

Le 30 JUIN 2008



MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Sous-direction de l'Organisation des Soins
Bureau de l'Organisation de l'Offre Régionale des Soins
et des Populations Spécifiques – O2

Personne chargée du dossier :
Cécile BALANDIER

Tél. : 01 40 56 65 47
Fax : 01 40 56 63 02
cecile.balandier@sante.gouv.fr

00418

Paris, le 12 JUIN 2008

La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'agence régionale d'hospitalisation

OBJET : LA REFORME DES USLD DANS LA PLANIFICATION

Ref :

Copie : FHF/FEHAP/FHP

Mon attention a été appelée sur un certain nombre de difficultés et d'incompréhension que susciteraient, au niveau local, la mise en application de la réforme des unités de soins de longue durée (USLD). A l'approche de la finalisation des opérations de partition pour l'année 2008, il me paraît en conséquence nécessaire de rappeler la philosophie et l'économie de cette réforme qui, loin d'être strictement mécaniste, est au cœur de la planification à plus d'un titre.

1. Les USLD, conformément à l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, sont soumises à l'obligation de conventionnement tripartite. Seul cet engagement contractuel leur permet de bénéficier de financements supplémentaires dites « mesures nouvelles ». Les USLD déjà conventionnées et dont la partition modifie les capacités devront procéder par avenant à une modification de leur convention tripartite.

2. La partition basée sur les résultats des coupes transversales 2006 s'inscrit dans une démarche de planification dont elle constitue la première et nécessaire étape. La réalisation de cette étape ne peut se faire sans prendre en compte la notion de proximité et la réponse aux besoins sanitaires qui restent déterminantes. L'équilibre doit être trouvé en matière de localisation des unités des USLD redéfinies avec le respect de leurs conditions techniques de fonctionnement prévues dans l'arrêté du 12 mai 2006.

L'utilisation de la marge nationale - environ 7 000 lits- permet en priorité de corriger les effets de seuil (en principe, pas d'unité d'USLD redéfinies de moins de 30 lits) et de lisser les taux d'équipement régionaux. Je vous rappelle, en outre, que lorsque l'exercice de partition conduit à des capacités résiduelles, vous avez toute latitude pour les regrouper sur un site autour d'unités viables. Le regroupement doit se faire en tenant compte, là encore, des enjeux de proximité et d'accessibilité. Tout particulièrement, vous veillerez à ce que ces localisations ne conduisent pas à un déséquilibre de l'offre entre les grandes agglomérations et les territoires de santé plus ruraux.

3. La troisième étape de la réforme des USLD consiste à réviser le volet personnes âgées du SROS et à élaborer le schéma cible. En aucune façon, les opérations de partition ne doivent conduire à déplacer les personnes âgées dépendantes. Toutefois, il convient au gré des admissions à venir dans les USLD redéfinies de n'y recruter que des personnes répondant à la définition de l'arrêté du 12 mai 2006, *« sont considérées comme unités de soins de longue durée, les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie chronique ou une polypathologie au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum »*.

Une analyse régionale concertée permettra de définir les besoins en prenant notamment en compte les évolutions démographiques et les besoins non couverts.

En 2010, à l'issue des opérations de partition, les capacités d'USLD redéfinies se trouveront stabilisées et non figées. Elles servent de point de départ à une démarche traditionnelle de type SROS qui s'articule avec la politique de prise en charge des personnes âgées prévue dans les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Cette démarche de planification se poursuivra et pourra conduire à faire évoluer progressivement les capacités d'USLD redéfinies, s'il advenait que l'écart entre l'offre de soins et les besoins de la population devait être comblé. Cette démarche de planification pourrait s'analyser en termes de créations pures pour lesquelles il faudrait alors dégager des financements en mesures nouvelles ou par redéploiements.

Je vous engage à veiller à ce que les établissements s'engagent dans la réforme, le plus rapidement possible, en soulignant plus particulièrement, les conséquences négatives pour ceux qui font le choix contraire (impossibilité de bénéficier de mesures nouvelles). Je compte sur votre engagement permanent au service de la restructuration d'un secteur-clef de la prise en charge sanitaire.

Vous recevrez une circulaire plus technique faisant un point détaillé de la partition 2007 et rappelant la procédure pour 2008.

Merci de votre engagement

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR