
**Inspecteurs de l'Action Sanitaire et
Sociale**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **mars 2008**

**Améliorer l'orientation des patients en
soins de suite : quel outil pour quel
avenir ? L'exemple du Groupement de
Coopération Sanitaire nantais**

Elisabeth BERNARD

Remerciements

Je tiens à remercier Madame le Docteur SANKALE DELGA, médecin conseil à l'Assurance Maladie, qui m'a intéressé à la thématique des soins de suite et de réadaptation. Merci aussi à Françoise JUBAULT et Annie PITIOT LESIGNE.

Je remercie Madame POUPON, inspectrice de l'action sanitaire et sociale à la DDASS 44, qui m'a fourni une grande partie des documents nécessaires à mon mémoire

Je remercie également :

Monsieur PERRISSE

Madame DELECROIX

Monsieur le Docteur MEIGNIER

Madame LEROY

Madame LAGARDE

Madame HUBERT

Madame BRIENDO et Madame CHARPENTIER

pour leur accueil, leur disponibilité et leur dynamisme.

Sommaire

INTRODUCTION	3
1. LE GCS NANTES SOINS DE SUITE : UN OUTIL AU SERVICE DE L'ORIENTATION DES PATIENTS.....	8
1.1 Les origines du GCS.....	8
1.1.1 Un manque de lits de soins de suite et réadaptation particulièrement sur l'agglomération nantaise	8
1.1.2 Le GCS, une. solution aux dysfonctionnements dans l'orientation des patients par la coopération.....	9
A) Nature des dysfonctionnements observés dans l'orientation des patients.....	9
B) La création du GCS : un objectif de régulation par la coopération	10
1.2 Une mise en place reconnue mais progressive	12
1.2.1 Le GCS, une mise en place avalisée par les administrateurs	12
1.2.2 Une mise en place progressive et concertée.....	13
A) Le projet médical du GCS.....	13
B) La rencontre avec des acteurs de terrain	14
1.3 Un fonctionnement au service de l'orientation et de la circulation du patient au sein de la filière.....	16
1.3.1 Le choix de critères communs d'admission	16
1.3.2 Une procédure d'orientation formalisée.....	17
1.3.3 L'instauration d'un suivi social du patient.....	18
2. LA CELLULE D'ORIENTATION ET DE COORDINATION : UN OUTIL D'AVENIR POUR L'ORIENTATION DES PATIENTS A L'IMPACT LIMITE.....	19
2.1 Un contexte favorable à une rationalisation de l'orientation des patients.....	19
2.1.1 Un précédent : l'expérience de la coordination Rhône Réadaptation en région Rhône Alpes	20
2.1.2 Un contexte régional et territorial propice à la pérennisation de la cellule d'orientation et de coordination.....	21
2.2 La réalité actuelle du GCS.....	22
2.2.1 Une plus value dans l'orientation.....	23
A) Une réelle dynamique de coopération entre les établissements membres.....	23

a)	Une coopération effective et mesurable	24
b)	La confiance : clé d'une coopération réussie ?.....	24
B)	Une amélioration effective de l'orientation et de la circulation du patient dans la filière SSR	25
a)	L'amélioration de l'entrée du patient en soins de suite	25
b)	L'amélioration du séjour du patient en soins de suite	26
c)	La question de la sortie du patient.....	27
2.2.2.	Une plus value dans l'orientation à l'impact limité.....	29
A)	Un fonctionnement contingenté	29
a)	Un nombre de lits restreint	29
b)	Un niveau de dépendance en augmentation, source de contraintes financières	30
B)	Une réponse partielle aux besoins d'orientation.....	32
a)	Des refus d'admissions fréquents.....	32
b)	Une communication limitée sur le dispositif.....	33
c)	Une procédure d'orientation perfectible.....	34
d)	L'absence de choix du patient dans son orientation	35
3.	ÉLÉMENTS DE REFLEXION RELATIFS A LA PERENNISATION DE LA CELLULE D'ORIENTATION ET DE COORDINATION	36
3.1	La question de l'intégration de nouveaux établissements à la cellule d'orientation	37
3.1.1	L'extension du Groupement de Coopération Sanitaire	37
A)	Règles juridiques	37
B)	L'extension du GCS : avantages et inconvénients	38
3.1.2	La voie offerte par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.....	40
3.2	La cellule d'orientation face au changement : Éléments de prospective	41
3.2.1	L'impact sur le fonctionnement.....	41
3.2.2	L'impact sur les filières existantes d'orientation des patients	43
	CONCLUSION	45
	BIBLIOGRAPHIE.....	I
	LISTE DES ANNEXES	VI

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
COTER : Comité Technique Régional
CNOSS : Comité National de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRF : Croix Rouge Française
CSP : Code de la Santé publique
DARH : Directeur de l' Agence Régionale d'Hospitalisation
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP : Equivalent Temps Plein
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GIR : Groupe Iso Ressource
GMP : GIR Moyen Pondéré
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
MCO : Médecine, Chirurgie Obstétrique
MPR : Médecine Physique de Réadaptation
PMT : Projet Médical de Territoire
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
SCD : Services de Courte Durée
SLD : Soins de Longue Durée
SROS :Schéma Régional d'Organisation des Soins
SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification A l'Activité
URMLA : Union des Réalisations des Mutuelles de Loire Atlantique

Introduction

Les Soins de Suite et Réadaptation – SSR - (anciennement dénommées « moyen séjour ») poursuivent des soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale récente ou d'une affection chronique avec accident évolutif récent. Ils interviennent entre l'offre de soins en court séjour, quel qu'en soit type, et la sortie en dehors du système hospitalier. Au vu des évolutions en cours tant dans la population que dans le système de soins, l'organisation de la filière SSR est devenu un enjeu majeur.

C'est pourquoi ils sont actuellement en profonde mutation. « *Les structures de SSR représentent un secteur clé de l'offre de soins, au regard des évolutions du besoin de soins, marqués par le vieillissement de la population (plus de 70% des patients en SSR ont plus de 75 ans), la prégnance des maladies chroniques et du handicap, mais aussi la tendance à la diminution des durées de séjour et au transfert rapide des patients des structures de court séjour vers les structures de SSR (rééducation cardiaque, onc-hématologie...)* ». Tel est le constat effectué par le Rapport de présentation des projets de décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) du 6 septembre 2007. Ces projets de décrets prévoient une seule activité de SSR exercée selon trois modalités possibles :

- Les établissements de santé autorisés en SSR
- Les établissements de santé autorisés en SSR dont l'autorisation précise qu'ils prennent en charge à titre exclusif ou non des enfants ou des adolescents
- Les établissements de santé autorisés en SSR dont l'autorisation précise qu'ils prennent en charge des affections ou catégories de patients spécifiques : ces soins de suite seront spécialisés pour l'appareil locomoteur, les affections du système nerveux, les maladies cardio vasculaires, les affections du système respiratoire, les affections du système digestif métabolique et endocrinien, les affections onco hématologiques, le traitement des brûlés, les conduites addictives, les affections de personne âgée poly pathologique à fort risque de dépendance

La distinction entre Soins de suite et Médecine Physique et Réadaptation (MPR) telle qu'elle existe actuellement n'aura alors plus lieu d'être.

De façon générale, en Région Pays de Loire, ces structures sont confrontées à des contraintes persistantes, voire nouvelles, qui rendent le placement en SSR de plus en plus problématique.

Ces contraintes sont de plusieurs ordres. L'accueil dans ce type de structure s'effectue à un stade de plus en plus précoce en raison de durées d'hospitalisation raccourcies en

médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la DMS étant, en 2004, inférieure à 6 jours¹. La Région suit d'ailleurs en la matière la tendance nationale : la DREES constate en effet que « *la durée moyenne de séjour est (...) en constante diminution pour toutes les disciplines quel que soit le statut de l'établissement* »².

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans les services MCO risque en outre d'accentuer le nombre de demandes d'admission en SSR. Même si la T2A est encore trop récente pour en mesurer précisément l'impact, il est cependant avéré que « *globalement, les études mettent en évidence un impact significatif du financement à l'activité sur la diminution de la durée de séjour* »³.

L'inégalité du personnel mis à disposition dans les établissements de SSR est une réalité régionale : les ratios d'ETP pour 100 lits variaient en septembre 2003 de 1 à 6 pour le personnel soignant et de 1 à 30 pour le personnel médical⁴. Ceci implique parfois le refus de patients polyopathologiques pour lesquels un accueil est pourtant souhaitable. A contrario, le manque de personnel et de place peut induire l'accueil de patients présentant une pathologie légère. Car « *certains établissements ne sont pas en capacité d'accueillir des personnes non autonomes ou d'offrir un minimum de soins de réadaptation* »⁵

De plus, un patient peut être accueilli en soins de suite alors que son état de santé ne le justifie pas. L'Étude de l'Assurance Maladie a notamment relevé que « *les impératifs de réduction des durées de séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie et la pression des entrées, notamment en provenance de l'urgence conduisent à rechercher absolument des solutions de sortie rapide* ». ⁶ À l'inverse, le patient qui a perdu son autonomie au cours de son séjour en soins de suite peut ne pas trouver de place en soins de longue durée (SLD), ou en établissement pour personnes âgées dépendantes

¹ TALLEC (Dre), (sous la direction de), juin 2007, « La santé observée dans les pays de la Loire », *soins hospitaliers en services de MCO*, p. 3, [en ligne], http://www.sante-pays-de-la-loire.com/fileadmin/telechargements/LSO/2007LSOpdl26_3.pdf

² ARNAULT (S), FIZZALA (A), LEROUX (I), LOMBARDO (P), décembre 2006, "L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle", *Etudes et Résultats*, N° 546, p. 3

³ ROLLAND (JM), juillet 2006, « rapport d'information sur la tarification à l'activité et les établissements de santé », n° 3265, p. 52

⁴ SANKALE – DELGA (Dre), (chef de projet), décembre 2004, « Etude régionale sur les soins de suite ou de réadaptation », p. 57 [en ligne], www.cram.pdl.fr/affaires/les_publications.htm

⁵ *ibid.*

⁶ *ibid.* p. 59

(EHPAD), car le nombre de places d'hébergement pour personnes âgées dans les grandes villes de la région est insuffisant.

Dans ce contexte, le volet Soins de Suite et Réadaptation du Schéma Régional d'Organisation des Soins de troisième génération des Pays de Loire pour 2006/2010, en cours de validation par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (DARH), fait de la problématique de l'orientation des patients vers les structures de SSR un enjeu important. Car il est rappelé en introduction du SROS SSR que « *L'orientation en MPR ou en soins de suite doit reposer sur des critères liés à l'intensité des soins nécessaires, à leur polyvalence ainsi qu'à la nécessité de leur coordination et non pas sur des critères de disponibilité des lits ou d'âge, excluant systématiquement les patients âgés de certaines filières* »⁷. C'est pourquoi l'amélioration du recours aux SSR par une meilleure orientation des patients constitue le quatrième objectif de ce volet complémentaire : « *La création de cellules d'orientation, au niveau du territoire de recours, pour assurer la mise en œuvre d'une orientation adaptée, basée sur des critères médico-sociaux, est préconisée. L'objectif de cette cellule d'orientation, véritable pivot entre les services de court séjour, de SSR (soins de suite et MPR) et le domicile est de faciliter, au niveau d'un territoire, l'accès à l'orientation la plus adaptée dans les meilleurs délais, en permettant une utilisation optimale des capacités existantes.* »⁸

La question de l'orientation des patients présente donc un intérêt certain. Elle interroge le parcours du patient dans l'ensemble de la filière de soins : si le problème de l'orientation est lié à la sortie du patient d'un service de court séjour, la question de son devenir une fois que l'objectif de réadaptation est atteint se pose souvent dès l'entrée du patient en soins de suite.

En 2004, sur l'agglomération nantaise, le DARH a impulsé la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) afin de développer les coopérations inter établissements entre certains établissements publics, participants au service public hospitalier (PSPH) et privés pour faciliter l'orientation des patients en soins de suite.

En quoi ce GCS contribue – t – il à améliorer cette orientation, tel est le questionnement principal auquel ce mémoire devra tenter de répondre .

⁷ AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2007, « les soins de suite et de réadaptation », volet SSR du SROS III, version définitive, p. 1

⁸ ibid p. 10

Cette réflexion intéresse la pratique professionnelle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. Le décret n° 2002_1569 du 24 décembre 2002 portant statut particulier du corps des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale dispose dans son article 3 que : « *les membres du corps de l'inspection sanitaire et sociale sont chargés sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales de la mise en œuvre des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales de l'Etat et apportent, en tant que de besoin, leur concours à la mise en œuvre des politiques dont sont chargées les agences régionales d'hospitalisation* ». À ce titre, une IASS du service des établissements hospitaliers de la DDASS 44 est chargée par l'ARH d'accompagner la mise en place du GCS et d'assurer son suivi. Sont donc en l'occurrence mobilisées les missions de programmation, par la démarche de projet que le GCS implique, les missions d'allocation de ressources par l'accompagnement financier que le IASS met en place pour le compte de l'ARH. Les compétences mobilisées étant larges, le rôle du IASS ne sera donc pas traité isolément au sein de ce mémoire.

Concernant l'amélioration de l'orientation des patients en soins de suite, plusieurs sous questions se font jour :

- Dans quelle mesure le GCS atteint-il cet objectif ?
- Son fonctionnement actuel lui permet-il de l'atteindre ?
- Quelles sont les conditions requises pour s'assurer de son efficacité en terme de fluidité de la filière ?
- Le GCS est pressenti pour devenir la cellule d'orientation centralisée du territoire de recours de Nantes. Quels seront les impacts de ce changement ?

Pour y répondre, la méthodologie adoptée a été la suivante. Une lecture approfondie de documents de nature diverse s'avère nécessaire. Il s'agit de comprendre le contexte régional des SSR. L'étude sur les soins de suite et réadaptation publiée par l'assurance maladie en décembre 2004 notamment nous y aide. Celle-ci a servi de base aux travaux du comité technique Régional (COTER) SSR en vue de la préparation du SROS 3. L'appropriation des outils de planification tels que le SROS 3 des Pays de la Loire et du volet complémentaire dédié aux SSR est indispensable. Ensuite, la lecture de toute la littérature grise propre au GCS Nantais contribue à l'analyse du dispositif : conventions, arrêté de mise en place, règlement intérieur, projet médical, et surtout, rapport d'activité des huit premiers mois d'activité. Cette analyse résulte aussi de l'avis des acteurs du

GCS sur le dispositif par le biais d'entretiens semi-directifs, enregistrés ou non⁹. Ont ainsi été rencontrés :

- La coordinatrice du GCS,
- Quatre des cinq directeurs d'établissements membres du Conseil d'administration du GCS, soit le CHU de NANTES, l'URMLA, la Croix rouge française et la clinique BRETECHE VIAUD
- La surveillante générale du Centre de convalescence ROZ ARVOR, cinquième établissement membre.

Les infirmières coordinatrices du Centre Catherine de Sienne, établissement de court séjour spécialisé en cancérologie ont également été rencontrées afin de recueillir leur opinion sur l'existence du GCS.

Ces entretiens ont été enrichis par le recueil du point de vue des institutionnels : Madame POUPON, l'inspectrice chargée du suivi du GCS à la DDASS de Loire Atlantique pour le compte de l'ARH a ainsi été rencontrée , de même que Madame le Docteur SANKALE DELGA, médecin conseil de l'assurance maladie, référante de l'ARH au sein du comité de suivi SSR . Considérant que la voix de l'ARH était suffisamment représentée par ces deux professionnelles, je n'ai pas sollicité d'entretien auprès du DARH.

Ce mémoire a vocation à réaliser une analyse critique du GCS et non pas une évaluation du dispositif. Une telle prétention ne peut entrer dans le champ d'investigation d'un mémoire professionnel de IASS.

Dans une première partie, nous allons démontrer en quoi le GCS constitue un outil mis au service de l'orientation du patient. Ensuite, il s'agira de savoir si la cellule de coordination s'avère être un outil d'avenir pour atteindre cet objectif. Nous achèverons enfin ce mémoire professionnel par l'exposé d'un certain nombre de perspectives d'évolution et de préconisations pour la cellule d'orientation, dans l'optique de sa pérennisation.

⁹ Cf Annexe n° 1

1. Le GCS Nantes Soins de Suite : un outil au service de l'orientation des patients

La convention constitutive du GCS , en date du 30 avril 2004, dispose, dans son article 3.1 que :

« Le groupement a pour objet de recevoir, analyser et orienter les demandes d'hospitalisation de soins de suite émanant du territoire de santé afin d'améliorer et de rendre plus efficiente la fluidité de la gestion de la filière des soins de suite sur l'agglomération nantaise.

Plus particulièrement, le groupement a pour objet la mise en place d'une organisation de gestion des capacités disponibles de soins de suite dans les établissements membres, fixées, dans un premier temps, à cent lits. Le groupement centralise la demande de lits de soins de suite émanant du territoire et oriente les patients selon les protocoles médicaux communs d'orientation desdits patients vers celui des établissements le plus adapté. »

L'objet du GCS est donc de contribuer à la régulation de la filière de soins de suite par l'amélioration de l'orientation des patients au sein des cinq établissements de soins de suite qui en sont membres. Mais pourquoi se fixer un tel objectif ? Il convient dès lors de s'attarder sur la genèse du GCS (1.1) et sa mise en place (1.2). Ensuite, quelle organisation a été adoptée pour répondre à cet objectif ? Il s'agit en l'espèce d'en décrire le fonctionnement (1.3)

1.1 Les origines du GCS

La création du GCS résulte de la volonté du DARH d'augmenter les capacités en lits de soins de suite sur le secteur sanitaire de Nantes (1.1.1) tout agissant sur la problématique du placement des patients des services de court séjour vers les soins de suite (1.1.2)

1.1.1 Un manque de lits de soins de suite et réadaptation particulièrement sur l'agglomération nantaise

Le rapport du COTER SSR élaboré en 2004 en vue de la préparation du SROS III des Pays de Loire constate dans son état des lieux une grande inégalité dans la répartition l'offre en soins de suite et de réadaptation. Ainsi, en 2003, la région des Pays de la Loire comptait 98 établissements de soins de suite ou de réadaptation, pour un total de 4.671 lits installés, 88 établissements pratiquant une activité de soins de suite et 21 une activité de médecine physique et de réadaptation . Au regard des indices de besoins, définis par l'arrêté de l'ARH du 17 mai 2000, on constatait, au 1er mars 2004, un déficit régional de

99 lits autorisés et 459 lits installés, le secteur sanitaire de Nantes enregistrant à lui seul un déficit de 323 lits. En effet, au 30 septembre 2003, sur ce secteur, 1.069 lits de SSR étaient installés en hospitalisation complète (787 en soins de suite et 282 en MPR). Or le COTER précise que, selon les projections démographiques, 1.279 patients du secteur de Nantes seront susceptibles d'avoir recours à ce type d'hospitalisation complète à l'horizon 2010, ce qui représente 1.505 lits, en y appliquant un taux d'occupation de 85 %. En effet, ce secteur représente 27 % de la population régionale, en évolution de 10.3 % par rapport à 1990. D'ici l'année 2010, le nombre de personnes âgées de 70 ans et plus va y augmenter de près de 20 %, soit 17300 personnes de plus par rapport à 2001¹⁰

Ainsi, 435 lits d'hospitalisation complète seraient à installer sur ce secteur (333 en soins de suite et 102 en MPR) ce qui représente le déficit le plus important au niveau régional, par rapport aux besoins qui seront exprimés en 2010¹¹.

1.1.2 Le GCS, une. solution aux dysfonctionnements dans l'orientation des patients par la coopération

Le manque de lits de soins de suite sur l'agglomération nantaise a fait l'objet de l'ouverture d'une fenêtre d'autorisation de création de lits pour besoins exceptionnels. Cinq établissements avaient alors déposé des dossiers. Le DARH a réparti la création de cent lits sur les cinq établissements demandeurs avec l'obligation de se constituer en GCS, afin de contribuer à la régulation de la filière de soins (B). Car les difficultés de transfert des patients des services de court séjour vers les SSR sont nombreuses.

A) Nature des dysfonctionnements observés dans l'orientation des patients

Les dysfonctionnements de la filière SSR ne résultent pas seulement d'un manque de lits et d'une inégale répartition de l'offre de soins. Ils proviennent aussi de problèmes dans l'orientation des patients, qui relèvent de plusieurs ordres. Il ressort en premier lieu de plusieurs des entretiens menés avec les membres du GCS que chaque établissement a

¹⁰ Source : AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2003, Suivi – évaluation du sros 2 – état des lieux sur la recomposition de l'offre de soins – secteur de Nantes-Châteaubriant – *document de travail*, p.4

¹¹ Source : AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2004, propositions du COTER en vue de sa contribution à l'élaboration du volet SSR du SROS III

son propre réseau lui permettant de placer ses propres patients, et souvent les plus légers, laissant ainsi peu de place aux patients lourds ou polyopathologiques. L'inspectrice chargée du GCS pour le compte de l'ARH m'a confirmé qu'une des volontés du DARH était de connaître la disponibilité des lits en temps réel par le biais d'une cellule centralisée. Cette pratique serait alors évitée. L'autre objectif consistait à désengorger les services de MCO.

Car, au vu des constats extraits de l'étude réalisée en septembre 2003 par l'assurance maladie auprès de tous les établissements SSR de la Région pour un jour donné, les difficultés d'orientation des patients en soins de suite entraînent une suroccupation des services de médecine, voire des services d'urgence.

Cette étude exhaustive a en outre relevé une proportion certaine d'inadéquation dans l'orientation des patients vers la structure la plus adaptée : 20 % des malades en soins de suite et 16 % en médecine physique et de réadaptation ne sont pas pris en charge dans les établissements correspondant à leurs besoins. Elles s'élevaient au jour de la coupe à 10 % des entrées en hospitalisation complète et 14 % en hospitalisation de jour. En soins de suite, les inadéquations sont liées à l'âge et sont constatées pour 1/3 des hémiplegies. Dans les situations d'inadéquation constatées, les malades relevaient en majorité du domicile avec mise en place d'aides et de soins, soit d'un hébergement temporaire ou permanent dans un établissement médico-social. Au jour de l'étude, 75 % des malades présents avaient plus de 50 ans.

Cette situation étant vouée à perdurer, cela signifie que, sans une réelle fluidification de la filière de soins, des augmentations de capacités devront être réalisées. Les autorités de tutelle ont donc cherché à initier ce mouvement par l'instauration du GCS.

B) La création du GCS : un objectif de régulation par la coopération

Selon le dictionnaire Larousse, la régulation se définit comme « *l'action de régler, d'assurer un bon fonctionnement, un rythme régulier* ».

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, les GCS ont pour objectif général de faciliter, d'améliorer et de développer l'activité de leurs membres¹². Dans le cas du GCS nantais, la contribution à la régulation de la filière de soins de suite constitue l'axe d'amélioration recherché, la coopération étant le moyen d'y parvenir. L'objectif d'un groupement de

¹² Article L 1633-1 CSP

coopération sanitaire est en effet de privilégier les coopérations inter hospitalières, quelle que soit le statut juridique des établissements qui en sont membres.

Ainsi, les cinq établissements membres du GCS nantais sont-ils représentatifs des deux modes de gestion public / privé des établissements hospitaliers tels qu'ils coexistent en France. Le secteur public est représenté par le CHU de Nantes, les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) le sont par l'URMLA. et la CRF¹³. Le Centre de convalescence Roz Arvor et la Clinique Brétéche Viaud font quant à eux partie des établissements privés à but lucratif¹⁴.

De manière générale, le GCS est constitué dans un souci d'efficience et de mutualisation des moyens. La définition du GCS, telle qu'elle est fournie par B. GANDOUET est en ce sens éclairante : en effet, pour l'auteur, « *le GCS constitue un outil de coopération singulier permettant l'optimisation des ressources de ses membres par la mise en commun des moyens nécessaires pour assurer leurs missions respectives* »¹⁵. La convention constitutive du GCS Nantes de soins de suite reflète cette définition puisqu'elle précise que pour atteindre l'objectif précité¹⁶, « *les membres du groupement mettent à disposition :*

- *L'union des Réalisations des Mutuelles de Loire Atlantique : 45 lits, dont 30 lits mis à disposition par le CHU*
- *La Croix Rouge Française : 15 lits*
- *La Clinique Brétéché Viaud : 18 lits*
- *Roz Arvor : 22 lits*

Pour un total de 100 lits et ce afin de répondre aux demandes de soins de suite du territoire de santé. Le groupement peut permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, gérer et réaliser pour le compte de ses membres des équipements d'intérêt commun »¹⁷

Cependant, à l'inverse du projet médical et du règlement intérieur dont la rédaction est plus libre, le contenu d'une convention constitutive s'avère extrêmement cadré par le code de la santé publique. Dans le cas du GCS nantais, il ne permet pas donc pas de refléter l'exacte réalité de sa mise en place.

¹³ association Loi 1901 reconnue d'utilité publique

¹⁴ Société Anonyme

¹⁵ GANDOUET (B), mars 2006, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement », *Revue Droit et Santé*, n° 10, p 117

¹⁶ Cf *supra*, p. 6

¹⁷ Convention constitutive du Groupement de coopération sanitaire, Nantes, 30 avril 2004 article 3-1

1.2 Une mise en place reconnue mais progressive

Le GCS répond à une demande évidente. C'est pourquoi il a été approuvé par l'ensemble de ses administrateurs (1.2.1). Pour préserver ce climat favorable, sa mise en place a été progressive et concertée (1.2.2).

1.2.1 Le GCS, une mise en place avalisée par les administrateurs

Le GCS provient certes de la volonté du Directeur de l'ARH de s'assurer d'une meilleure fluidité de la filière des soins de suite par l'instauration d'un mode de coopération spécifique. Mais la seule volonté institutionnelle ne suffit pas : l'adhésion des membres du GCS au dispositif est indispensable à son succès futur.

Celle-ci est acquise pour l'ensemble des administrateurs rencontrés, dans la mesure où tous étaient conscients de la nécessité de travailler sur la problématique de l'orientation des patients. Ainsi, la problématique du placement des patients des services de court séjour vers les soins de suite est un sujet de réflexion du CHU de NANTES depuis près de 10 ans, car 30 % de leurs patients relèvent des soins de suite, et ce, dans un contexte de pénurie de lits. Le Directeur de l'établissement géré par la CRF était lui aussi particulièrement intéressé par le GCS car la CRF ne disposait pas de réseaux préexistants d'aval. Le GCS constituait une porte d'entrée dans ces réseaux . Cet établissement a mis à disposition du GCS des locaux et des personnels (un temps de médecin coordinateur). Pour le Directeur de la Clinique Brétéché, les soins de suite ont évolué de la convalescence à la médecine polyvalente. Le GCS permet donc d'accompagner cette évolution, en fournissant au patient une orientation adéquate. La Directrice de l'établissement géré par l'URMLA fonde quant à elle beaucoup d'espoirs autour du GCS.

Néanmoins, à l'exception du CHU de NANTES, les administrateurs évoquent en premier lieu la motivation financière – la création de lits supplémentaires - lorsqu'ils sont interrogés sur la question de leurs motivations à l'adhésion au GCS. Quant à la surveillante générale de Roz Arvor, elle ne voit pas la plus value que peut apporter le GCS en terme d'orientation des patients.

1.2.2 Une mise en place progressive et concertée

L'instauration du GCS orientation soins de suite, devenu « Nantes soins de suite » a été progressive. La convention constitutive a été signée en 2004, mais sa mise en place effective date de l'année 2006. Ce délai s'explique en partie par la procédure du déblocage de financement, qui est arrivée tardivement. En 2006, le recrutement du personnel est effectué. L'équipe composant la cellule d'orientation et de coordination est ainsi composée

- D'un médecin référent
- D'une cadre de santé coordinatrice à temps plein. Elle est chargée d'assurer les missions du GCS
- De deux secrétaires (1.5 ETP)
- D'une assistante sociale (0.75 ETP)

Les premiers mois d'activité du GCS – soit du mois d'octobre 2006 au mois de février 2007- sont consacrés à la conceptualisation du projet pour rendre opérationnelle la cellule chargée de l'orientation des patients. Il s'agissait de réaliser un état des lieux des besoins et des attentes, afin de rendre la situation la plus claire possible, et d'élaborer ensuite une procédure adéquate de fonctionnement. Le projet médical du GCS élaboré par le médecin référent, avec l'aide de la DDASS 44, a permis de déterminer les priorités du GCS (A). Celui-ci s'est accompagné d'une rencontre avec des acteurs de terrain (B)

A) Le projet médical du GCS

Le projet médical du GCS dresse un état des lieux de la filière SSR de l'agglomération nantaise et constate :

- Des moyens en personnel médical et infirmier insuffisants, eu égard au vieillissement de la population,
- Une absence de préparation de l'orientation de sortie du patient du service de court séjour. Or, dès son arrivée, un projet de soins médical, infirmier, social et de réadaptation devrait pourtant être initié
- Un manque de réflexion commune sur la filière
- Un risque d'engorgement des capacités nouvellement créées en l'absence de réflexion sur le modèle actuel d'organisation de la prise en charge en soins de suite

- La réalité des constats tirés par l'étude de l'assurance maladie de décembre 2004¹⁸

En conséquence, le projet médical s'engage à remplir la mission de soins de suite telle qu'elle est définie par le COTER , à savoir : « *poursuivre des soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale, récente (à un stade de plus en plus précoce-raccourcissement des DMS en court séjour) ou chronique avec accident évolutif récent, Elles peuvent comporter des prestations de kinésithérapeutes (d'une durée inférieure ou égale à une heure), ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues...*

On distingue les soins de suite polyvalents, à forte composante gériatrique et les soins de suite spécialisés (addictologie, états végétatifs chroniques ...) »¹⁹.

Pour ce faire, le projet médical se conforme à l'objet de la création du GCS, puisqu'il vise à organiser une gestion mutualisée des lits de soins de suite nouvellement créés. Il décline donc les quatre axes à mettre en place pour y parvenir, soit :

- Constituer une cellule d'orientation et de coordination
- Créer une procédure de pré-admission et d'admission
- Définir les patients à prendre en charge
- Organiser la sortie du patient

B) La rencontre avec des acteurs de terrain

Par ces rencontres, il s'agissait de connaître les futurs interlocuteurs de la cellule d'orientation. Les modes d'organisations et les procédures d'admissions en cours au sein des établissements SSR membres du GCS ont donc été étudiés, afin d'évaluer leur fonctionnement et de mesurer leurs contraintes. Outre ces contacts de proximité avec les structures qui mettent leurs lits à disposition, une rencontre avec quelques établissements adresseurs a été organisée en 2006 par l'équipe du GCS.

Ont ainsi été rencontrées le CHU de Nantes, les Nouvelles Cliniques Nantaises, le Centre Catherine de Sienne (CCS), et la Clinique Jules Verne. Le but de cette première réunion était d'exposer le dispositif expérimental - son objectif, son fonctionnement, le nombre de

¹⁸ Cf *supra*

¹⁹ Source : AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2004, propositions du COTER en vue de sa contribution à l'élaboration du volet SSR du SROS III, p. 1
Il est à noter qu'à compter de la parution du décret relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation, cette définition n'aura plus lieu d'être.

lits dédiés – et de recueillir les besoins de ces établissements. Y participaient des médecins, le cadre de santé, et la direction. Il est à noter que les infirmières coordinatrices et les assistantes sociales, qui gèrent quotidiennement les demandes d'orientation en soins de suite, n'ont pas été conviées à cette réunion. En janvier 2007, une conférence d'information sur le GCS et les soins de suite a été en outre organisée au CHU de Nantes en présence de M. le directeur de l'ARH, de ses conseillers, des directeurs des établissements du GCS ainsi que tous les professionnels impliqués et préoccupés par la filière.

Cet état des lieux a permis de relever sur le terrain certains des écueils pointés par l'étude réalisée en 2003 par l'assurance maladie : le refus en soins de suite de patients dont l'état justifierait pourtant un accueil dans cette structure a ainsi été constaté. Le rapport d'activité du GCS précise en ce sens que : « *Chacun des services de court séjour a identifié les obstacles quasi systématiques à l'admission pour des catégories spécifiques de patients, comme :*

- *une réduction des possibilités d'accueil pour les personnes de moins de 60 ans,*
- *une difficulté à faire admettre les patients ayant un devenir à construire,*
- *une difficulté à faire admettre les patients ayant un déficit de couverture sociale ».*

De même, le fait d'effectuer plusieurs demandes d'admission pour un même patient réduit un peu plus l'efficacité de la filière : en effet, « *en supplément des refus, les SSR constatent entre 40 % à 45 % d'annulations pour les admissions acceptées. La majorité d'entre elles sont dues à des admissions dans d'autres établissements.* »²⁰ En outre, l'absence de protocoles communs d'orientation des patients engendre des situations préjudiciables pour les établissements SSR. Les formulaires de demandes d'admission, disparates, se révèlent parfois incomplets : le rapport d'activité relève à ce titre qu' « *à l'unanimité, nos interlocuteurs de SSR déplorent le manque d'informations sur la situation des patients. Ce manque concerne tous les aspects de la situation et de la prise en charge* »²¹. Les critères d'admissions comme les contraintes des établissements SSR sont enfin mal connus des services de court séjour, puisque ceux-ci « *reçoivent des demandes ne correspondant pas à leurs capacités techniques de prise en charge* »²².

²⁰ Rapport d'activité Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE », octobre 2006 - Septembre 2007, Version définitive, Validée au cours de l'Assemblée Générale du 28 Novembre 2007, p.14

²¹ Ibid.

²² Ibid.

C'est en définitive le manque de communication et de coordination entre les structures d'amont et d'aval qui se montre le plus flagrant. Le fonctionnement de la cellule d'orientation et de coordination du GCS tient donc compte de ces réalités.

1.3 Un fonctionnement au service de l'orientation et de la circulation du patient au sein de la filière

« *La mise en place de cellules d'orientation permettrait d'améliorer le recours aux SSR, en favorisant l'anticipation des besoins à la sortie de court séjour ainsi que la juste orientation des patients en fonction des critères d'orientation définis conjointement par les usagers de la cellule, adresseurs et receveurs* ». Ces préconisations faites en 2004 par l'étude réalisée par l'assurance maladie constitue l'objectif principal de la cellule d'orientation du GCS.

Celle-ci fonctionne de manière effective depuis le mois de février 2007, ce qui représente moins d'une année d'activité. Les six premiers mois d'activité ont été consacrés à la mise en place des passerelles entre les services de court séjour et les établissements SSR membres du GCS. L'équipe du GCS a ainsi conçu puis mutualisé des outils d'aide à l'orientation des patients fondés sur quatre principes :

- la mise à la disposition des établissements
- le positionnement respectueux des champs de compétences de chacun
- le centrage sur le patient et les professionnels
- la position d'observateur

Les critères communs d'admission (1.3.1) la procédure d'orientation (1.3.2) comme le suivi social du patient (1.3.3) ont été établis en ce sens.

1.3.1 Le choix de critères communs d'admission

Suite à ses rencontres de terrain, l'équipe du GCS a déterminé un certain nombre de critères cumulatifs d'éligibilité des patients.

Seuls les patients domiciliés dans l'agglomération nantaise sont concernés. Les patients doivent en outre relever d'une certaine urgence et d'une certaine lourdeur : sont ainsi admis ceux issus d'un service de médecine ou de cancérologie et / ou le patient poly pathologique et très âgé. Car l'une des propositions du COTER SSR, sur lequel se fonde le projet médical du GCS commande de « *réorienter le recrutement des structures*

accueillant une forte proportion de patients après interventions orthopédiques programmées afin d'assumer (...) la prise en charge de patients hémiparétiques ou cancéreux et les soins palliatifs, insuffisamment assurés et sans alternatives possibles ». Par ce critère, le GCS vise à faciliter l'admission de ce type de patient : le rapport d'activité précise en ce sens qu'« *il s'agit en fait de prendre en charge des patients dits lourds tant d'un point de vue sanitaire que social. Ce sont ces personnes qui, âgées, parfois isolées, n'ont pas accès aux SSR par manque de place, car leur situation est trop complexe tant d'un point de vue sanitaire que social pour les établissements sensés les accueillir*²³. »

Enfin, le patient ne doit pas avoir de souhait particulier quant à son établissement d'accueil. La demande est envoyée à tous les établissements SSR membres. Ce critère a été instauré pour respecter les pratiques préexistantes de demandes d'orientation par les établissements adresseurs. Il s'agissait aussi de ne pas multiplier les charges de travail pour l'équipe du GCS.

1.3.2 Une procédure d'orientation formalisée²⁴

Cette procédure en plusieurs phases se caractérise par le rôle central de l'équipe du GCS dans le processus et un dialogue constant avec les établissements de court séjour, comme avec les établissements SSR.

La procédure débute par l'envoi d'un fax de l'établissement MCO à la cellule d'orientation, chaque établissement conservant son propre formulaire de demande. Une première saisie des informations est effectuée par la secrétaire qui peut demander des informations complémentaires par téléphone. Un pré tri est ensuite réalisé au moyen de la fiche de disponibilité qui informe sur les possibilités d'accueil des structures sollicitées. L'équipe du GCS se réunit enfin pour analyser la situation du patient au regard des conditions d'admission établies par le projet médical, à savoir :

- « 1- Patient ne nécessitant pas d'investigations impliquant un plateau technique lourd*
- 2 – Patient dont le risque vital n'est pas en jeu au moment du transfert*
- 3 – Patient dont le traitement est stabilisé, ne nécessitant pas de thérapeutiques coûteuses*
- 4 – Patient pour lequel les procédures sociales nécessaires à son retour à domicile ou son placement institutionnel ont été engagés.*

²³ Ibid. p. 4

²⁴ Cf Annexe 2

*Ces critères ne discriminent pas de données étiologiques, d'âge ou d'environnement social. »*²⁵

Ces critères d'ores et déjà sont usités par les établissements, sans pour autant être protocolisés : ils concernent la pathologie, la nature des soins nécessaires au patient et son devenir. Si la demande est acceptée par la cellule, une proposition d'admission est faite à un établissement SSR qui peut toujours refuser. Tout refus est motivé puis notifié au service de court séjour. En cas d'accord, l'équipe organise le transfert du patient. La proposition d'admission est généralement faite dans un délai de 48 heures maximum. Mais ce délai atteint parfois jusqu'à 4 à 5 jours.

1.3.3 L'instauration d'un suivi social du patient

Le GCS dispose d'un poste d'assistante sociale au service du patient comme de l'équipe soignante pendant la durée de son hospitalisation. Elle est chargée d'évaluer la situation sociale du patient et peut lui proposer un accompagnement, au gré de ses besoins. N'ayant pas rencontré l'assistante sociale, je ne peux faire une étude approfondie de ce suivi social. Néanmoins, il est nécessaire de le mentionner, car elle participe à la résolution du questionnement crucial du devenir du patient. Il est en effet important d'initier une démarche sociale pour le patient en SSR afin de préparer sa sortie. Car, de façon générale, une sortie suffisamment anticipée est la garantie d'un accueil facilité, ce qui influe sur la fluidité de la filière. À titre d'illustration, une étude du processus de transfert des patients en SSR au CHU de Grenoble, identifie l'absence de projet de sortie comme une difficulté majeure : *« pour accepter un patient, les structures de SSR souhaitent que sa sortie soit définie le plus en amont possible, afin de ne pas occuper leurs lits avec des personnes ne relevant plus d'un SSR et pour qui aucune solution n'était envisageable. (...) des patients pouvaient parfois être présents plusieurs mois en court séjour. »*²⁶

L'examen du fonctionnement du GCS prouve qu'il s'est approprié l'objectif général pour lequel il a été créé en mettant en œuvre des solutions concrètes pour améliorer l'orientation des patients. Néanmoins, la seconde partie de ce mémoire, consistera à

²⁵ Source : projet médical, Paragraphe 3-2-3

²⁶ CUGNIET (R), PASCAL (C), PIOCH (S), 2007, « Demandes de transfert des patients de court séjour vers les structures de soins de suite et de réadaptation : résultats d'une étude au centre hospitalier universitaire de Grenoble, *Risques et Qualité*, Volume IV, N°1, p 36

démontrer, que si le GCS constitue un outil d'avenir dans l'orientation des patients, son impact reste limité

2. La cellule d'orientation et de coordination : un outil d'avenir pour l'orientation des patients à l'impact limité

Le contexte actuel favorise le développement de mécanismes permettant d'organiser l'orientation des patients (2.1). Mais la réalité actuelle de la cellule de coordination du GCS nantais permet-elle d'agir efficacement sur cette thématique ? (2.2)

2.1 Un contexte favorable à une rationalisation de l'orientation des patients

Au vu du contexte national décrit par l'observatoire régional de la santé des Pays de la Loire concernant les soins de suite et de réadaptation, la problématique de l'amélioration de l'orientation des patients vers la filière SSR est une question d'envergure. Selon l'ORS, le vieillissement de la population combiné au développement des maladies chroniques et à la diminution des DMS implique en effet la mise en place de protocoles de circulation des patients entre services de court séjour et établissements SSR : « *le raccourcissement des durées de séjour, l'optimisation de l'occupation des lits, la chronicisation de certaines pathologies, et le vieillissement de la population nécessitent aujourd'hui d'organiser de véritables filières de soins entre les établissements de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) et de moyen séjour* »²⁷. Dans ce domaine, il existe des expériences précurseurs (2.1.1). En outre, le climat régional et territorial semble acquis à la pérennisation de la cellule d'orientation (2.1.2).

²⁷ TALLEC (Dre), (sous la direction de), juin 2007, « La santé observée dans les pays de la Loire », p.152

2.1.1 Un précédent : l'expérience de la coordination Rhône Réadaptation en région Rhône Alpes

Une expérimentation est menée sur cette thématique depuis quelques années par la coordination Rhône – Réadaptation : son objectif principal est d'organiser l'orientation du patient dans la structure SSR la plus adaptée. A. DEBLASI, animateur de la coordination résume ainsi son rôle: « *l'action de coordination consiste à gérer un flux de patients entre SCD et à résoudre les problèmes de prise en charge des patients « refusés » par les SSR en réalisant des ajustements à leur profit.*²⁸ » Pour ce faire, la coordination a mis en place un panel d'outils dédiés à l'orientation et à la circulation des patients dans la filière, soit :

- Une équipe interdisciplinaire d'orientation et un guichet unique d'admission
- Une fiche de demande d'admission en SSR standardisée et électronique fonctionnant par le biais d'un logiciel d'aide à l'orientation. L'informatisation revêt des atouts de l'automatisation, de la sécurisation et de la transparence. Elle permet en outre d'optimiser l'orientation en systématisant le processus : les informations nécessaires à l'admission sont obligatoirement renseignées, les écueils de la transmission par fax sont gommés. De plus, elle évite les envois multiples et simultanés dans plusieurs établissements de SSR. L'informatisation permet enfin d'intégrer les réponses de ces établissements et de conserver, pour chaque patient, la trace du déroulement du processus
- Un annuaire SSR finalisé basé sur thésaurus des situations requérant des SSR, une pathologie correspondant à un type de SSR
- Un observatoire des SSR. Pour A. DEBLASI, ce travail est primordial : « *il permet un suivi des flux et une analyse qualitative des orientations des patients en SSR par segments d'activité et constitue l'observation du point de vue des SCD* »²⁹

Ces différents outils permettent de réaliser l'orientation de 23 000 patients par an en SSR, sur tous les secteurs sanitaires de Lyon (trois secteurs) et sur celui de Villefranche sur Saône.

Certes, le travail de la coordination Rhône réadaptation n'est pas à l'heure actuelle encore comparable à celui de la cellule d'orientation du GCS nantais. Cette expérience lyonnaise

²⁸ DEBLASI (A), février 2006, « Amélioration de la qualité des soins ; l'expérience de la coordination Rhone Réadaptation », *gestions hospitalières*, p 87

²⁹ Ibid. , p. 91

mérite cependant d'être détaillée, car elle se révèle riche en enseignements pour son fonctionnement comme pour son l'évolution future.

2.1.2 Un contexte régional et territorial propice à la pérennisation de la cellule d'orientation et de coordination

L'utilité a priori de la cellule d'orientation du GCS est établie par l'étude sur les SSR effectuée en 2003 par l'assurance maladie, puis confortée par plusieurs outils régionaux ou infra régionaux de planification sanitaire.

Les propositions de l'assurance maladie au COTER SSR incluent la création d'une cellule d'orientation dans ses recommandations sur cette thématique en sortie de court séjour : celle s'avère être « *le pivot entre les services de court séjour et de SSR. Elle facilite, au niveau d'un territoire, l'accès à l'orientation la plus adaptée dans les meilleurs délais, en permettant une utilisation optimale des capacités existantes* »³⁰. Elle décline en outre la nature des critères d'orientation à employer,³¹ et préconise la mise en œuvre d'une fiche commune d'orientation.³²

Le volet soins de suite du SROS 3 des pays de la Loire, dont la publication interviendra au début de l'année 2008 reprend à son compte les propositions de cette étude. Il dispose en effet qu' « *A l'échelle du territoire de santé de recours, une cellule d'orientation sera mise en place qui permettra de mobiliser l'ensemble des capacités MPR et/ou soins de suite du territoire* ». Cette gestion des capacités de MPR et/ou des soins de suite doit être appréhendée dans le cadre d'une organisation territoriale, médicale et centralisée³³.

³⁰ SANKALE – DELGA (Dre), (chef de projet), décembre 2004, « Etude régionale sur les soins de suite ou de réadaptation, Annexe III, les auditions, les propositions »

³¹ « *Ces critères comportent :*

- *des critères médicaux de prise en charge tenant compte notamment de l'intensité des soins nécessaires (dont leur polyvalence et les besoins en terme de coordination), des possibilités de récupération, de la pathologie initiale, de l'état physique et psychique du patient (capacités d'une réadaptation intensive).*
- *des critères sociaux et particulièrement environnementaux (personne seule ou non...)*
- *des critères d'attentes du patient et de la famille (orientation souhaitée...).* », Ibid.

³² « *L'appréciation médico-sociale de chaque demande sur la base de ces critères se fait au moyen d'une fiche d'orientation commune renseignée par le service adresseur, dès le début du séjour en court séjour, et transmise à la cellule d'orientation qui pourra programmer une admission dans le service adapté, négociée avec celui-ci (ou au besoin réorienter la demande vers un hébergement temporaire voire permanent, un retour au domicile avec aide et/ou soins).* », Ibid.

³³ Cf annexe 4

Rappelons que le SROS 3 a déterminé une nouvelle organisation territoriale par territoires de santé. Il a notamment délimité sept territoires de recours sur la région : Nantes, Saint-Nazaire, Laval, Angers, Cholet, Le Mans et La Roche-sur-Yon. Ce niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et correspond au bassin de desserte actuel de l'hôpital pivot de secteur. Il assure la prise en charge des urgences hospitalières et dispose d'un plateau technique 24 heures sur 24. Il est ouvert aux spécialités chirurgicales, à l'obstétrique, à la réanimation, aux unités neurovasculaires, aux disciplines interventionnelles, et à l'imagerie. Il ne peut, par contre, accueillir ni la chirurgie cardiaque, ni la neurochirurgie non plus que la chirurgie hyper spécialisée.

Selon la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, « *le projet médical de territoire est un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires. Il contribue, tout d'abord, à l'élaboration du SROS et fait vivre, ensuite, ce dernier pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel.* ». Il est à noter que le directeur de la DDASS ou la personne qu'il désignera est membre à part entière du comité de pilotage du PMT. Les équipes territoriales des DDASS sont donc garantes du respect du cadre des PMT. Elles accompagnent également leur élaboration.

Or, la mise en œuvre d'une cellule d'orientation unique sur chaque territoire de recours fait partie des objectifs du Projet Médical de Territoire (PMT 2), en ce qui concerne la filière de prise en charge des SSR. Elle devra se fonder sur des critères médicaux et sera financée de manière pérenne par l'ARH. Il est également prévu de réserver l'accompagnement financier de l'ARH aux établissements qui accepteront que l'accès à leurs capacités d'accueil soit assuré par l'intermédiaire de la cellule d'orientation.

La cellule issue du GCS est ainsi destinée à devenir cellule d'orientation centralisée à l'échelle du territoire de santé de recours de Nantes. Sans la mise en place d'un tel mode de rationalisation de l'orientation, les besoins en création de lits sur Nantes seraient estimés à 600 places, selon le Docteur SANKALE DELGA. Les négociations sont d'ailleurs en cours au sein des autres territoires de santé.

Mais la plus value du GCS en matière d'orientation des patients, si elle est réelle, est actuellement limitée par un certain nombre de contraintes.

2.2 La réalité actuelle du GCS

« Dans le domaine de la coordination des soins, le souci de la méthode de travail permettant d'obtenir des résultats tangibles est une constante préoccupation. L'animateur balance entre le choix du résultat à proximité des patients et des acteurs quotidiens du

champ et celui du résultat plus hypothétique sur le « système » »³⁴. Ce constat établi par A. DEBLASI à propos de l'expérience de coordination Rhône – Réadaptation peut aussi s'appliquer au GCS nantais. Car si la qualité du service rendu en terme d'orientation semble faire consensus parmi les établissements (2.2.1), la réponse aux besoins reste néanmoins partielle (2.2.2). Les atouts du GCS consistent donc surtout en la plus value du séjour SSR et les contacts de proximité qu'il génère.

2.2.1 Une plus value dans l'orientation

La réussite du GCS réside tant dans la dynamique de coopération qu'elle induit (A) que dans la plus value du séjour SSR qu'elle génère (B)

A) Une réelle dynamique de coopération entre les établissements membres

Selon les affirmations de B. GANDOUET, « une coopération réussie ne naît pas naturellement d'une injonction de l'autorité de régulation, mais relève d'une adhésion institutionnelle et professionnelle indispensable à sa réussite. L'objectif, tant institutionnel par la rationalisation de l'offre de soins et la fédération des professionnels, qu'organisationnel, sur le développement ou la pérennisation d'une action sera renforcé par l'articulation des moyens qui seront alloués au groupement » .

Ces affirmations prouvent s'il, en était besoin, combien la coopération public et privé induite par un GCS n'est pas évidente. Certains auteurs la considère d'ailleurs comme quasi impossible à réaliser, tant leurs objectifs sont divergents. Seule la mission de soigner serait commune aux établissements publics et privés. Pour J.M. CLEMENT, « *les barrières sont étanches entre ces établissements : leur finalité sociale est opposée, leur mode de rémunération des médecins est différente, la constitution de leur capital social est incomparable, rien ne peut les rapprocher, hormis les soins qu'ils assurent* »³⁵.

Les établissements membres du GCS « Nantes soins de suite » dérogeraient alors à cette règle. Cette coopération semble en effet effective (a), car basée sur des relations de confiance (b)

³⁴ DEBLASI (A) « Amélioration de la qualité des soins ; l'expérience de la coordination Rhône Réadaptation », Gestions hospitalières, Février 2006, p 86

³⁵ CLEMENT (JM), septembre 2006, « La coopération public – privé dans le domaine sanitaire », Dossier BJPH, N°90, p. 1

a) *Une coopération effective et mesurable*

Plusieurs des directeurs que j'ai rencontrés se montrent naturellement dubitatifs sur l'efficacité réelle des réseaux de coopération. Cependant, ce scepticisme ne paraît pas s'appliquer au cas du GCS nantais. Tous ses administrateurs considèrent partager une convergence de vue sur la problématique de l'orientation des patients en soins de suite. Ainsi, le GCS est-il le fruit d'une réelle coopération entre le public et le privé : cette implication commune se ressent notamment dans l'organisation de ses instances décisionnelles³⁶, et de la cellule. A titre d'exemple, suite à une modification de la convention constitutive, le président du Conseil d'Administration, administrateur du GCS, est élu pour un an renouvelable deux fois maximum, ce qui permet à chacun de l'assurer régulièrement. De même, le médecin coordonnateur de la cellule est mis à disposition par la Croix Rouge Française. Le reste des personnels est mis à disposition du GCS par le CHU de Nantes qui assure donc la gestion des ressources humaines.

b) *La confiance : clé d'une coopération réussie ?*

Mais cette bonne coopération résulte avant tout d'un climat général de confiance. Confiance, en premier lieu dans les potentialités futures du GCS. Selon l'ensemble des administrateurs rencontrés, si les conditions d'une efficacité réelle du GCS sur la fluidité de la filière SSR ne sont pas réunies, c'est surtout par manque de lits. Le GCS fonctionne en effet actuellement avec 67 lits seulement. A contrario, l'augmentation à cent lits prévue au 1^{er} janvier 2008 permettra d'améliorer cette efficacité attendue.

Confiance entre les établissements membres ensuite. Chaque administrateur a le sentiment de travailler dans un réel partenariat. Confiance aussi envers les institutionnels qui accompagnent financièrement le GCS. Pour l'année 2007, la cellule d'orientation a été financée à hauteur de 239000 euros par les crédits de l'ARH.

Confiance enfin dans les compétences professionnelles mobilisées par la cellule d'orientation et de coordination. Les bonnes relations avec la cellule du GCS, son rôle de soutien, comme ses compétences professionnelles de la coordinatrice sont unanimement reconnues par les personnes rencontrées lors de mes entretiens.

³⁶ Cf *infra*

Ainsi, même s' il convient de se garder de toute forme d'angélisme³⁷, le GCS « Nantes soins de suite » démontre que la clinique privée, l'établissement PSPH, comme l'hôpital font tous partie d'une même filière et participent à une offre de soins globale.

B) Une amélioration effective de l'orientation et de la circulation du patient dans la filière SSR

L'atout majeur de la cellule est d'avoir une bonne connaissance des besoins des patients et des établissements, des réseaux existants, et de la problématique de la filière dans son ensemble. Cela lui permet d'agir à l'entrée en SSR (a) pendant le séjour, et à la sortie du patient, même si cette question reste toujours délicate (c).

a) *L'amélioration de l'entrée du patient en soins de suite*

D'abord, les patients admis au sein des établissements membres sont globalement conformes à ceux déterminés par le projet médical du GCS. Une majorité d'entre eux sont âgés, leur moyenne d'âge étant, selon le rapport d'activité, de 76 ans. Une part importante de patients sont dépendants et souffrent de pathologies lourdes. A titre d'exemple, l'établissement géré par la Croix Rouge Française, dont les 28 lits sont à disposition du GCS, prend en majorité des patients lourds, âgés et souffrant de pathologies multiples (entre 93 et 94% des cas)

Le rapport d'activité 2007 tempère néanmoins ce constat. En effet, concernant les séjours du premier semestre 2007 pour les 60 lits du GCS alors ouverts :

- « 41% des patients ont plus de 80 ans.
- Les 5 premières Catégories Majeures Cliniques (CMC) sont les suivantes : 17,3 % post-traumatiques, 15,3 % cardio-respiratoires, 12,1 % santé mentale et 8,1 % neuromusculaires.
- Les soins palliatifs représentent 14,9 % des motifs de séjour.
- 30,4 % d'entre eux sont dépendants. »³⁸

De même, comme je l'ai évoqué, par la création du GCS, le DARH désirait en premier lieu limiter l'encombrement des services du CHU par des patients relevant de SSR. Cette

³⁷ les limites de la coopération seront examinées *infra*

³⁸ Rapport d'activité Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE », octobre 2006 - Septembre 2007, Version définitive, Validée au cours de l'Assemblée Générale du 28 Novembre 2007, p. 41

préoccupation est atteinte dans la mesure où les demandes étudiées pour l'année 2007 proviennent du CHU de Nantes dans plus de 60 % des cas. Elle concerne certains mois plus de 80 % des demandes. Les services de médecine et d'urgences sont majoritairement concernés³⁹. Quant au nombre de patients accueillis dans les 67 lits mis à disposition, sur 350 patients, 209 étaient adressés par le CHU⁴⁰.

b) *L'amélioration du séjour du patient en soins de suite*

La cellule d'orientation et de coordination offre également une plus value durant le séjour du patient en soins de suite. D'abord, le dossier d'admission du patient est généralement plus complet que par un autre biais, et les recherches d'informations sur le patient sont faites d'emblée par l'équipe du GCS. Cela permet aux établissements de connaître précisément la situation médicale et sociale du patient à son arrivée.

Cette exigence de minutie dans les informations données semble être suivie par les établissements de court séjour. Ainsi, le rapport d'activité du GCS affirme : « *nous avons pu constater que nous recevons des informations de plus en plus précises de la part des services de court séjour. Nos contacts téléphoniques sont constructifs quelque soit le motif de discussion. Les réactions sont positives face à nos motifs de refus.* »

De même, les critères d'admission des patients établis par la cellule paraissent dans l'ensemble avoir été intégrés par les SCD. En ce sens, ledit rapport précise : « *nous avons remarqué que des demandes d'intervention nous sont adressées pour les situations de plus en plus complexes* »⁴¹.

Ensuite, les patients adressés par le GCS bénéficient s'ils le souhaitent de l'appui de l'assistante sociale de la cellule. D'aucuns estiment par ailleurs que cela peut induire des différences de traitement entre les patients des établissements concernés, tous ne disposant pas d'une assistante sociale. Ses compétences s'avèrent en effet régulièrement sollicitées. L'assistante sociale rencontre mensuellement entre 50 et 70 personnes par mois. De plus, son activité consiste souvent à mettre en place un suivi social pour le patient, les demandes d'information étant moins nombreuses : à titre d'illustration, de mars à septembre 2007, entre 15 et 20 patients par mois ont été accueillis, alors que l'accompagnement concernait entre 20 et 30 patients. Or, l'accompagnement suppose

³⁹ Ibid, p. 33

⁴⁰ Ibid, p. 39

⁴¹ Ibid, p. 50

pour l'assistante sociale un investissement plus grand que le simple accueil. Cela signifie donc qu'elle rencontre régulièrement des patients dont la situation sociale est compliquée. Cette analyse est confirmée par le rapport d'activité du GCS : « *Son activité se centre sur les situations les plus complexes puisque le nombre de patients "accompagnés" est supérieur aux patients « accueillis». Ce niveau de complexité sociale génère un nombre de patients rencontrés lors des permanences assez important. Il est supérieur à la moyenne de personnes rencontrées par une assistante sociale "de secteur" à temps plein* ». ⁴² Depuis le mois de septembre 2007, des quotas ont donc été instaurés afin que l'assistante sociale puisse se consacrer à d'autres missions que la réponse aux besoins des patients, notamment le développement des relations avec le réseau d'aval des SSR. Le nombre de patients suivis simultanément par l'assistante sociale est désormais limité. Ces quotas ont été calculés au prorata du nombre de lits mis à disposition du GCS par l'établissement.

La fonction d'assistante sociale reste pourtant indispensable pour les patients, comme pour les établissements. Selon le rapport d'activité, les patients se déclarent satisfaits par l'assistante sociale. Quant aux établissements, ils constatent que son action influe de manière positive sur le projet de sortie du patient. Néanmoins, parmi les personnes que j'ai rencontré, l'une constatait que les patients adressés par le GCS était parfois au centre d'une relation triangulaire composée de la famille, de l'assistante sociale et le l'établissement : la multiplication des interlocuteurs peut parfois entraîner des problèmes pour savoir quelles informations ont réellement été données au patient.

c) *La question de la sortie du patient*

Le rapport d'activité de la cellule d'orientation et de coordination remarque que la question de la sortie du patient reste toujours problématique, en dépit des critères d'admission retenus. Ainsi, le taux d'inadéquation constaté dans les lits mis à disposition du GCS s'élèverait à 26,9 %. Le fait que des difficultés subsistent dans ce domaine était prévisible. En effet, l'étude de l'assurance maladie de décembre 2004 pointait d'ores et déjà certaines insuffisances de moyens en dehors du système hospitalier. Elles sont globalement dues au manque d'alternatives à l'hospitalisation, à la méconnaissance de l'existence des dispositifs de soins à domicile, comme à leur organisation. L'étude énumère en ce sens la liste des dysfonctionnements suivants :

« *Insuffisance de places d'hébergement pour personnes âgées dans les grandes villes, variabilité du taux d'équipement en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD),*

⁴² Ibid, p. 42

rareté de l'hébergement temporaire défaut de lisibilité et de continuité du dispositif de soins à domicile, isolement des professionnels de proximité »⁴³. Même si des améliorations ont été réalisées depuis, notamment sur l'opérationnalité des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), des problèmes perdurent.

C'est pourquoi, depuis le mois d'août 2007, la cellule d'orientation et de coordination du GCS, s'est engagée dans un processus de développement des liens entre les établissements SSR et la filière d'aval. Le réseau d'aval des personnes âgées est concerné en premier lieu par le biais d'échanges avec des groupements gestionnaires d'établissements sur l'agglomération nantaise. Certains CLIC du réseau de Loire Atlantique, ont par ailleurs été contactés. Ce contact s'avère indispensable, car les CLIC sont chargés d'informer et orienter la personne âgée et son entourage, d'assurer la coordination des intervenants et de développer la dynamique de partenariat local .

Le maillage des liens est donc bien avancé dans ce domaine. La question de la sortie des personnes en situation de précarité est en outre étudiée par la cellule : une collaboration avec une association gestionnaire de lits halte soins santé est en cours. Ces lits sont destinés à l'hébergement temporaire de personnes qui n'ont pas de domicile et dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation, mais nécessitent cependant des soins et une prise en charge adaptée. Enfin, le comité médical du GCS va rencontrer le réseau de soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie afin de réfléchir sur une meilleure prise en charge de ce type de patient.

L'essor des relations du GCS avec le réseau d'aval s'avère en bonne voie. La cellule se conforme en cela au volet SSR du SROS 3 qui précise : « *ces voies complémentaires sont tout à fait essentielles pour éviter ou raccourcir des hospitalisations inutiles et potentiellement délétères en facilitant l'accès aux soins de suite (...), à de l'hébergement temporaire et le retour au domicile* »⁴⁴. Elle est également attendue par les personnes que j'ai rencontrées.

En peu de temps, la cellule d'orientation et de coordination a donc amélioré de manière tangible l'orientation des patients en soins de suite. Sa fonction de coordination s'affirme au fil du temps par sa volonté d'agir sur la totalité du parcours du patient dans la filière. Pour autant, l'apport du GCS sur l'orientation reste relatif.

43 SANKALE – DELGA (Dre), (chef de projet), décembre 2004, « Etude régionale sur les soins de suite ou de réadaptation, les résultats », [en ligne], p. 59 et suivants

⁴⁴ Cf annexe 4

2.2.2. Une plus value dans l'orientation à l'impact limité

Le fonctionnement de la cellule d'orientation est contraint par un certain nombre de facteurs (A), et la réponse aux besoins d'orientation demeure partielle (B)

A) Un fonctionnement contingenté

La cellule d'orientation et de coordination se heurte à des problèmes de disponibilité de lits (a) et à des contingences d'ordre financier, liées à la dépendance des patients (b)

a) *Un nombre de lits restreint*

Ainsi que je l'ai évoqué plus haut, le nombre de lits réellement mis à disposition de la cellule par les établissements membres du GCS est actuellement limité.⁴⁵ Les cent lits déterminés par l'article 3 de l'arrêté du DARH portant approbation de la convention constitutive du GCS ne sont pas encore atteints à ce jour. Ce manque de lits est considéré par certains administrateurs comme le frein majeur à l'efficacité réelle du GCS sur la fluidité de la filière SSR.

Les capacités gérées par la cellule d'orientation sont en outre inégalement réparties sur les établissements SSR : la clinique Saint Henri met l'intégralité de ses 28 lits à disposition du GCS, la clinique Brétéché 17 lits sur 50, le centre de convalescence Saint Sébastien 15 lits sur 39, et le centre Roz Arvor 7 lits sur 80. Les enjeux peuvent être alors différents selon les établissements. Ainsi, le bénéfice du GCS en terme d'orientation des patients est-il plus difficile à établir pour Roz Arvor que pour l'établissement géré par la Croix Rouge française.

Enfin; le nombre limité de lits risque de réduire le GCS à une simple voie d'accès supplémentaire en soins de suite, spécifique aux patients lourds. Le rapport d'activité du GCS tend à confirmer cette tendance : « *il semble que les établissements du GCS soient étiquetés comme les établissements nantais accueillants des patients « lourds»* »⁴⁶. Or, selon le volet SSR du SROS, la cellule d'orientation concernera à terme le territoire de santé de recours de Nantes. Elle aura donc à gérer l'orientation en soins de suite ou en MPR d'un territoire, ce qui exclut toute spécialisation de la cellule vers ce type de patients.

⁴⁵ Cf annexe 2

⁴⁶ Rapport d'activité, *ibid.*, p. 51

Pourtant, la lourdeur des patients accueillis induit des charges supplémentaires pour les établissements

b) *Un niveau de dépendance en augmentation, source de contraintes financières*

Force est de constater que, de façon générale, le financement des établissements est limité. Une étude nationale portant notamment sur cinq établissements SSR privés relève que ceux-ci fonctionnent dans un contexte de financement tendu. De surcroît, certains de ces établissements, comme c'est le cas pour les établissements membres du GCS, accueillent une majorité de patients âgés. Pourtant, ils ne peuvent prétendre à la tarification de la dépendance telle qu'elle est appliquée dans les EHPAD. De plus, les établissements SSR sont encore à ce jour exclus de la tarification à l'activité, même si des expérimentations tarifaires peuvent être lancées depuis le 1^{er} janvier 2007⁴⁷. *« En résumé, les établissements de soins de suite et de réadaptation examinés dans l'étude, ont du mal à faire reconnaître la spécificité de leur activité et à obtenir les budgets qu'ils estiment nécessaires »*. Et les auteurs de l'étude observent que *« certains ont même l'impression que les SSR servent en quelque sorte de variable d'ajustement à l'ARH dans sa politique budgétaire régionale »*.⁴⁸

Dans le cas du GCS nantais, les institutionnels ont à l'inverse pris acte d'un certain nombre de constats. Après cinq mois de fonctionnement, l'équipe du GCS remarque que les refus de placement en raison de la lourdeur de la prise en charge sont nombreux. Parce qu'il totalise 35 % des refus à l'admission dans les lits du GCS, il en constitue le motif majeur. Les établissements membres du GCS seraient donc tentés de prendre des patients plus légers, car elles manquent de personnel pour faire face à la dépendance des patients accueillis.

⁴⁷ La Loi de financement de la Sécurité sociale du 21 décembre 2006 (JO du 22 décembre) prévoit dans son article 77 : *« Le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1er janvier 2007 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les expérimentations peuvent être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon des modalités définies par décret... »*

⁴⁸ PEPIN (D), TONNEAU (M), « Environnement et trajectoires des établissements sanitaires et sociaux privés entre 1998 et 2003, les enseignements d'une étude monographique », DREES Etudes et résultats, n° 476, mars 2006, p 4

Des négociations relatives à la mise en place d'une tarification à titre expérimental des lits sont donc lancées entre l'ARH et les établissements membres. Elles sont menées conjointement par l'inspectrice de l'action sanitaire et sociale chargée du suivi du GCS à la DDASS de Loire Atlantique et par le médecin conseil de la CRAM, référente SSR

La Conseillère Technique Régionale de la DRASS a visité les établissements pour évaluer la typologie des patients accueillis et les ratios de personnel existants. En l'état actuel de la convention en cours d'examen à la DHOS, l'ARH reconnaît l'état de dépendance élevé des patients acceptés et refusés par le GCS. Les premiers présentent une charge de soins deux fois supérieure aux autres catégories, tandis que les seconds cumulent en moyenne cinq déficiences, ce qui équivaut à un GMP de plus de 750⁴⁹.

Elle convient alors de doter ces établissements de personnel aide soignant supplémentaire. Sur ce point, la négociation a été parfois tendue. Certains établissements auraient voulu que l'expérimentation tarifaire ne concerne pas seulement le personnel aide soignant. Les tutelles ont cependant maintenu leur position. Un prix de journée expérimental de 125 € au lieu de 94 et 97€ serait ainsi versé à l'établissement pour la part des lits mis à disposition du GCS. En contrepartie de ce soutien financier, ce dernier s'engage à :

- regrouper la totalité des lits qu'il met à disposition du GCS et à les pourvoir d'un effectif de 13 ETP d'aides soignants pour 30 lits, soit 0.43 agent par lit. Notons que le volet SSR du SROS 3 recommande, en borne haute, un ratio de 0.31 aide soignant par lit
- accueillir tous les patients adressés par la cellule d'orientation exigeant une intervention dense de personnel aides-soignants
- ne formuler aucun refus motivé par la dépendance du patient

Cette convention serait valable pour deux années : ainsi, l'expérimentation tarifaire, si elle est validée, ne s'avérera effective que pour les 67 lits actuellement à disposition de la cellule.

Dans l'attente de la mise en place effective de telles mesures, la cellule du GCS offre actuellement une réponse partielle aux besoins d'orientation.

⁴⁹ Convention relative à la tarification expérimentale des lits mis à disposition du GCS Soins de Suite de l'agglomération nantaise, version provisoire.

B) Une réponse partielle aux besoins d'orientation

Si la qualité du service rendu par l'équipe du GCS en terme d'orientation est indéniable, il existe des lacunes en ce qui concerne la demande d'orientation. Ceci est dû à des refus d'admissions fréquents (a), une politique de communication limitée (b), et à une procédure d'orientation qui reste perfectible (c). La question de l'absence de choix du patient dans son orientation sera enfin abordée (d).

a) *Des refus d'admissions fréquents*

L'objectif de l'expérimentation tarifaire ci-dessus exposée est de faire en sorte que tous les patients proposés par la cellule d'orientation du GCS soient acceptés par les établissements membres. Car la situation en ce domaine n'est guère optimale : plus de la moitié (54 %) des demandes d'admission reçues par la cellule en 2007 font l'objet d'un refus. Seuls 10 à 20 % d'entre eux émanent de la cellule. Le patient refusé cumule souvent une charge en soins importante et des problèmes sociaux. Le rapport d'activité remarque en ce sens que « *les établissements du GCS sont (...) en mesure d'accueillir des patients aux situations complexes soit au plan sanitaire, soit au plan social, dans la mesure où l'assistante sociale peut intervenir* »⁵⁰. Cette réalité a en outre pu être confirmée par certains de mes entretiens.

Ces refus d'admissions hypothèquent l'efficacité du GCS sur la fluidification de la filière SSR. Car le GCS a été conçu pour rationaliser l'orientation des patients et limiter le recours de chaque établissement à son propre réseau. Or, le nombre de refus d'admission profite au maintien des filières d'orientation existantes relèvent que, « *dans les premiers mois de notre activité, bien que les équipes de SSR du GCS soient allées aux limites de leur capacité d'adaptation à la typologie des patients orientés vers le GCS, le nombre de refus a découragé les services de court séjour (...), le nombre de demandes reçues a diminué, ne permettant plus de « remplir » les lits dédiés au GCS.* »⁵¹

⁵⁰ Rapport d'activité, *ibid.*, p. 48

⁵¹ *ibid.*, p. 62

b) *Une communication limitée sur le dispositif*

Il semble que certains des établissements de court séjour aient une connaissance limitée du dispositif offert par le GCS.

En effet, en 2006 – 2007, la présentation de la cellule d'orientation aux établissements de court séjour s'est déroulée par le biais d'une seule réunion, limitée à quelques-uns d'entre eux. De plus, la campagne de communication n'a réellement débuté qu'en janvier 2007 par la conférence organisée au CHU de NANTES⁵². Il en résulte que les demandes proviennent majoritairement du CHU de Nantes. Les établissements privés n'arrivent qu'en troisième position. A ce titre, le Centre Catherine de Sienne, centre privé de cancérologie qui a pourtant bénéficié d'une information sur le GCS, ne paraît faire appel que rarement à la cellule d'orientation. Sur 102 demandes d'admission en soins de suite réalisée sur l'un des secteurs de l'hospitalisation complète, seules trois ont été faites au GCS⁵³.

En réalité, l'élaboration d'un plan de communication n'a pas été jugée pertinente dans la mesure où le dispositif n'était pas encore pleinement opérationnel. En revanche, l'année 2008 se présente sous le signe d'une extension de la communication des établissements MCO d'ores et déjà clients du GCS : une information sur l'informatisation de la cellule d'orientation, ainsi que sur les conséquences de l'expérimentation tarifaire est prévue. Mais des inquiétudes sur les effets de la communication sur l'expérimentation tarifaire semblent s'exprimer. Le rapport d'activité annonce la campagne d'information, tout en s'interrogeant sur l'impact qu'aura cette expérimentation sur les demandes et sa capacité à les satisfaire : *« D'ores et déjà, nous ne savons pas si nous serons en mesure d'accueillir tous les patients concernés même en ne retenant que les plus denses en besoin de soins. D'autant plus que leur sortie de SSR n'aura pas été envisagée au préalable. »*⁵⁴

Les choix de communication du GCS apparaissent ainsi limiter le recours à la cellule d'orientation à un nombre restreint d'acteurs. La mise en œuvre progressive du GCS en est l'une des raisons. Néanmoins, dans la perspective d'une pérennisation de la cellule d'orientation, la communication sur le dispositif devra être élargie

⁵² Cf *supra*

⁵³ Sur 13 lits d'hospitalisation complète

⁵⁴ *ibid.*, p. 64

c) *Une procédure d'orientation perfectible*

Selon le rapport d'activité, les établissements de court séjour, comme les établissements d'aval identifient un certain nombre de dysfonctionnements dans la procédure d'orientation.

Les SCD déplorent la multiplicité des demandes d'admission en SSR, l'option du formulaire unique n'ayant pas été adoptée par la cellule. Ils déclarent enfin connaître des difficultés à identifier les capacités d'accueil des établissements SSR. Quant aux structures du GCS, constatent que les informations données soient parfois incomplètes ou imprécises. Cette imprécision peut résulter d'un doute sur le respect de la confidentialité due à l'utilisation du fax.

En outre, les demandes multiples et simultanées dans plusieurs établissements SSR sont dommageables pour le bon fonctionnement de la cellule d'orientation, comme pour les établissements du GCS. Elles engendrent en effet des annulations d'admissions qui désorganisent l'établissement et privent un patient potentiel d'une orientation en soins de suite. Ces annulations représentent 29 % des demandes reçues et sont majoritairement dues à des orientations vers d'autres établissements SSR. L'une des personnes rencontrées m'a également affirmé recevoir parfois deux demandes pour un même patient : l'une provenant du GCS, l'autre en dehors.

Ces failles de la procédure d'orientation pourraient être atténuées par l'informatisation. En effet, la mise en place d'un système similaire à celui de la coordination Rhône Réadaptation serait bénéfique⁵⁵. Un projet en ce sens est actuellement à l'étude et en cours de financement. L'informatisation intégrerait un outil d'assistance à l'orientation permettant d'optimiser le processus. Il s'appuierait sur :

- un choix de critères paramétrables par l'utilisateur selon l'orientation voulue
- un système d'aide à la décision, basé sur la pré sélection de certains critères par l'équipe du GCS
- une fiche de demande d'admission unique
- un outil de gestion des attentes
- un annuaire des établissements SSR,
- une liste normalisée des pathologies
- un récapitulatif du parcours du patient

Une fois mis en place, ce nouveau mode de gestion standardisé de l'orientation devrait gommer les principaux écueils actuellement constatés. Le renseignement de toutes les

⁵⁵ Cf *supra*

informations requises sur le patient deviendrait obligatoire, et la confidentialité garantie. Les possibilités d'accueil des établissements seraient connues en temps réel. Enfin, le pourcentage d'annulation de demandes serait réduit par le biais du formulaire unique. Mais la mise en œuvre d'une telle informatisation est une entreprise au long cours. Elle nécessite un suivi et un soutien de la part des autorités de tutelles et de leurs représentants. Elle requiert également la formation de la cellule de coordination et sensibilisation des acteurs concernés. À titre d'exemple, pour instaurer ce dispositif, la cellule de coordination lyonnaise a mis en place des groupes de travail. Afin de faire face à ce changement, le déploiement de l'informatisation est prévu sur une période de dix-huit mois environ.

d) *L'absence de choix du patient dans son orientation*

Comme je l'ai déjà exposé, les patients orientés par la cellule du GCS ne doivent pas émettre de souhaits particuliers pour un établissement de soins. Ce critère permet dans le même temps d'alléger la charge de travail de l'équipe, et d'optimiser les chances pour le patient d'obtenir une place en soins de suite. Dans un contexte d'offre tendu, ce critère restrictif est compréhensible. Il ne pose d'ailleurs aucun problème à la majorité des administrateurs que j'ai rencontré. Cependant, la question de l'absence de choix du patient mérite d'être posée.

D'abord, force est de rappeler que l'annexe relative à la cellule d'orientation du volet additionnel du SROS recommande que le souhait du patient soit pris en compte, même s'il doit être approuvé par les acteurs concernés. *« Il est recommandé que ces critères soient élaborés en commun par les représentants des services de court séjour, de MPR et de soins de suite d'un territoire, puis validés et acceptés par toutes les unités fonctionnelles. L'ensemble de ces critères doit permettre de déterminer l'orientation souhaitable : ils comporteront [...] des critères d'attentes du patient et de la famille (orientation souhaitée...) »*⁵⁶.

En outre, pour certains établissements de court séjour, la question du choix de l'établissement par le patient est importante. A titre d'illustration, au sein du Centre Catherine de Sienne, le désir du patient est respecté dans la mesure du possible.

Le GCS Nantes soins de suite améliore de façon effective l'orientation des patients dans les établissements de soins de suite. Mais sa portée est actuellement faible et des freins d'origine diverse limitent son efficacité. Dès lors, la plus value de la cellule réside avant

⁵⁶ Cf annexe 4

tout dans la rationalisation de l'orientation qu'elle impulse et les relations qu'elle tisse avec les établissements. Pourtant, la cellule est pressentie pour devenir la cellule d'orientation du territoire de recours de Nantes. La dernière partie de ce mémoire proposera donc des pistes de réflexion afin d'accompagner ce changement

3. Éléments de réflexion relatifs à la pérennisation de la cellule d'orientation et de coordination

L'inspecteur de l'action sanitaire et sociale a pour mission d'accompagner et de suivre le GCS. À ce titre, il a notamment travaillé sur l'élaboration du projet médical, du règlement intérieur et de l'expérimentation tarifaire. Ce travail s'effectue bien entendu en partenariat avec l'ensemble des personnes concernées : administrateurs, équipe du GCS et médecin de l'assurance maladie référent sur la thématique des SSR. Le IASS possède en outre une vision globale sur l'ensemble du processus : sa constitution, sa mise en place et son fonctionnement. Il aura donc logiquement pour rôle d'accompagner le GCS dans son évolution vers la cellule unique d'orientation.

Rappelons pour mémoire que le volet SSR du SROS 3 recommande une gestion centralisée des capacités de MPR et/ou des soins de suite à l'échelon de chaque territoire de recours⁵⁷.

Plusieurs questions se font jour à ce sujet :

- Comment associer les établissements SSR du territoire de recours de Nantes à la cellule d'orientation (3.1) ?
- Quels seraient les impacts de ce changement sur la cellule d'orientation et de coordination (3.2) ?

⁵⁷ Ibid.

3.1 La question de l'intégration de nouveaux établissements à la cellule d'orientation

Le territoire de santé de recours de Nantes compte seize établissements de soins de suite et de réadaptation. Comme je l'ai déjà rappelé, l'ARH envisage de réserver son accompagnement financier aux établissements qui accepteront que l'accès à leurs lits et places soit assuré par l'intermédiaire de la cellule d'orientation. Il convient alors de réfléchir aux modalités de mise en œuvre de cette collaboration.

Mais les formes de coopération entre public et privé ne manquent pas. Par souci de simplification, seules deux alternatives seront envisagées. Faudrait-il projeter un agrandissement du Groupement de Coopération Sanitaire (3.1.1) ou un conventionnement avec chacun des établissements (3.1.2) ?

3.1.1 L'extension du Groupement de Coopération Sanitaire

L'agrandissement du GCS est soumis à un cadre juridique déterminé (A). Son extension exige également la coopération de tous ses membres, ce qui peut paraître difficile à obtenir (B).

A) Règles juridiques

Le GCS Nantes soins de suite peut décider de l'adhésion de nouveaux établissements SSR. Car tout Groupement peut, au cours de son existence, admettre de nouveaux membres. L'article R. 713-3-5 du CSP stipule qu' « *après sa constitution, le groupement peut admettre de nouveaux membres, par décision de l'assemblée générale* »⁵⁸.

Cette solution semble par ailleurs être abordée par le rapport d'activité lorsqu'il affirme que « *Dès nos premiers contacts, certains SSR publics et privés avaient spontanément souhaité nous confier la gestion des admissions sur leurs lits* », précisant néanmoins que « *les conditions d'adhésion pour les établissements du territoire seront à réfléchir* »⁵⁹.

⁵⁸ Décret no 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire, [en ligne], disponible sur <http://admi.net/jo/19970318/TASH9720463D.html>

⁵⁹ Rapport d'activité du Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE », octobre 2006 - Septembre 2007, Version définitive, Validée au cours de l'Assemblée Générale du 28 Novembre 2007, p. 72

Cependant, ces nouvelles adhésions seront la source d'une certaine lourdeur juridique. Toute nouvelle adhésion doit faire l'objet d'un avenant à la convention constitutive. Or, ces avenants sont tenus d'être approuvés par le directeur de l'Agence Régionale D'Hospitalisation. Ils sont donc également publiés au Bulletin officiel du ministère chargé de la santé⁶⁰. Ensuite, l'admission d'un nouveau membre en cours d'année ne lui confère les droits statutaires prévus par la convention qu'à la date d'approbation de l'avenant. Enfin, tout nouveau membre est réputé adhérer aux dispositions de la convention constitutive et de ses annexes, ainsi qu'à toutes les décisions déjà prises par les instances du Groupement et qui s'appliqueraient aux membres de celui-ci.

Ce dernier point démontre que l'extension du GCS réclame l'assentiment de tous les nouveaux établissements envers l'objectif du GCS et ses orientations stratégiques.

Sans évoquer expressément l'extension du GCS, le rapport d'activité reconnaît cependant la nécessité de rechercher une plus grande approbation des établissements : à cette fin, il propose l'instauration d'un comité de pilotage. « *Il nous permettrait de maintenir un niveau d'informations égal entre chacun des partenaires. Certaines décisions pourraient y être validés et ainsi assurer l'adhésion de nos interlocuteurs à nos projets.* » poursuit le rapport.

Quelles seraient les conséquences d'un agrandissement du GCS Nantes soins de Suite ?

B) L'extension du GCS : avantages et inconvénients

Les établissements SSR du territoire de recours de Nantes sont répartis entre établissements publics, PSPH et établissements privés. L'extension du GCS à ces établissements est donc une possibilité.

Elle favoriserait l'adhésion des nouveaux établissements à la cellule d'orientation, par une approche participative. Car, le GCS génère une vie institutionnelle riche fondée sur le principe de la démocratie et de représentativité des établissements. Un Conseil d'Administration se réunit tous les deux mois pour décider des orientations stratégiques à mener par la cellule. Chaque établissement y est représenté par deux administrateurs. Parallèlement, un comité médical composé de praticiens membres des établissements du GCS se réunit tous les deux mois. Celui-ci est compétent pour analyser des problématiques médicales particulières et/ou complexes. Pour ce faire, il est défini annuellement un programme de travail soumis à l'approbation du Conseil. Enfin, une

⁶⁰ article R. 713-3-5 du CSP

assemblée générale se réunit chaque année pour présenter un rapport d'activité, un rapport moral et un rapport financier.

Rappelons que, de façon générale, le GCS a été conçu pour renforcer la coopération entre le public et le privé. Le champ de la coopération visée est large, et le GCS peut être mis en place pour un vaste panel de missions de service public⁶¹, résultant toutes de la volonté d'une intégration poussée de ses membres.

Au fil de mes entretiens, j'ai pu constater qu'un réel mouvement de collaboration s'était instauré entre les établissements membres du GCS nantais. L'extension du GCS actuel commande la coopération avec un nombre sensiblement plus élevé de partenaires.

Or, cette coopération n'est pas acquise de plein droit. Il peut en effet s'avérer difficile d'obtenir que tous les établissements SSR aient la même philosophie concernant l'orientation des patients en SSR. Les intérêts peuvent en effet diverger. Lorsque je l'ai interrogé sur les atouts du GCS, l'un des administrateurs m'a notamment déclaré que, quelle que soit l'ampleur de l'établissement de soins, chacun des établissements du GCS disposait des mêmes droits et des mêmes devoirs. Ce contexte d'égalité de traitement peut-il perdurer dans l'hypothèse d'un agrandissement du GCS ? Il ne s'agit certes pas en l'espèce de répondre à cette question. Cela aurait nécessité une connaissance approfondie des établissements SSR concernés, que je ne possède pas. De plus, nul ne peut préjuger d'une situation. C'est pourquoi, cette question mérite d'être posée.

Pour répondre aux exigences du volet additionnel du SROS, le GCS peut choisir d'intégrer de nouveaux établissements SSR. Cependant, cette option induit de la complexité et des incertitudes quant à son fonctionnement. Une autre voie peut être

⁶¹ article L. 6133 - 1 du CSP : « *Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut :*

1° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;

2° Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1.

Le groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux mentionnés à l'article L. 4111-1 sous réserve, pour les médecins libéraux ayant un contrat d'exercice avec un établissement de santé privé, du respect des engagements souscrits avec celui-ci. Un des membres au moins du groupement de coopération sanitaire doit être un établissement de santé. »

D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un groupement de coopération sanitaire à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un groupement de coopération sanitaire des accords définis à l'article L. 6161-10 en vue de leur association aux activités du groupement.

envisagée, celle de la contractualisation avec les établissements, par le biais du CPOM.

3.1.2 La voie offerte par le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

Au niveau d'un établissement de santé, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens constitue la traduction opérationnelle de la planification sanitaire adoptée au niveau régional

Le CPOM est négocié entre chaque établissement de santé et l'ARH, qu'il soit public, PSPH ou privé. Il a pour objet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, et, le cas échéant, du projet médical de territoire. Le SROS et le PMT constituent en effet son cadre de référence de négociation. Ce contrat a vocation à englober toutes les dimensions d'un établissement de santé, par le biais de plusieurs axes : les orientations stratégiques de l'établissement, la qualité et la sécurité des soins et les engagements en terme de service rendu au patient, l'efficience et l'accompagnement financier.

Dès lors que le volet additionnel du SROS 3 des Pays de la Loire relatif aux SSR sera validé et publié, les établissements de soins de suite et de réadaptation devront revoir leur CPOM afin de s'y conformer. Il pourrait être judicieux d'emprunter cette voie pour s'assurer que les établissements du territoire de recours de Nantes reconnaissent la cellule unique d'orientation et les compétences qui y seront associées. Cette légitimation figurerait alors dans l'annexe relative aux orientations stratégiques de la structure. Car celles-ci doivent en effet décliner :

- Ses objectifs et ses mesures opérationnelles prioritaires
- Les filières et actions de coopérations dans lequel l'établissement s'engage dans le cadre du PMT
- Est également mentionnée sa participation aux réseaux de santé ou la prise en charge des urgences lorsqu'il y a lieu

Concrètement, la reconnaissance de la cellule d'orientation pourrait s'effectuer de la manière suivante :

1. Par un rappel de la problématique inhérente à l'orientation des patients sur le territoire de recours de Nantes : la fluidité de la filière court séjour / soins de suite nécessite une orientation optimale des patients en amont du SSR
2. Par la déclinaison en action de la reconnaissance de la compétence de la cellule d'orientation en la matière : la gestion par la cellule des admissions de leurs lits y serait alors actée
3. Par la détermination d'un calendrier de mise en œuvre de cette action : nombre de lits concernés, modalités du transfert de gestion des admissions
4. Par la déclinaison des moyens envisagés par l'établissement pour mettre en œuvre cette action : participation financière au fonctionnement de la cellule par exemple ?
5. Éventuellement, par la mise en place d'indicateurs de suivi, tels que l'évolution du nombre de patient en attente de placement au sein de l'établissement

La méthodologie proposée se fonde donc sur l'architecture générale de présentation du CPOM. Elle constitue un des moyens pour obtenir l'aval des établissements à la cellule unique d'orientation. L'approche adoptée en l'espèce s'avère moins participative que l'hypothèse de l'extension du GCS. Néanmoins, l'intégration de la cellule d'orientation dans le CPOM présente l'avantage de se fonder sur un cadre juridique préétabli. Ensuite, elle s'inscrit dans la révision obligatoire des CPOM, du fait du volet additionnel du SROS. Cela éviterait le surcroît de travail généré par un autre type de conventionnement.

Quelle que soit l'option choisie pour formaliser l'adhésion des établissements SSR du territoire de recours, une constante demeure. L'accompagnement des autorités de tutelles est indispensable : référents régionaux de l'ARH et équipes territoriales des DDASS suivront ainsi ce processus.

Ce changement sera d'importance pour la cellule d'orientation et de coordination. Nous tenterons donc d'en mesurer quelques impacts

3.2 La cellule d'orientation face au changement : Éléments de prospective

3.2.1 L'impact sur le fonctionnement

La désignation d'une cellule d'orientation unique entre les services de court séjour et les services de SSR entraînera une augmentation du nombre de lits mis à disposition. Une augmentation à cent lits est d'ores et déjà attendue. Le volet additionnel du SROS induit de surcroît un accroissement prévisible des capacités gérées par la cellule. Il stipule en effet que « *la mobilisation des lits de MPR et/ou soins de suite sera opérée par la cellule*

*d'orientation, disposant de l'ensemble des capacités mobilisables à charge pour elle, d'en assurer la mobilisation la plus efficiente, compte tenu des pathologies à prendre en charge et des capacités disponibles ».*⁶² Cette augmentation suscite des interrogations légitimes de la part des membres du GCS. Des doutes sont émis par le rapport d'activité quant à sa capacité à gérer efficacement un doublement des lits mis à disposition, tant que l'informatisation ne sera pas opérationnelle : *« Nous savons que l'augmentation de lits induira une augmentation du nombre de demandes et génèrera au minimum 50 % de demandes supplémentaires à traiter par jour. Aussi, dans l'attente de la mise en place de cette informatisation, nous craignons de ne pouvoir faire face à la demande et perdre la réactivité qui est fondamentale pour fluidifier la circulation dans la filière »*⁶³. De même, un des administrateurs rencontrés recommande d'évaluer le fonctionnement du GCS à cent lits, avant d'envisager une nouvelle augmentation de capacités. Cet argument est compréhensible : le dispositif du GCS est récent et ne possède actuellement que 5 % des lits disponibles. Néanmoins, c'est aussi à l'aune d'une augmentation significative de lits que l'on pourra mesurer l'efficacité de la cellule d'orientation sur la filière SSR.

En tout état de cause, le passage du GCS vers la cellule unique, risque de générer de la part de l'équipe des demandes de personnel supplémentaires. D'ores et déjà, le rapport d'activité estime que ses besoins augmenteront, du fait de l'expérimentation tarifaire attendue et de l'informatisation.

À long terme la cellule d'orientation devrait semble-t-il évoluer vers des fonctions de coordination de la filière SSR. Par son action sur le devenir du patient, l'équipe du GCS, a déjà entamé ce glissement. Elle a commencé à créer des liens avec certaines des structures d'aval du territoire . Mais le projet médical de territoire recommande également d'organiser les liens entre la (ou les) structure (s) de MPR et les structures de soins de suite du territoire. Car la distinction entre ces deux catégories d'établissements n'aura bientôt plus lieu d'être. Le projet d'article R 1623-122 nouveau du CSP dispose en effet que : *« L'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 a pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales, des déficiences et des limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation et la réinsertion du patient. Elle comprend, le cas échéant, des actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique »*. Enfin, avec la parution des décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation, il conviendra d'identifier les

⁶² Cf annexe 4

⁶³ Rapport d'activité, Ibid, p 73

structures disposant d'une ou des spécialisations en SSR (ex. rééducation cardiovasculaire, prise en charge des AVC, grands brûlés, addictologie, etc...). La cellule d'orientation devra également s'adapter à l'organisation qui en découlera.

Il s'agirait alors de structurer l'ensemble de la filière SSR pour garantir la continuité des soins, par une coordination, et non plus seulement d'améliorer l'orientation des patients.

3.2.2 L'impact sur les filières existantes d'orientation des patients

Quand j'interrogeais les administrateurs sur les limites éventuelles du GCS, certains évoquaient le maintien de filières parallèles à la cellule d'orientation comme un obstacle à son efficacité. Il est vrai que ces pratiques d'orientation sont souvent hétérogènes et résultent en certains cas d'impératifs économiques. Lorsqu'un établissement de courte durée et un établissement SSR sont gérés par la même entité juridique, le service de court séjour privilégiera cet établissement pour la sortie des patients en SSR. De même, les établissements privés à but commercial sont parfois tentés d'admettre tous les patients demandeurs, si des lits restent inoccupés.

La cellule d'orientation est précisément conçue pour limiter le recours à ces réseaux et homogénéiser les pratiques existantes.

Néanmoins, certaines de ces filières peuvent également favoriser la diffusion de bonnes pratiques d'orientation, et s'avèrent de surcroît recommandées. Il s'agit en l'occurrence d'encourager les liens entre établissements de court séjour et SSR lorsqu'ils visent à préparer la sortie du patient vers ces structures. L'étude régionale sur les soins de suite et de réadaptation émet d'ailleurs des recommandations en ce sens : pour les hospitalisations programmées, médicales ou chirurgicales, les solutions de sortie les mieux adaptées doivent être anticipées et préparées dès le stade de la décision d'hospitalisation. Dès lors, toute convention qui organiserait le transfert programmé des patients, du service de court séjour vers l'établissement d'aval après une intervention chirurgicale lourde, serait maintenue et encouragée.

De même, le volet additionnel du SROS 3 relatif aux SSR stipule : « *il est recommandé aux unités de soins de suite de privilégier la prise en charge des pathologies vasculaires (hémiplegies ne relevant pas de MPR) et cancéreuses, ainsi que celle des personnes en fin de vie.* ». Par hypothèse, toute convention permettant de favoriser l'accueil de ce patient serait la bienvenue. Ce type de liens privilégiés entre structures d'amont et d'aval existe déjà pour certaines d'entre elles, notamment en ce qui concerne les patients atteints de cancer.

Les filières existantes d'orientation subsisteront donc dans la mesure où celles contribueront à la rationaliser et à faciliter l'accès aux soins de suite des patients qui répondent aux critères d'orientation édictés par le volet additionnel du SROS.

De nombreux changements attendent le GCS. Le rapport d'activité du GCS s'interroge donc légitimement sur son évolution : « *Le GCS, en tant qu'entité juridique pourra-t-il être le support à la cellule d'orientation du territoire de recours de Nantes ? Sera-t-il le support à une cellule d'orientation et de coordination dont le rôle évoluerait vers une animation de la coordination SSR de ce territoire à l'image de la coordination lyonnaise ?* »⁶⁴ Il est certain que les éléments de questionnements concernant l'évolution future de la cellule d'orientation abordés en l'espèce ne sont pas exhaustifs. Ils ne visent qu'à contribuer à la réflexion engagée par les autorités de tutelles ; comme par le GCS sur ce sujet. Néanmoins, peut-être permettront-ils de fournir un commencement de réponse. En tout état de cause, la cellule d'orientation du territoire de recours de Nantes nécessiterait sans doute, d'ici quelques années, une nouvelle étude.

⁶⁴ Ibid, p 77

Conclusion

Alors que cette activité se trouve au seuil de réformes structurantes, les Soins de Suite et de Réadaptation sont trop peu étudiés par les pouvoirs publics. Car de profondes transformations sont en cours, tant au niveau national, qu'au niveau de la Région des Pays de la Loire.

À l'échelon national, une enquête portant sur la consommation des médicaments coûteux SSR a été réalisée en 2006 dans le cadre des travaux préparatoires à la mise en œuvre de la tarification à l'activité en ce domaine. Par une lettre envoyée le 2 octobre dernier à Madame la ministre de la Santé à l'occasion du Projet de loi de Financement de la Sécurité Sociale pour l'année 2008, les trois fédérations hospitalières de France ont notamment soulevé cette question. En effet, selon elles, *« pour les établissements de soins de suite et de réadaptation qui assument le coût des médicaments et des dispositifs médicaux onéreux dans leur enveloppe budgétaire, l'accélération des sorties des patients du court séjour des patients vers les structures de suite emporte des conséquences sérieuses. Les prises en charge étant plus aiguës et les thérapeutiques plus complexes et coûteuses, les dépenses pharmaceutiques connaissent désormais des progressions qui s'avèrent intenable dans les budgets de nos établissements, compte tenu des évolutions des dernières années et de celles qui s'annoncent. Cette situation pénalise évidemment les trajectoires des patients et leur fluidité⁶⁵. »*. Ce contexte est identique dans la région des Pays de la Loire., notamment en ce qui concerne les coûts de retour en consultation en court séjour des patients accueillis en soins de suite. Une étude financière sur les molécules coûteuses a donc été diligentée par les autorités de tutelle pour évaluer la situation. Suite à l'étude, l'ARH a débloqué un crédit de 0.7 million d'euros pour faire face aux molécules coûteuses.

La mise en place de la T2A constitue donc le défi d'importance à relever prochainement pour les établissements de soins de suite et de réadaptation. Il s'agira en effet de l'adapter à la réalité actuelle des SSR, en prenant en compte : l'augmentation des besoins liés au vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et du handicap et l'abaissement progressif des durées de séjour en MCO.

⁶⁵ Lettre à Roselyne BACHELOT, [en ligne], disponible sur <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2619&p=6&r=89&fr=1>

Enfin, la publication des décrets structurant l'activité de SSR déterminera une définition générale d'une seule activité de soins, déclinée ensuite sous forme de prise en charge spécifique. Comme je l'ai exposé en introduction, cette opération de fusion de la médecine physique et de réadaptation avec les soins de suite et de réadaptation des changements dans le droit des autorisations en la matière.

Le rôle de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale sera d'accompagner, au niveau régional et départemental les établissements de santé face à ces mutations. Il s'agira de poursuivre le travail en partenariat d'ores et déjà engagé, dans le respect des contraintes institutionnelles.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES, 1997. Décret no 97-240 du 17 mars 1997 relatif aux groupements de coopération sanitaire, [en ligne], disponible sur <http://admi.net/jo/19970318/TASH9720463D.html>

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES, 1997. Circulaire DH/EO n° 97-841 du 31 décembre 1997 relative aux orientations en matière d'organisation des soins de suite ou de réadaptation. Texte non paru au JO

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, J.O n°206 du 6 septembre 2003 page 15391

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2004. CIRCULAIRE N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération, Texte non paru au JO

MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2007. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Rapport de présentation des projets de décrets relatifs à l'activité de soins de suite et de réadaptation au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale du 6 septembre 2007, disponible sur <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2559&p=6&r=89&fr=1>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS 2007 PROJET DE DECRET relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), disponible sur <http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2559&p=6&r=89&fr=1>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS 2007 PROJET DE
DECRET Relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités
de soins de suite et de réadaptation et modifiant le code de la santé publique (dispositions
réglementaires), disponible sur

<http://www.fhf.fr/dossiers/dossiers-fiche.php?id=2559&p=6&r=89&fr=1>

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2003, Suivi –
évaluation du sros 2 – état des lieux sur la recomposition de l'offre de soins – secteur de
Nantes-Châteaubriant –*document de travail*, 26 pages, disponible sur
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F70004753D3/\\$FILE/sros2nantes.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F70004753D3/$FILE/sros2nantes.pdf) -

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2004, rapport du
COTER SSR, Contribution à l'élaboration du SROS III, disponible sur
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/\\$All/ssr](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/$All/ssr)

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2004,
propositions du COTER en vue de sa contribution à l'élaboration du volet SSR du SROS
III, disponible sur
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F700054C016/\\$FILE/ANNEXssr.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/C1256B21004AD6FAC1256F700054C016/$FILE/ANNEXssr.pdf)

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2005, document
de travail en vue de l'élaboration du volet SSR du SROS III, disponible sur
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/\\$All/volet_ssr](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/$All/volet_ssr)

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2006, arrêté
ARH n° 086/2006/44 fixant le schéma régional d'organisation sanitaire des Pays de la
Loire

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2007, « les
soins de suite et de réadaptation », volet SSR du SROS III, version définitive, 27 pages

Ouvrages collectifs

DUPONT (Marc), BERGOIGNAN-ESPER (Claudine), PAIRE (Christian), 2007, « Droit hospitalier », Paris : Dalloz - Sirey, 6e édition, 852p.

TALLEC (Dre), (sous la direction de), juin 2007, « La santé observée dans les pays de la Loire », 222 p. [en ligne], disponible sur <http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/telechargements/LSO/2007LSOpdl.pdf>

Etudes

SANKALE – DELGA (Dre), (chef de projet), décembre 2004, « Etude régionale sur les soins de suite ou de réadaptation, les résultats », [en ligne], disponible sur www.cram.pdl.fr/affaires/les_publications.htm

SANKALE – DELGA (Dre), (chef de projet), décembre 2004, « Etude régionale sur les soins de suite ou de réadaptation, Annexe III, les auditions, les propositions » [en ligne], disponible sur www.cram.pdl.fr/affaires/les_publications.htm

Rapport parlementaire

ROLLAND (JM), juillet 2006, « rapport d'information sur la tarification à l'activité et les établissements de santé », *Assemblée Nationale*, n ° 3265, 314 p, [en ligne], disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3265.asp>

Articles

ARNAULT (S), FIZZALA (A), LEROUX (I), LOMBARDO (P), décembre 2006, "L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle", DREES, *Etudes et Résultats*, N° 546, 12 p.

CARRASCO (V), COLDEFY (M), DEROIN (C), LOMBARDO (P), THOMSON (E) décembre 2005, "L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle", DREES, *Etudes et Résultats*, N° 456, 12 p.

CLEMENT (JM), septembre 2006, « La coopération public – privé dans le domaine sanitaire », *Dossier BJPH*, N°90, 4 p.

CORMIER (M), avril 2007 « Les groupements de coopération sanitaire : instruments de coopération à privilégier ? », *Dossier BJPH*, N°97, 12p.

CUGNIET (R), PASCAL (C), PIOCH (S), 2007, « Demandes de transfert des patients de court séjour vers les structures de soins de suite et de réadaptation : résultats d'une étude au centre hospitalier universitaire de Grenoble, *Risques et Qualité*, Volume IV, N°1, pp 33-38

DEBLASI (A), février 2006, « Amélioration de la qualité des soins ; l'expérience de la coordination Rhone Réadaptation », *gestions hospitalières*, pp. 85-91

GANDOUET (B), mars 2006, « Groupement de coopération sanitaire : outil d'accompagnement à la conduite du changement », *Revue Droit et Santé*, N°10, pp. 119-126

JEANNEAU (J), septembre –octobre 2006, « Typologie des établissements de Soins de Suite ou de Réadaptation », *Lettre de l'Observatoire Economique et Social, Supplément à Perspectives Sanitaires & Sociales*, N°188, 12 p.

TONNEAU (D), PEPIN (M), mars 2006 « Environnement et trajectoires des établissements sanitaires et sociaux privés entre 1998 et 2003 : les enseignements d'une étude monographique », DREES, *Etudes et Résultats*, N° 546, 12 p.

Littérature grise propre au Groupement de coopération sanitaire

Convention constitutive du Groupement de coopération sanitaire, Nantes, 30 avril 2004

Programme médical du Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE», Version définitive, Validée le 27 juin 2006

Règlement Intérieur du Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE», Version provisoire, 24 mai 2007

Rapport d'activité du Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE», octobre 2006 - Septembre 2007, Version définitive, Validée au cours de l'Assemblée Générale du 28 Novembre 2007, 118 pages

Convention relative à la tarification expérimentale des lits mis à disposition du GCS Soins de Suite de l'agglomération nantaise, version provisoire.

Liste des annexes

ANNEXE 1 GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES ADMINISTRATEURS DU GCS

ANNEXE 2 NOMBRE ET REPARTITION DES LITS A DISPOSITION DU GCS

ANNEXE 3 SCHEMA RELATIF A LA PROCEDURE D'ORIENTATION DES PATIENTS

ANNEXE 4 : LA CELLULE D'ORIENTATION

ANNEXE 1 GRILLE D'ENTRETIEN A DESTINATION DES ADMINISTRATEURS DU
GCS

Quelles sont vos motivations à l'adhésion au GCS ?

Quel est votre rôle au sein du GCS ?

Comment s'est déroulée la communication autour du GCS ?

Le GCS permet-il une meilleure fluidité de la filière ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

Le GCS permet-il une meilleure orientation des patients ?

Si oui quels éléments permettent d'en rendre compte

Existe-il un protocole commun d'orientation

Quels sont les critères d'admission adoptés par le GCS

Critères médicaux ?

Critères sociaux ?

Critères d'attente ?

Correspondent-ils à vos propres critères d'admission ?

Quels sont selon vous les atouts de GCS ?

Quels sont selon vous les limites de GCS ?

Exemples Rupture d'égalité vis-à-vis des demandes des autres territoires de proximité de la Région ?

Question de la demande centralisée (choix des patients)

Communication ?

Relations avec les établissements de court séjour ? amélioration ou détérioration

ANNEXE 2 NOMBRE ET REPARTITION DES LITS A DISPOSITION DU GCS

SOURCE : Rapport d'activité Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE », octobre 2006 - Septembre 2007, Version définitive, Validée au cours de l'Assemblée Générale du 28 Novembre 2007

1.2.3.3 Les lits à notre disposition

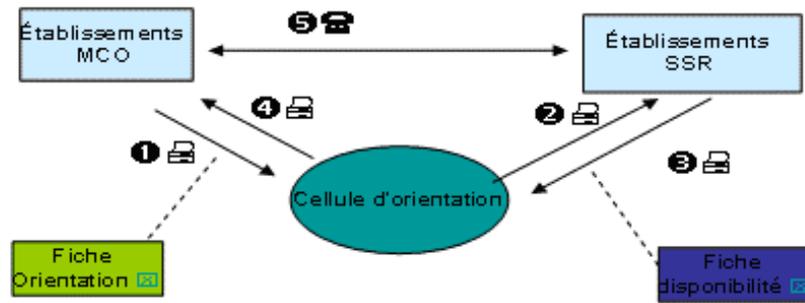
Dans l'attente de l'ouverture de nouveaux lits pour atteindre le nombre prévu à la création du GCS, les lits actuellement mis à notre disposition sont les suivants :

Etablissement :	Nombre de lits exploités dans le cadre du GCS	Nombre lits total dans l'établissement :
Clinique Saint-Henri (CRF)	28	28
Roz Arvor (PCA)	7	80
Clinique Brétéché	18	50
Centre de convalescence Saint-Sébastien (URMLA ⁹)	15	39
TOTAL :	68	197

Notre périmètre de responsabilité ne concerne que la gestion des admissions et la mise à disposition des compétences de l'assistante sociale pour la sortie des patients. La gestion de l'hospitalisation, l'organisation de la sortie restent du ressort des équipes des établissements concernés.

ANNEXE 3 : SCHEMA RELATIF A LA PROCEDURE D'ORIENTATION DES PATIENTS

SOURCE : Rapport d'activité Groupement de Coopération Sanitaire « NANTES SOINS de SUITE », octobre 2006 - Septembre 2007, Version définitive, Validée au cours de l'Assemblée Générale du 28 Novembre 2007



ANNEXE 4 : LA CELLULE D'ORIENTATION

SOURCE : AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DES PAYS DE LA LOIRE 2007, « les soins de suite et de réadaptation », volet SSR du SROS III, version définitive

modalités d'organisation et de fonctionnement

Modalités d'organisation

La gestion des capacités de MPR et/ou des soins de suite doit être appréhendée dans le cadre d'une organisation territoriale, médicale et centralisée.

Une organisation territoriale

A l'échelle du territoire de santé de recours, une cellule d'orientation sera mise en place qui permettra de mobiliser l'ensemble des capacités MPR et/ou soins de suite du territoire.

Une organisation médicale

La détermination du besoin en MPR et /ou soins de suite et de l'établissement le plus à même de dispenser ces soins est une décision médicale .Il s'agit en effet d'orienter les malades en fonction de leur pathologie et des soins qu'ils requièrent dans les établissements du territoire les plus adaptés.

Une organisation centralisée

La mobilisation des lits de MPR et /ou soins de suite sera opérée par le cellule d'orientation, disposant de l'ensemble des capacités mobilisables, à charge pour elle, d'en assurer la mobilisation la plus efficiente, compte tenu des pathologies à prendre en charge et des capacités disponibles. Cette cellule aura donc vocation à jouer le rôle d'organe centralisateur des demandes, d'évaluation médicale de la réponse la plus adéquate en terme d'établissement d'accueil et de mobilisation de la destination retenue.

Modalités de fonctionnement

L'utilisation optimale des capacités de MPR passe par l'application de critères d'orientation cohérents avec le recentrage des activités sur les prises en charge complexes.

Il est recommandé que ces critères soient élaborés en commun par les représentants des services de court séjour, de MPR et de soins de suite d'un territoire, puis validés et acceptés par toutes les unités fonctionnelles.

L'ensemble de ces critères doit permettre de déterminer l'orientation souhaitable : soit MPR en hospitalisation complète ou à temps partiel, soit en soins de suite.

Ils comporteront :

des critères médicaux de prise en charge tenant compte notamment de l'intensité des soins nécessaires (dont leur polyvalence et les besoins en terme de coordination), des possibilités de récupération, de la pathologie initiale, de l'état physique et psychique du patient (capacités du patient à supporter une réadaptation intensive en MPR)

des critères sociaux et particulièrement environnementaux (personne seule ou non...)

des critères d'attentes du patient et de la famille (orientation souhaitée...)

Il est recommandé que l'appréciation médico-sociale de chaque demande d'admission, effectuée sur la base de ces critères, se fasse au moyen d'une fiche d'orientation commune renseignée par le service adresseur, dès que les informations médicales sont disponibles.

A partir des fiches d'orientation transmises par les services de court séjour, la cellule d'orientation pourra programmer une admission dans le service adapté, négociée avec celui-ci. Au besoin, elle pourra réorienter la demande vers un accueil adéquat, hébergement temporaire voire permanent, ou vers un retour au domicile avec aide et/ou soins et/ou accueil de jour.

La mise en place d'un groupe de travail, en lien avec les URML, associant des kinésithérapeutes et des médecins du domicile, sur les rééducations post-chirurgicales ne nécessitant pas d'hospitalisation en SSR est recommandée. Ce travail se fera sur la base des recommandations de l' HAS. Ce groupe pourrait à terme participer aux travaux du

Comité de suivi du SROS sur les SSR pour définir de concert des propositions d'orientation des patients vers une prise en charge en ambulatoire pour ce type de rééducation.

La mise en place d'une cellule de coordination n'est pas exclusive de voies complémentaires, en intra ou en extra hospitalier :

liens avec les CLIC, les HAD, les EHPAD,

liens avec les urgences

liens avec le court séjour gériatrique (plateforme téléphonique à la disposition des médecins traitants)

Ces voies complémentaires sont tout à fait essentielles pour éviter ou raccourcir des hospitalisations inutiles et potentiellement délétères en facilitant l'accès aux soins de suite (accès direct à partir du domicile, boucle courte entre les urgences et les SSR), à de l'hébergement temporaire et le retour au domicile.