

Le 16 janvier 2009

ARRETE

Arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée

NOR: SANH0622048A

Version consolidée au 16 janvier 2009

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006,

Arrêtent :

Article 1

Pour la mise en oeuvre de la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs prévus 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, mentionnée au III de l'article 46 de la loi du 19 décembre 2005 susvisée, sont considérées comme unités de soins de longue durée (USLD) les unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polypathologie, 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.

Article 2

Le référentiel destiné à la réalisation des coupes transversales à visée statistique dans les régions prend en compte les données issues de l'outil logiciel Pathos développé par l'assurance maladie et comporte les items suivants regroupés sous quatre rubriques :

1. Des données d'identification des unités de soins existantes :

- personne morale gestionnaire ;

- capacité totale de l'USLD ;
- nombre de patients accueillis de moins de 60 ans ;
- GIR moyen pondéré (GMP) ;
- Pathos moyen pondéré (PMP) ;
- organisation de l'USLD en unités de vie (notamment nombre de patients dans une unité) et définition retenue par l'établissement de la notion d'unité de vie (contraintes architecturales notamment) ;
- éléments relatifs à la filière gériatrique existant dans l'établissement : nombre de lits et nombre d'admissions annuelles en service de court séjour gériatrique, dans l'unité ou la zone d'hospitalisation de très courte durée, en service de soins de suite et de réadaptation, en unités de soins palliatifs et pourcentage de patients âgés de 75 ans et plus dans ces structures, et éléments relatifs à la filière gériatrique du territoire de santé, fournis par l'agence régionale d'hospitalisation ;

2. Des prérequis concernant la continuité des soins et de la surveillance :

- présence médicale le jour et, au minimum, une astreinte la nuit, les dimanches et les jours fériés ;
- présence infirmière 24 heures sur 24 ;
- équipement des chambres d'USLD en fluides médicaux (oxygène, vide) ;
- 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 ;
- accès sur site ou à l'extérieur, par voie de convention, à des examens de biologie et aux explorations fonctionnelles courants ;

3. Des indicateurs de profil des soins requis issus du logiciel Pathos.

Ces indicateurs sont :

- un indicateur global :
 - taux de SMTI (personnes requérant des soins médicaux et techniques importants) ;
 - des indicateurs de profils de soins spécifiques :
 - taux de T2 (soins médicaux et techniques d'équilibration et de surveillance rapprochée d'un patient et/ou de son traitement) ;
 - taux de R1 (soins de rééducation fonctionnelle lourde) ;
 - taux de M1 (soins médicaux et techniques d'accompagnement lourds psychologiquement et/ou techniquement) ;

- taux de M2 (soins médicaux et techniques d'accompagnement induits pour un état crépusculaire conduisant au décès à plus ou moins longue échéance) ;
 - taux de S1 (surveillance médicale régulière programmée et/ou simple administration de médicaments) ;
 - taux de S0 (absence de soin médical ou technique requis) ;
4. Un indicateur de fréquence des épisodes de décompensation :
- taux de personnes ayant subi au moins une décompensation au cours des trois derniers mois précédant l'analyse transversale.

Article 3

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 12 mai 2006.

Le ministre de la santé et des solidarités,
Xavier Bertrand
Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,
Philippe Bas