoirement générées du fait de la mise en œuvre du dispositif, qui se traduiront par un décalage entre la vocation sanitaire ou médico-sociale de l'unité et le profil des patients s'y trouvant à la date de l'arrêté de partition.

3.2 La répartition des crédits

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifié prévoit la répartition des capacités et des crédits afférents entre la partie USLD redéfinie et la partie médico-sociale issue de la coupe.

L'objectif étant de redéfinir les soins de longue durée¹ pour les recentrer vers une prise en charge sanitaire des patients présentant une pathologie chronique et instable ou une polyopathie, les modalités de répartition des crédits doivent permettre aux USLD redéfinies et aux EHPAD issus de la partition de disposer des moyens de fonctionnement correspondant à leurs missions. C'est pourquoi une répartition issue de la fongibilité des enveloppes sanitaires et médico-sociales en fonction de la charge en soins techniques (répartition selon le GMPS) est apparue la plus adaptée. Vous veillerez à ce que, le taux d'encadrement de ces USLD respecte le référentiel annexé pour les USLD, dans la limite du montant de vos dotations régionales. Vous vous attacherez également au maintien des moyens humains per capita, c'est à dire au maintien du ratio d'encadrement dans les EHPAD issus de la partition à partir de l'objectif de dépenses géré par la CNSA, abondé à cet effet, dès lors que ces structures s'engagent à prendre en charge des patients très dépendants (Gir1 et Gir2). Ce taux doit respecter les orientations définies dans le plan solidarité grand âge.

Pour les établissements qui seraient en situation de « clapet anti retour », la répartition du produit de celui-ci se fera également selon le GMPS.

Cette procédure est à compléter simultanément par l'application des dispositions de la circulaire n°2006-447 relative à la campagne budgétaire pour 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées qui introduit de nouvelles modalités de calcul de la dotation « soins » notamment pour les établissements ayant un Gir moyen pondéré (GMP) supérieur à 800 ce qui est le cas de la majorité des USLD actuelles. J'attire votre attention sur le fait qu'il est néanmoins impératif qu'aucune mesure nouvelle ne soit à ce titre accordée à un établissement de soins de longue durée si ce dernier n'a pas réalisé au préalable sa partition.

A l'issue de l'opération de partition, les places accueillant des patients requérant des soins médico-technique importants et les places médico-sociales bénéficieront du niveau de crédits d'assurance maladie prévu dans la circulaire du 17 octobre 2006 au titre des établissements éligibles aux nouvelles modalités de tarification (cf. annexe 4).

Je vous rappelle que les règles de financement avec trois sections tarifaires (soins, dépendance, hébergement) demeurent applicables aux USLD redéfinies et que la partition devra se traduire par la création d'un compte de résultat prévisionnel annexe pour la partie médico-sociale.

¹ Cf arrêté du 12 mai 2006

La répartition des capacités et des dotations donnera lieu pour chaque établissement à un arrêté conjoint pris par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation et le préfet de département.

Les modalités techniques de répartition des crédits dont les principes sont exposées ci-dessus sont précisées dans l'annexe 4.

3.3 L'articulation avec les conventions tripartites

Dans tous les cas les USLD restent soumises à l'obligation de conventionnement tripartite avant le 31 décembre 2007.

Il est nécessaire que le dispositif de partition soit mentionné, selon les situations :

- soit dans la convention initiale, pour les établissements qui signeraient en 2007 et connaîtraient l'exercice annuel au titre duquel la partition serait effectuée ;
- soit ultérieurement par le biais d'un avenant ;
- soit encore à l'occasion du renouvellement de ladite convention.

Rien n'oblige en effet les établissements qui n'auraient pas fait connaître avant le 30 juin 2007 leur souhait d'entrer dans le processus de partition dès l'année 2007, de vous indiquer à l'avance l'exercice retenu. Toutefois afin de faciliter l'évaluation sur trois ans du montant des crédits nécessaires à la mise en adéquation du budget des USLD, il est souhaitable de solliciter rapidement les établissements sur cette question afin de disposer d'une programmation pluriannuelle, tant en termes d'offre de soins que de capacités. Par défaut, les établissements n'ayant pas répondu, sont réputés s'inscrire dans la réforme en 2009.

4. LA CONCERTATION

Vous mènerez une concertation très large avec l'ensemble des partenaires concernés d'une part à l'occasion de la révision du SROS et d'autre part à l'occasion de la partition des USLD notamment avec les conseils généraux concernés par la prise en charge des personnes âgées de votre région ou les conférences sanitaires de territoire. Dans la pratique, ces deux étapes pourront largement être confondues mais il n'en demeure pas moins impératif de respecter strictement les dispositions réglementaires relatives à la révision des SROS.

Suivant le contexte local, vous pourrez également être amenés à associer les fédérations d'établissements représentatives y compris celles du secteur médico-social.

Concernant la partition des capacités et des crédits, qui peut s'étaler sur trois ans, vous devrez consulter chaque année le CROS et le CROSMS mais cette consultation ne devra porter que sur les grands équilibres entre capacités sanitaires et capacités médico-sociales issues de la procédure de partition et leur répartition.

L'arrêté mentionné au V de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, valant autorisation, il n'est absolument pas nécessaire que les établissements concernés présentent un dossier individuel à ce titre.

Pour l'année 2007, nous vous invitons à soumettre au cours du second semestre le projet d'ensemble de la répartition des capacités au titre de 2007, pour avis, au CROS et au CROSMS, si possible réunis en formation conjointe, en application de l'article R.6122-22 du code de la santé publique. Ce calendrier s'appliquera aux deux années suivantes de la mise en œuvre de la réforme, soit en 2008 et 2009.

5. MODALITES DE SUIVI DE LA DEMARCHE

Afin d'assurer une visibilité quant à la mise en place de la réforme dans les régions, nous vous demandons de retourner à la DHOS et à la CNSA par courriel à michel.gentile@sante.gouv.fr et à polebudgetaire@cnsa.fr, au plus tard le 31 août 2007 les tableaux de synthèse régionaux joints en annexe 5 et 6.

Vous voudrez bien faire part à la DHOS (bureau O2 pour l'aspect organisation des soins et bureau F2 pour l'aspect financement) des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire.

Le ministre de la santé et des solidarités

Philippe BAS

ANNEXE 1

Article 84 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :

1° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« *III.* - Par exception aux dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent avant le 30 juin 2009, par arrêté conjoint, la répartition des capacités d'accueil et des ressources de l'assurance maladie relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale des établissements, pour chaque établissement mentionné au 2° de l'article L. 6111-2 après avis de son organe délibérant.

« Pour chaque établissement, l'arrêté conjoint est pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet, au vu du résultat des analyses transversales réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme inter départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

« Cet arrêté prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant sa publication.

« Afin d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en adéquation du budget de la section des unités de soins de longue durée avec le résultat de l'analyse transversale, chaque établissement fait connaître au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet, par décision de son organe délibérant, l'exercice annuel au cours duquel cette répartition est arrêtée. Cette délibération doit parvenir au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet avant le 31 mars de l'exercice annuel retenu. » ;

2° Le IV est abrogé ;

3° Au V, dans la première et la seconde phrase, les mots : « aux III et IV » sont remplacés par les mots : « au III ».

ANNEXE 2

SOINS DE LONGUE DUREE

Référentiel d'organisation des soins

1- Définition

Les unités de soins de longue durée ont été définies par l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement du domicile.

2- Missions

- Assurer aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels,
- Prévenir l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes,
- Elaborer un projet de vie individuel pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie,
- Assurer l'accompagnement des familles et des proches.

3- Modalités de prise en charge

Les modalités de prise en charge sont adaptées au type de malades accueillis, notamment dans le cas de malades atteints de pathologies chroniques (en particulier, maladies dégénératives du système nerveux central ...).

Pour la prise en charge des patients, âgés de moins de 60 ans, atteints de maladies neuro dégénératives, il revient aux ARH, au vu du résultat des coupes transversales réalisées en 2006, d'apprécier l'opportunité de mettre en place des unités spécifiques sous la responsabilité de médecins spécialistes correspondant à la pathologie prise en charge (neurologue ...) ou d'assurer dans quelques lits dévolus à la prise en charge de ces personnes au sein des USLD, le recours aux avis spécialisés nécessaires.

S'agissant de patients présentant des troubles mentaux mais stabilisés, devenus âgés, les ARH peuvent être amenées en concertation avec les établissements concernés à évoquer la pertinence soit d'un regroupement soit d'une dispersion de ces patients au sein d'unités de soins de longue durée, le cas échéant en termes d'adaptation architecturale du bâti afin de faciliter leur prise en charge et de prévenir des sorties inopinées.

Les soins palliatifs doivent être mis en œuvre dans les USLD pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cette prise en charge doit s'appuyer sur le dispositif mis en place dans les régions en matière de soins palliatifs, en s'appuyant notamment sur les équipes mobiles et l'unité de soins palliatifs. Il est donc nécessaire que les USLD disposent de lits identifiés de soins palliatifs.

4- Place dans la filière

Les USLD assurent la prise en charge de patients soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale. En conséquence ils permettent de proposer une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé du patient quand il s'avère qu'un maintien ou un retour du patient à son domicile ou substitut de domicile n'est plus possible et d'éviter la prolongation non justifiée d'une hospitalisation en court séjour ou en SSR.

Les USLD participent au fonctionnement des filières gériatriques.

Les USLD peuvent être situées dans le centre hospitalier support de la filière et disposant du court séjour gériatrique ou dans tout autre établissement de santé faisant partie du territoire d'implantation de la filière.

L'articulation des USLD avec les autres structures de soins de la filière et leurs obligations réciproques sont formalisées par voie de convention.

- **Mode d'entrée des patients**

Le médecin traitant après concertation avec le patient et ses proches formule une demande d'admission. L'admission s'opère après accord du médecin chargé de l'unité de soins de longue durée après évaluation gériatrique médico-psycho-sociale comportant une évaluation de l'autonomie et des soins médico-techniques requis, qui peut notamment être réalisée par l'équipe mobile de gériatrie ou l'unité de consultations et d'hospitalisation gériatriques. Dans le cas d'un patient en provenance d'un établissement médico-social l'admission est prononcée en concertation avec le médecin coordonnateur.

- **Recours à des avis spécialisés**

La convention constitutive de la filière garantit l'accès des patients aux spécialités y compris la psychiatrie. Les troubles psychiatriques des patients d'USLD doivent être pris en charge in situ par les médecins des USLD en collaboration avec le secteur de psychiatrie ou, selon la gravité des troubles, par les équipes mobiles composées de professionnels de la psychiatrie (psychiatre, infirmier) susceptibles d'intervenir à la demande des USLD.

- **Mode de sortie**

Si une amélioration suffisante de l'état de santé du patient se produit et que la surveillance pluri-quotidienne n'apparaît plus nécessaire, le patient peut être dirigé sur un établissement médico-social ou à domicile.

5- Implantation géographique

L'implantation des USLD sur le territoire régional doit assurer un maillage permettant aux USLD de remplir leur rôle d'aval au sein de la filière gériatrique tout en respectant le souci de proximité afin que les familles et les proches puissent avoir accès à ces structures dans des délais de transport raisonnables.

6- Moyens de fonctionnement

- **Dimensionnement**

Il est souhaitable qu'une USLD dispose au minimum d'environ 30 lits dans le respect des contraintes architecturales. Les lits d'USLD ont vocation à être, à terme, physiquement et fonctionnellement regroupés.

- **Personnel médical et non médical**

Une présence infirmière et aide soignante doit être assurée 24h sur 24. Une permanence médicale sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée.

Les effectifs soignants et médicaux sont déterminés par le calcul de la dotation soins basée sur le GMPS de l'USLD, qui tient compte du GMP (Gir moyen pondéré) et du PMP (Pathos moyen pondéré).

En tout état de cause, il est recommandé qu'une USLD redéfinie prenant en charge des patients requérant des soins médico-techniques importants tende vers un taux d'encadrement compatible avec la lourdeur des patients pris en charge, soit un taux d'encadrement (infirmier, aide soignant, agent hospitalier, personnel paramédical, personnel médical) de l'ordre de 1,1 équivalent temps plein par lit recouvrant :

- 0,5 équivalent temps plein de personnel médical pour environ 30 lits,
- 0,8 équivalent temps plein de personnel soignant (infirmier, aide soignant, agent hospitalier) par lit,
- du temps de kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, podologue, psychologue, diététicienne et assistante sociale.

Ces indicateurs ne constituent cependant pas des normes d'encadrement.

L'équipe pluridisciplinaire doit être formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques.

- Coordination de la prise en charge

Elle est assurée par un médecin formé en gériatrie (DESC ou capacité de gériatrie).

- Organisation managériale

Les USLD ne dérogent pas au fonctionnement général de l'hôpital notamment en matière d'inscription dans les pôles et ne bénéficient pas d'instances particulières.

Dans les grands centres hospitaliers, il est en revanche souhaitable qu'un personnel de la direction (directeur adjoint ou attaché d'administration hospitalière) soit plus spécifiquement chargé des USLD et de la filière gériatrique.

- Locaux et équipements

A terme, les USLD devraient disposer de locaux et d'équipements adaptés aux patients présentant une dépendance physique ou psychique :

- des chambres à un ou deux lits équipées en fluides médicaux (oxygène et vide) et adaptées à la dépendance (lits à hauteur variable électriques, systèmes de transferts...) disposant d'un cabinet de toilette avec WC ou d'une douche avec siphon de sol et accessible aux personnes en fauteuil roulant,
- des espaces de circulation équipés de main courante,
- un lieu de réception des familles,
- des locaux de stockage de matériels pour personnes handicapées (fauteuils roulants, aides à la marche...),
- des lieux de convivialité (salons, salle à manger...).

Dans le cadre du conventionnement des USLD, leurs locaux doivent en outre être conformes aux normes architecturales et qualitatives figurant dans le cahier des charges des conventions tripartites.

Les USLD ont accès sur site aux électrocardiogrammes et accès sur site ou par convention, dans les délais requis par l'état de santé du patient, aux radiographies standards sans préparation.

Ils ont accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courants.

Ils ont accès sur site ou par convention aux soins dentaires.

7- Indicateurs annuels de suivi

Nombre de journées réalisées

Nombre d'admissions

Durée moyenne de séjour

Composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein

Composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein

Répartition des modes d'entrée

Répartition des modes de sortie

GMP

PMP

ANNEXE 3**Déroulement de la procédure sur 3 ans (2007,2008,2009)**

Actions à mettre en œuvre	Calendrier
Révision des SROS III pour les USLD	Dès à présent
Réflexion des établissements	Dès à présent
Concertation (ARH, établissements, DDASS, conseil général, fédérations...)	Dès à présent
Envoi du projet d'inscription dans la réforme par les établissements à l'ARH	Au plus tard le 31 mars de l'année n à l'exception de l'année 2007 En 2007 : à titre dérogatoire, 30 juin 2007
Envoi du tableau synthétique régional par l'ARH à la DHOS	Au plus tard le 30 avril de l'année n En 2007 : 31 août 2007
Prise des arrêtés conjoints ARH/préfets de département	Au plus tard le 30 juin année n En 2007 : le 31 octobre 2007
Envoi des montants à transférer entre enveloppe médico-sociale et USLD par l'ARH à la DHOS	Au plus tard le 31 octobre de l'année n
Consultation du CROS et du CROSMS	Au cours du second semestre de l'année n
Prise d'effet de l'arrêté	1er janvier année (n+1)

Annexe 4

Les modalités techniques de répartition des crédits

La répartition des crédits rendant fongibles les enveloppes sanitaires et médico-sociales devra être faite en fonction d'une même clé de répartition tenant compte, quels que soient les profils constatés, du nombre total des points GMPS de chacune des structures, ainsi calculée :

$$\begin{aligned} & (GMP+PMP*2.59) * \text{Nombre de SMTI et M2 constaté} \\ & \text{et} \\ & (GMP+PMP*2.59) * \text{Nombre de non SMTI constaté (sauf le nombre de M2 constaté)} \end{aligned}$$

L'exemple cité ci-dessous illustre ces modalités de répartition :

Prenons l'hypothèse d'une USLD de 100 lits avec une dotation soin de 1 000K€ et dont les résultats de la coupe « PATHOS » affichent une répartition SMTI+M2/ non-SMTI de 40/60 patients avec les données suivantes : pour la partie USLD redéfinie, un GMP de 856 et un PMP de 580, pour la partie EHPA un GMP de 844 et un PMP de 153. La répartition des crédits sera donc de 559 K€ pour la partie USLD redéfinie et de 440 K€ pour la partie médico-sociale.

Les répartitions des capacités et des crédits ainsi réalisées, vous définirez avec l'USLD redéfinie et l'EHPAD issu de la partition, l'abondement financier nécessaire pour appliquer les nouvelles modalités de calcul de la DOMINIC introduites par la circulaire du 17 octobre 2006 soit :

<p>Ressource plafond d'assurance maladie =(GMP + (PMP*2.59)) * 12 € * capacité cible de l'USLD redéfinie</p> <p>Ressource plafond d'assurance maladie = (GMP + (PMP*2,59)) * 12 € * capacité cible de l'EHPAD issu de la partition</p>
--

Sans préjudice des abondements consentis au profit des USLD sur l'ODAM sanitaire d'une part et au profit des EHPAD sur l'OGD géré par la CNSA d'autre part.

Annexe 6 : Tableau de contrôle de cohérence

Région	
Nom de l'établissement	
Numéro FINESS de l'établissement	
capacité autorisée nombre journées produites (dernier exercice)	
capacité sanitaire envisagée capacité médico sociale envisagée crédits d'assurance maladie (dotation soins) valeur du point GMPS circulaire 17 octobre 2006	12

	capacité	GMP	PMP	soit GMPS/ place	total points GMPS	valeur interne point avant redéfinition
capacité SMTI validée par ERSM						
Capacité non SMTI validée par ERSM						

Montant en € transféré à l'enveloppe MS au titre de la répartition au GMPS (A)	
Montant apporté par l'enveloppe CNSA (B)	
total enveloppe médico sociale (A+B)	

Montant en € restant dans l'enveloppe USLD abondement sanitaire	
total enveloppe sanitaire	

Total sanitaire et médico-social après réforme surcoût Assurance maladie	
---	--

Echéancier des financements			
	2008	2009	2010
Abondement sanitaire			
CNSA			

Merci de retourner ce tableau à Florence Chenal-Chesnel – Bureau F2- et à la CNSA par mel avant le 31 août 2007 : florence.chenal@sante.gouv.fr et polebudgetaire@cnsa.fr.