

## Unités de soins de longue durée

### PRINCIPES DU BORDEREAU

Le bordereau décrit les capacités d'accueil, l'activité et le personnel des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), services hospitaliers à part entière, relevant du champ sanitaire, clairement distincts des hébergements pour personnes âgées ou dépendantes relevant pour leur part du secteur médico-social.

Par définition, « il s'agit d'unités accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une polyopathologie, soit active 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 ».

Les soins de longue durée constituent un des grands groupes de disciplines d'équipement.

Les objectifs du bordereau sont :

- Décrire cette activité sanitaire pour préciser l'offre de soins en la matière et l'isoler des hébergements médico-sociaux.
- Connaître les chiffres d'activité, qui à ce jour ne relèvent d'aucun recueil PMSI.
- Rendre compte de l'organisation des filières de soins d'amont et d'aval et des prises en charge spécifiques organisées dans l'établissement (gériatrie et géronto-psychiatrie, soins palliatifs, accueil de jour pour patients atteints d'Alzheimer ou de syndromes apparentés).

### QUI REMPLIT LE BORDEREAU

Ce bordereau est à remplir pour tous les établissements géographiques qui ont une activité autorisée de soins de longue durée. L'activité est déclarée soit sur son propre questionnaire lorsqu'il figure dans la liste des établissements interrogés, soit sur le questionnaire de l'établissement qui se trouve à la même adresse.

Ce bordereau se déclenche en fonction de la question A6 du bordereau FILTRE (unités de soins de longue durée).

### REFERENCES REGLEMENTAIRES

Article L.6111-2 du code de la santé du 11 février 2005.

Article 46 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale.

Article 1 de l'arrêté du 12 mai 2006 (définition des USLD).

### CAPACITÉ ET ACTIVITÉ

**Case A1 :** Le nombre de lits installés au 31 décembre de l'année est égal à la somme du nombre de lits en état d'accueillir des malades. Les lits fermés temporairement (pour manque de personnel notamment) sont à exclure des décomptes, sauf en cas de travaux ou désinfection occasionnant une fermeture de très courte durée (quelques jours). Le nombre de lits correspond aux lits intégrés au sein de services d'hospitalisation complète, y compris l'hospitalisation de semaine. Il ne comprend pas les brancards ni les lits supplémentaires montés en cas d'urgence.

Cette capacité demandée correspond à une capacité réelle d'accueil et non à une capacité autorisée ou de type objectifs quantifiés (ex OQOS).

**Case A2 :** Nombre de journées réalisées pour l'année en hospitalisation complète. Si la personne effectue un séjour en MCO ou en SMR, ce séjour interrompt le comptage des journées en soins de longue durée (qui reprend après).

**Case A3 :** Les entrées totales se définissent comme la somme des entrées directes (entrée dans l'entité juridique, entrée en USLD même si le patient était déjà hospitalisé dans l'établissement dans un autre groupe de disciplines), ou par mutation (provenant d'une USLD d'un autre établissement au sein de la même EJ).

**Case A28** : Nombre de décès ayant eu lieu pendant l'année.

## ORGANISATION DES FILIÈRES DE SOINS

**Ligne 4 à 9** : Filières d'amont. L'information demandée concerne le nombre de patients accueillis dans l'USLD en distinguant pour chaque provenance (service d'urgences, services de MCO, unité de court séjour gériatrique, services de SMR, services de psychiatrie et services d'HAD) si ces unités ou services font partie ou non de la même entité juridique que l'USLD. L'ensemble correspond aux entrées directes.

La venue d'une autre USLD n'est pas à comptabiliser. Lorsque le patient vient d'un EHPAD, le comptabiliser en ligne 10 (domicile ou substitut).

**Ligne 10** : Nombre de patients accueillis provenant du domicile ou d'un substitut de domicile.

**Cases A11 à A15** : Prises en charges spécifiques. Il s'agit du nombre de patients (ensemble des patients accueillis en USLD, pas uniquement les entrées directes) pris en charge par certaines équipes, qu'il s'agisse de professionnels du même établissement que l'USLD ou pas. Sont identifiées les prises en charge :

- par un pôle d'évaluation gériatrique (A11) ;
- par une équipe mobile de gériatrie (A12) ;
- par des intervenants professionnels de géronto-psychiatrie (A13) ;
- par une équipe mobile de soins palliatifs (A14) ;
- dans le cadre d'un accueil de jour Alzheimer (A15).

**Cases A16 à A18** : Filière d'aval. Il s'agit du nombre de patients qui, après leurs séjours en USLD, sont confiés :

- à un EHPAD (A16) ;
- à un réseau ville hôpital, dans le cas d'un retour à domicile (A17) ;
- à une maison de retraite (A18).

## PERSONNEL DE L'USLD AYANT CONCOURU À L'ACTIVITÉ DÉCRITE

### Colonnes E et F : Personnel concourant à l'activité de l'USLD

Le personnel à compter est celui qui concourt effectivement à produire les prestations de soins décrites dans le bordereau, que ce personnel soit salarié ou non, rémunéré ou non par l'établissement. Il peut s'agir de personnel entièrement dédié à l'activité décrite, ou de professionnels mutualisés pour assurer les soins dans différentes unités.

Les effectifs et les équivalents temps plein travaillés (ETP\_T) du personnel sont ceux qui contribuent à l'activité des unités décrites dans le bordereau, même s'ils partagent leur temps avec d'autres unités ou secteurs. À partir de la SAE 2022, le décompte des ETP travaillés (ETP\_T) concerne uniquement les salariés, le calcul d'ETP\_T s'étant avéré compliqué pour les libéraux. Pour ces derniers, seul un décompte des effectifs physiques présents au 31 décembre est demandé.

Les ETP\_T correspondent au temps travaillé et non au temps rémunéré (un salarié de l'établissement à temps partiel à 80 % sera compté 0,80 même s'il est rémunéré à 86 %), sur une mesure en moyenne annuelle.

(Lire aussi [les principes généraux de remplissage du « Personnel dans les bordereaux d'activités et de soins »](#)).

Pour les médecins libéraux, les effectifs physiques présents au 31 décembre sont approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

**Colonne E** : ETP travaillés (ETP\_T) des personnels **salariés**, en fonction du temps qu'ils consacrent à l'activité d'USLD, y compris les temps partiels et les vacataires. Sera compté ici le temps travaillé et non le temps rémunéré, sur une mesure en moyenne annuelle.

**Colonne F** : Effectifs physiques des libéraux présents au 31 décembre, quel que soit le temps passé à travailler dans l'établissement, approchés en comptant les libéraux qui sont intervenus dans l'établissement géographique au mois de décembre, pour éviter d'avoir un biais lié aux congés de fin d'année.

**Cases D19 à D27** : On précisera le personnel qui est commun avec l'EHPAD si l'ET en gère un ou plusieurs (**colonne D**). La mutualisation des équipes et des compétences consiste à ce qu'un même professionnel puisse partager son temps en alternance entre l'établissement sanitaire et l'EHPAD. Elle peut prendre diverses formes. Ici, les questions concernent le partage entre l'EHPAD et l'établissement sanitaire qui gère un (ces) EPHAD.

Il peut s'agir simplement de la prise de garde de professionnels de la structure d'EHPAD au sein de l'établissement sanitaire (ou inversement). Dans ce cas, répondre OUI dans la **colonne D**, en face de la catégorie de personnel concernée.

Dans certains établissements, les équipes EHPAD et établissement sanitaire sont entièrement communes, leur planning étant organisé de manière à occuper en alternance des fonctions au sein de l'un ou l'autre secteur. Dans ce cas, la réponse aux questions de la **colonne D** est OUI.

Il existe des cas où certains personnels sont en commun, mais pas la totalité. Par convention, lorsque plus de la moitié des personnels d'une même catégorie (exemple : les infirmiers DE, avec ou sans spécialisation) est en commun, l'établissement répondra OUI.