



Inspection générale
des affaires sociales

Evaluation de la situation de la maternité de Die

RAPPORT

Établi par

Christian CAHUT

Conseiller général des
établissements de santé

Patrice LEGRAND

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Dr Sylvain PICARD

- Mai 2013 -

RM2013-082P

SYNTHESE

- [1] La maternité du centre hospitalier de Die, avec un peu plus de cent vingt accouchements annuels pour les deux dernières années, est, si l'on excepte celle de Saint Pierre et Miquelon, la plus petite maternité de France.
- [2] Située à l'écart des autres centres hospitaliers possédant des maternités de niveau 2 ou 3, elle fonctionne dans des conditions précaires, bien que coûteuses, au service d'une population en partie clairsemée, éloignée d'un hôpital, avec des conditions d'accès difficiles.
- [3] La maternité de ce petit établissement, qui ne pourrait fonctionner sans le soutien du centre hospitalier de Valence ne satisfait pas aux conditions réglementaires, est soumise à des risques importants dont certains se sont avérés. En particulier, la maternité non plus que la chirurgie ne sont conformes aux normes de personnel. L'établissement doit rémunérer en astreinte les sages-femmes qui assurent la permanence et recourir à des personnels médicaux intérimaires pour compléter ses tableaux de garde, ce qui, outre un coût très élevé, ne permet pas de garantir un niveau optimum de qualité des soins, et encore ne parvient il pas complètement, à assurer la permanence des soins.
- [4] Des incidents ont révélé des dysfonctionnements graves qui ont été portés à la connaissance de la commission spécialisée de l'offre de soins de la région Rhône-Alpes, à l'occasion de l'examen d'une demande de renouvellement d'autorisation. Ces incidents peuvent se reproduire, à tout moment. Comme l'a souligné un médecin rapporteur à la CSOS, il n'est pas possible de faire fonctionner, à l'avenir non plus que jusqu'aujourd'hui, la maternité et la chirurgie avec l'ensemble des personnels permanents que requiert la réglementation.
- [5] Des accidents peuvent intervenir à tout moment, mettant en péril la responsabilité juridique de l'hôpital et de la tutelle mais surtout pouvant causer des atteintes graves voire de décès parmi les patients.
- [6] Pour autant, la fermeture de la maternité et de la chirurgie du centre hospitalier de Die comporte également des risques importants. En juin 2012, la fermeture, en raison de travaux, de la maternité s'est déroulée sans incident notable. Mais cette fermeture a été de faible durée et il n'est pas possible d'en tirer d'argumentation définitive. La mission a préféré s'enquérir de la réalité de la pratique observée au centre hospitalier de Die. Il lui est apparu que, dans cinq occasions au moins, la maternité a pu jouer un rôle important dans le traitement de cas complexes et graves dont la prise en charge, à défaut, aurait pu être plus problématique qu'elle ne l'a été. Elle s'est également fait communiquer le nombre des accouchements qui se produisent moins de deux heures ou moins de trois heures après l'arrivée de la parturiente à l'hôpital : une vingtaine à moins de deux heures, d'une année sur l'autre. Bien qu'un certain nombre de parturientes soient originaires de communes proches d'autres maternités et bien qu'il soit probable que les femmes concernées adapteraient leur comportement, en cas de fermeture de la maternité de Die, il n'en demeure pas moins que le risque d'accouchement entre le domicile et l'hôpital se trouverait augmenté.
- [7] En chirurgie, de même, il nous a été fait état d'une intervention en urgence suite à un accident, qui s'est révélée décisive sur le plan du pronostic pour le patient.
- [8] La distance est la première cause d'absence de sécurité suffisante à Die. C'est ce problème de temps de transport qui doit être d'abord réglé. Il doit l'être quel que soit l'avenir de la maternité et de la chirurgie.

- [9] Il est impératif d'organiser un départ depuis Die pour les transports médicalisés urgents. Une antenne du SMUR doit être créée, étant entendu qu'antenne SMUR et urgences du centre hospitalier de Die doivent être mutualisées, comme la réglementation en ouvre la possibilité, pour ne pas laisser les praticiens inoccupés alors que l'afflux aux urgences connaît des pics à certaines périodes. Il serait éminemment souhaitable qu'une convention entre le centre hospitalier de Die, le SDIS et le SAMU permette d'utiliser les moyens de transports du centre de secours (véhicule, conducteur) et de les médicaliser (urgentiste, sage femme s'il y a lieu, matériels)
- [10] La question de l'extension des interventions de l'hélicoptère du centre hospitalier au vol de nuit, dont l'augmentation des coûts est, en ce cas plus que proportionnelle à l'augmentation du nombre de sorties dépasse le simple cadre de la maternité de Die puisqu'il s'agit de couvrir la Drôme et la plus grande partie de l'Ardèche.
- [11] En cas de restructuration de la maternité et de la chirurgie, il est indispensable de mettre en place, un centre périnatal de proximité, afin d'assurer la présence de sage femmes et de consultations d'obstétrique et de pédiatrie auprès de la population (suivi du pré-partum, détection des grossesses à risque, gestion de l'urgence périnatale, facilitation du retour à domicile, suivi des nourrissons). Il est illusoire dans ces conditions d'imaginer que la fermeture de la maternité de Die se traduirait par des économies. Seules les considérations de sécurité doivent ici être prises en compte.
- [12] Il est essentiel pour assurer la diffusion des bonnes pratiques, l'observance des règles d'évaluation de formation, la gestion de la qualité des recrutements, l'organisation, mieux encore que ce n'est déjà le cas, des relations entre les centres hospitaliers de Valence et de Die, et pour faire face à toute occurrence, que soit créée une fédération médicale inter-hospitalière femme-enfant, afin, tout en respectant la personnalité des établissements, de réaliser l'unité de gestion médicale. De même, la fédération des urgences doit être réellement activée s'agissant du centre hospitalier de Die qui en fait partie sans suffisante participation pour l'instant.
- [13] Dans ce souci de coopération hospitalière motivée par la sécurité, la communauté hospitalière de territoire doit être étendue au centre hospitalier de Die, seul établissement qui s'en tient à l'écart, alors même que c'est l'établissement qui a le plus besoin de ce soutien.
- [14] En raison d'impératifs de sécurité qui jouent dès maintenant, les mesures proposées doivent être mises en place à l'intérieur du délai de trente mois accordé par la ministre des affaires sociales et de la santé et non pas attendre que ce délai se soit écoulé. Si une fois de plus, les coopérations nécessaires n'étaient pas mises en place, au bout du délai de trente mois, il y aurait lieu de fermer la chirurgie et la maternité de Die.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
EVALUATION DE LA SITUATION DE LA MATERNITE DE DIE.....	9
1 UN PETIT ETABLISSEMENT A L'ECART	10
1.1 UN PETIT ETABLISSEMENT.	10
1.1.1 Un établissement de petite dimension.....	10
1.1.2 Faible activité.....	11
1.1.3 Un déficit structurel très important	11
1.1.4 Des recrutements médicaux hors statuts	12
1.1.5 Des personnels non médicaux en nombre important	13
1.2 UN ETABLISSEMENT TRES ELOIGNE	14
1.2.1 Dispersion et éloignement de la population.....	14
1.2.2 Un soutien de l'hôpital de Valence	17
2 UNE MATERNITE QUI NE SATISFAIT PAS AUX CONDITIONS REGLEMENTAIRES, SOUMISE AU RISQUE ET SANS PERENNITE ASSUREE	19
2.1 DES PERSONNELS EN NOMBRE INSUFFISANT POUR ASSURER UNE PERMANENCE CONFORME AUX CONDITIONS D'AUTORISATION DES ETABLISSEMENTS.....	19
2.1.1 Une absence de conformité aux conditions techniques d'autorisation qui a été relevée notamment en 2011.....	19
2.1.2 Une situation qui ne s'est pas améliorée depuis 2011	22
2.1.3 Et qui rencontre son symétrique en ce qui concerne la chirurgie.....	22
2.2 DES RISQUES AVERES QUI ONT ETE ILLUSTRES PAR DES INCIDENTS, MAIS QUI ONT PU ETRE JUSQU'A CE JOUR LIMITES PAR UN COMPORTEMENT PRUDENT DES EQUIPES	24
2.2.1 Premier cas évoqué lors de l'examen du renouvellement de l'autorisation en 2011	24
2.2.2 Deuxième cas évoqué lors de l'examen du renouvellement de l'autorisation en 2011.....	25
2.2.3 Jusqu'à présent le comportement prudent des équipes a pu limiter les incidents, pour les risques qu'il était possible d'anticiper	25
2.3 UNE PERENNITE QUI N'EST PAS ASSUREE.....	26
2.3.1 Une activité très faible en obstétrique	26
2.3.2 Une activité non moins faible en chirurgie.....	26
2.3.3 Des perspectives de recrutement difficiles	27
2.3.4 Des risques d'incidents ou d'accidents pouvant intervenir à tout moment	27
3 DES RISQUES IMPORTANTS EN CAS DE FERMETURE QU'IL SERA DIFFICILE DE SURMONTER.....	28
3.1 DES RISQUES EVENTUELLEMENT AGGRAVES PAR RAPPORT A CEUX QUI RESULTERAIENT DU MAINTIEN DE LA MATERNITE ET DE LA CHIRURGIE	28
3.1.1 La fermeture de juin 2012, une opération sans drame mais trop courte pour être totalement significative	28
3.1.2 Une estimation directe des risques par l'examen de l'activité passée de la maternité.....	29

3.1.3	Les risques adjacents	30
3.2	DES PRE-REQUIS, A LA FOIS COUTEUX ET NECESSITANT UN TEMPS DE MISE EN PLACE	31
3.2.1	En ce qui concerne l'obstétrique.....	31
3.2.2	Pédiatrie.....	33
3.2.3	Chirurgie.....	34
3.2.4	Continuité des soins et urgences	34
4	CONFORTER ET ENTOURER L'ETABLISSEMENT, AFIN DE MIEUX GARANTIR LA SECURITE	39
4.1	L'ENVIRONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER	39
4.1.1	La faiblesse de la permanence des soins	39
4.1.2	Un projet de Maison de santé pluri professionnelle qui ne parait pas près d'aboutir et qui n'assure pas la permanence des soins.....	40
4.1.3	Un contrat local de santé, oui mais pour quoi faire ?.....	40
4.2	LES COOPERATIONS HOSPITALIERES	42
4.2.1	Etendre la communauté hospitalière de territoire au centre hospitalier de Die.....	42
4.2.2	Faire vivre la fédération des urgences.....	44
4.2.3	Créer une fédération Femme enfant avec les hôpitaux de Valence Crest et Die.....	45
4.3	LIMITER LE DEFICIT A CE QUI EST DU A L'ELOIGNEMENT	46
	CONCLUSION	46
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	49
	LETTRE DE MISSION.....	51
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	55
	ANNEXE 1 FICHE ARS RHONE-ALPES : PROJET DE MSP DE DIE	57
	ANNEXE 2 CONCLUSIONS DU COMITE TECHNIQUE RELATIF AUX PROBLEMATIQUES DE CONTINUTE ET D'ACCES AUX SOINS D'URGENCE DES POPULATIONS DU DIOIS.....	61
	ANNEXE 3 LETTRE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE AU PRESIDENT DU CONSEIL GENERAL DE LA DROME.....	63
	ANNEXE 4 LE PROJET MEDICAL DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE DE LA DROME-NORD ET CENTRE	67
	ANNEXE 5	71
	NOTE DU DOCTEUR NICOLAS LETELLIER PRESIDENT DE L'ASSOCIATION DE UTILISATEURS D'HELICOPTERES SANITAIRES RELATIVE A L'AUGMENTATION DU TEMPS D'UTILISATION DES HELICOPTERES SANITAIRES	71
	ANNEXE 6 LETTRE DU PROFESSEUR RUDIGOZ, PRESIDENT DU RESEAU REGIONAL AURORE	75
	ANNEXE 7 CONCLUSIONS DU CONSEIL NATIONAL DE CHIRURGIE (MARS 2006) CONCERNANT LA CHIRURGIE DU CENTRE HOSPITALIER DE DIE	79

ANNEXE 8 ANNEXE TERRITORIALE OPPOSABLE DU TERRITOIRE DE SANTE SUD DU SROS HOSPITALIER DE LA REGION RHONE-ALPES	89
ANNEXE 9 ARRETE N° 2012-5215 DU 3 DECEMBRE 2012 RENOUELANT L'AUTORISATION DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE DIE, SUITE A INJONCTION.....	99
SIGLES UTILISES	105

RAPPORT

EVALUATION DE LA SITUATION DE LA MATERNITE DE DIE

- [15] La maternité du CH de Die est la plus petite maternité de France, si l'on excepte celle de Saint-Pierre-et-Miquelon. Le centre hospitalier de Die, à une heure et demie par voie terrestre de Valence et Grenoble est dans une situation, de ce fait, isolée. Cet isolement touche encore plus l'arrière pays diois et a justifié une autorisation dérogatoire.
- [16] La lettre de mission adressée à l'IGAS par la ministre des affaires sociales et de la santé demande que la mission fasse porter ses analyses sur un champ naturellement plus large que la seule évaluation de la maternité, à savoir, l'accès aux soins et la continuité des soins d'urgence notamment en gynécologie-obstétrique, pédiatrie et chirurgie pour la population du Diois.
- [17] La mission a été, un instant suspendue en raison de la décision de la ministre du 14 décembre 2012 de proroger de 30 mois les autorisations d'activités de chirurgie et de gynécologie obstétrique du centre hospitalier. La problématique de cette mission a été relancée à l'occasion d'une réunion de travail avec le cabinet de la ministre, le 18 février 2013, lors de laquelle celui-ci a précisé que la prolongation des autorisations concernées pour 30 mois ne faisait pas obstacle au déroulé de la mission. La lettre de mission demandait d'explorer en particulier les deux points suivants :
- les modalités d'organisation nécessaires et la faisabilité d'un projet visant à assurer la continuité des soins en pédiatrie, gynécologie obstétrique et en chirurgie à Die à compter de 2013, en cas de maintien des activités de maternité et de chirurgie,
 - les modalités d'organisation nécessaires pour garantir l'égal accès aux soins aux populations du diois pour l'accès aux soins urgents notamment pour les prises en charge obstétricales pédiatriques et chirurgicales, s'il devenait inévitable de renoncer aux activités de maternité et de chirurgie sur ce site.
- [18] Le délai de 30 mois accordé par la ministre doit en effet être consacré à préparer et mettre en œuvre les évolutions nécessaires pour accroître la qualité et la sécurité des activités.
- [19] Le docteur Sylvain PICARD, inspecteur général des affaires sociales, Monsieur Christian CAHUT, conseiller général des établissements de santé et Monsieur Patrice LEGRAND, inspecteur général des affaires sociales en service extraordinaire ont été désignés pour effectuer cette mission.
- [20] La mission s'est rendue au Centre hospitalier de Die à deux reprises et a rencontré les personnels médicaux et soignants ainsi que les responsables administratifs du centre hospitalier.
- [21] Elle a également entendu les élus locaux de Die et le président du conseil général de la Drôme, ainsi que le comité de défense de la maternité de Die et les représentants des usagers. La mission s'est également rendue à Valence où elle a rencontré le directeur du centre hospitalier de Valence et les responsables médicaux et soignants et concernés.
- [22] Des rencontres ont également eu lieu avec le directeur général et les équipes de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes et le président du réseau régional de périnatalité, le professeur RUDIGOZ, et à Paris avec la direction générale de l'offre de soins.
- [23] La mission a de plus examiné un grand nombre de documents relatifs à la situation du centre hospitalier de Die.

1 UN PETIT ETABLISSEMENT A L'ECART

1.1 Un petit établissement.

1.1.1 Un établissement de petite dimension

[24] Le centre hospitalier dispose, à ce jour, des autorisations d'activité de soins et équipements suivants en lits ou structures installés :

- Chirurgie hospitalisation complète 16
- Gynécologie obstétrique périnatalité hospitalisation complète 7 lits
- Médecine hospitalisation complète 25
- Soins de suite hospitalisation complète 10
- EHPAD 157
- SSIAD 40
- Un service de 10 places garde de nuit à domicile autorisé par le président du conseil général
- Une aire de pose d'hélicoptères
- Dépôt de sang pour l'urgence
- Absence de scanner

[25] Les capacités de cet établissement sont relativement hors normes pour un établissement comprenant des lits actifs.

[26] Sur la composante en médecine chirurgie obstétrique (MCO) les capacités bien que limitées au minimum sont suffisantes eu égard à l'activité réalisée comme à l'activité attendue. Les taux d'utilisation/occupation relevés dans le répertoire HOSPIDIAG le confirment (chirurgie 34,7 % en baisse de 4 % par rapport à 2010 ; gynécologie 49 % en baisse de 14 % par rapport à 2010 ; médecine 74,4 % en baisse de 15 % par rapport à l'année précédente). L'absence totale de tensions liées au niveau d'occupation des lits vient sans doute expliquer pour une petite partie les mauvaises performances de l'indice de performance en durée moyenne de séjour IPDMS¹ en médecine et chirurgie.

[27] Les explications sur les indices d'activité de la maternité sont autres. En effet pour des raisons de sécurité sanitaire l'activité est contenue pour ne pas risquer de devoir prendre en charge des cas que les praticiens ne pourraient pas assumer dans les conditions techniques d'isolement auxquels ils sont confrontés par rapport à la gestion des grossesses à risques notamment.

[28] Dans ces conditions, l'activité est chroniquement faible.

[29] Néanmoins, la structure même de l'établissement pose un certain nombre de questions :

- Tout d'abord la capacité des unités de soins est réduite et ne saurait bien sûr augmenter.
- Toutefois cette structure est très loin de présenter des dimensions permettant d'espérer trouver en l'absence de dysfonctionnements majeurs une organisation présentant des économies d'échelle.

¹ L'IP-DMS est particulièrement élevé Pour des valeurs régionales
 En 2011 en médecine 1,301 au décile 2 0,83 au décile 8 1,101
 En chirurgie 1,394 0,851 1,125
 En obstétrique 1,146 0,894 1,045

- Par ailleurs, cet établissement du fait de sa situation d'isolement est tenu d'avoir dans son armement les services logistiques et généraux nécessaires à son fonctionnement (garage, restauration du personnel etc.)

1.1.2 Faible activité

- [30] Le centre hospitalier présente une activité faible et constante, si ce n'est en légère diminution. Le nombre de RSA transmis en 2011 s'élève à 1914 dont 106 RSA en séances et 38 divers (IVG et divers). 968 dossiers ont été traités en médecine, 315 en chirurgie et 148 en obstétrique.
- [31] En 2010, 962 dossiers relevaient de la médecine, 325 de la chirurgie et 193 de l'obstétrique.
- [32] La déclinaison des séjours du centre hospitalier par niveaux de sévérité montre que 503 séjours soit 26,8 % sont de sévérité à 1 ; 234 séjours sont de sévérité 2 soit 12,5 % ; 162 séjours sont de sévérité trois soit 8,6 % et 26 séjours de sévérité quatre. La grande modération des niveaux de sévérité des malades traités est de bon aloi compte tenu des capacités techniques et professionnelles développées par l'établissement qui tend à transférer les cas graves pour ne pas provoquer des situations de pertes de chances pour les malades qui s'adressent à lui.
- [33] Les parts de marché globales du centre hospitalier de Die sur sa zone de proximité représentent 40 % soit 1440 séjours. Le centre hospitalier de Valence se situe en seconde position avec 20,2 % des séjours. Par catégorie de GHM, le centre hospitalier de Die représente 24,9 % des GHM en C (chirurgie), les hôpitaux privés Drôme-Ardèche 20,5 %, l'hôpital de Valence 19,4. Pour les GHM en M (Médecine).Die représente 60 %, Valence 16,2 %. Pour les GHM en K (interventionnel hors bloc opératoire), l'hôpital de Valence se situe à 22 % (comme Die) et 19 % reviennent aux Hôpitaux Privés Drôme Ardèche.
- [34] Enfin, pour les GHM en Z (indifférencié dont accouchements et nouveaux nés) 35,2 % reviennent à Die et 27,5 % à l'hôpital de Valence.

1.1.3 Un déficit structurel très important

- [35] Sur le compte de résultat principal, le compte financier fait apparaître un déficit de l'exercice 2012 de 1 285 000 € sur un montant total de recettes T2A de 4 354 000€. L'exercice 2011 était déjà déficitaire à hauteur de 750 000 €.
- [36] La situation financière de l'hôpital est marquée par cet enchaînement de déficits constitutif d'un déficit structurel qui lui-même va s'aggraver.
- [37] Le résultat final net à affecter est de -3 383 000€ Ce résultat financier est dû autant à un glissement des dépenses qu'à un tassement des recettes.
- [38] Les travaux effectués par l'ARS montrent que depuis 2009 l'augmentation des dépenses constatées au compte financier est nettement plus rapide que celle prévue dans l'EPRD.²
- [39] Le déficit représentait à l'EPRD 2012 10,1 %des recettes (plus de 41 % si on retire l'aide de l'ARS de 2 600 000€ qui participe à l'équilibre).
- [40] Dans ces conditions l'établissement ne peut que connaître de graves difficultés de trésorerie.

² Ainsi, le glissement des dépenses qui était prévu lors de l'EPRD 2009 à +1,4 % a été constaté à un niveau trois fois plus élevé au compte financier (+6,9 %). Un nouveau dérapage a été constaté en 2010 où la prévision de l'EPRD fixée à +2 % est constatée à +3,5 % en fin d'année. Les dérapages continuent en 2011 mais sont heureusement, moins importants (0,4 %). Les recettes T2A en revanche vont en diminuant de 2,7 % en 2011 et de 1,9 % en 2012

- [41] Compte tenu du niveau de marge dégagée par la gestion, le financement des investissements et le remboursement du capital des emprunts sont effectués en puisant dans les réserves financières. L'établissement est peu endetté mais ne dispose d'aucune marge qui lui permettrait de rembourser un prêt éventuel par ses propres moyens.
- [42] Le fonds de roulement est négatif depuis trois ans et le centre hospitalier de DIE ne peut fonctionner sans l'octroi de subventions dérogatoires lui permettant de ne pas être en cessation de paiement
- [43] Depuis 2009, chaque année, une aide de 2,6 millions d'euros a dû être allouée pour soutenir la trésorerie de l'établissement ce qui représente un subventionnement à hauteur de près de 30 % des produits d'exploitation dégagés hors aides (compris entre 8,5 et 9 millions d'€).
- [44] En 2012, la situation s'est dégradée du fait de la conduite de l'opération de travaux, par ailleurs indispensables. Il a donc fallu aider l'établissement dans le financement direct de cette opération de Travaux et lui apporter des aides en trésorerie.
- [45] Au total à la fin de l'année 2012 le montant des aides qui auront été versées s'élèvera à 6,9 millions soit une subvention représentant environ 80 % des produits d'exploitations dégagés hors aides
- [46] La chambre régionale des comptes dans son rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier de Die souligne que la situation financière du centre hospitalier de Die s'est profondément dégradée aussi du fait de la tarification à l'activité qui ne permet pas d'assurer le financement du centre hospitalier du fait de sa situation spécifique. Dans la pratique, l'ARH puis l'ARS n'ont pas eu d'autre choix que d'injecter des crédits ponctuels qui toujours renouvelés sont en fait devenus pérennes.
- [47] La capacité d'autofinancement de l'établissement s'est réduite au fil des années et ne permet désormais de couvrir que 30 % de l'ensemble des dotations aux amortissements.
- [48] L'établissement ne dispose pas d'un excédent structurel de financement stable qui puisse garantir un fonds de sécurité en matière de trésorerie. Le recours systématique à une ligne de trésorerie de 2 500 000€ a donc été rendu obligatoire.

1.1.4 Des recrutements médicaux hors statuts

- [49] Les ressources humaines médicales mobilisées par l'hôpital sont numériquement importantes. Pas moins de 34 médecins émargent à l'effectif pour des périodes brèves et le plus souvent sur des statuts précaires. Cela entraîne bien évidemment une absence d'unité de la communauté médicale et par voie de conséquence une difficulté à organiser un travail en commun qui serait pourtant nécessaire, **et le risque d'un effet péjoratif sur la qualité des soins**. Ces considérations bien entendues n'entachent en rien la qualité du travail accompli par le président de la CME actuelle auprès de la direction.
- [50] En dépit de leur importance en nombre de personnes, les effectifs médicaux sont chroniquement insuffisants en équivalent temps plein pour respecter la réglementation quand elle s'applique concernant le repos de sécurité et les droits un congé. Cette situation amène certains praticiens à disposer d'un compte épargne temps particulièrement important.
- [51] Les personnels médicaux relevant du statut des praticiens hospitaliers sont très minoritaires.
- [52] Les conditions de rémunération des personnels comme leur temps de travail présentent des particularités significatives.

- [53] Un grand nombre de médecins sont rémunérés en qualité de contractuels avec une rémunération à la journée ou à la garde. Un tel système se conjugue avec l'éloignement de l'hôpital. Comme le temps de trajet doit pouvoir pour le praticien être compensé d'une façon ou d'une autre par l'intérêt à se déplacer et par le petit nombre de va-et-vient à réaliser, cela s'est traduit pour certains des praticiens, par exemple les anesthésistes, d'une manière totalement contraire à la réglementation par un temps de travail en continu sans interruption puis un retour sur leur établissement d'affectation ou sur un autre établissement.
- [54] Il est bien évident que, dans de telles conditions, l'organisation du travail médical entre le service normal de jour et le service de garde est d'une grande opacité.
- [55] Le recrutement de personnels médicaux est particulièrement difficile. Des personnels médicaux pourraient, à l'avenir être intéressés cependant par la faiblesse de l'activité, la qualité de la vie, le peu d'intensité du travail en garde et la rémunération offerte, ce qui n'est pas gage de la meilleure qualité de recrutement.
- [56] Le centre hospitalier de Valence, lui-même confronté à des difficultés de recrutement médical, est amené à consentir des rémunérations contractuelles équivalentes dans certaines disciplines.

1.1.5 Des personnels non médicaux en nombre important

- [57] Les personnels non médicaux sont en nombre important. Les chiffres cumulés qui ont été communiqués montrent que ce grand nombre est quasi constant sur les trois ans sur lesquels portent nos données.
- [58] Cet état de fait semble résulter essentiellement de dépenses fixes générées par le roulement des personnels pour les services de soins et de l'absence de possibilités de se passer d'un certain nombre d'agents destinés aux services généraux ou aux services administratifs.
- [59] Il n'en reste pas moins que l'organisation appelant pour certaines catégories de personnel des services de soins un travail en garde amène à des effectifs élevés.
- [60] Les effectifs figurant dans la fiche HOSPIDIAG du centre hospitalier de DIE étaient erronés, ayant incorporé à tort, les effectifs des budgets annexes. La mission a demandé au centre hospitalier de lui fournir un état des effectifs moyens annuels du budget H que l'on trouvera ci-dessous.

Effectifs / E.T.P	Année 2010		Année 2011		Année 2012	
	EFFECTIF	E.T.P.	EFFECTIF	E.T.P.	EFFECTIF	E.T.P.
GRADE						
PERSONNEL ADMINISTRATIF						
Directeur	2,00	2,00	2,00	1,50	2,00	1,50
Attaché Administration	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Adjoint Administratif Principal	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Adjoint Administratif	12,58	11,34	10,42	10,13	10,77	9,96
Ingénieur Hospitalier	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Assistant Médico Administratif	5,00	4,99	5,86	5,85	6,15	6,06
Ingénieur Qualité	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
TOTAL	23,58	22,33	22,28	21,48	22,92	21,51
SERVICES MÉDICAUX						
Cadre supérieur de santé	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Cadre de santé	1,55	1,55	0,79	0,79	1,33	1,33
Sage-femme	7,01	4,00	7,61	4,33	5,00	4,70

Psychologue	2,46	1,25	1,70	1,15	3,00	1,30
Assistante Sociale	2,00	1,20	2,00	1,20	2,00	1,20
Préparateur en Pharmacie	2,75	2,32	3,00	2,55	3,00	2,55
Manipulateur Radio	7,24	7,14	8,03	7,64	8,63	7,98
Infirmier Spécialisé	5,00	4,10	6,00	5,06	6,00	5,26
I.D.E.	34,73	29,59	35,01	28,83	34,55	27,16
Masseur-Kinésithérapeute	3,00	2,15	1,99	1,72	1,00	1,00
Professeur d'Activités Physiques Adaptées	0,00	0,00	0,00	0,00	1,58	1,55
Animateur	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ergothérapeute	0,00	0,00	0,00	0,00	0,42	0,41
Diététicienne	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50	0,50
Psychomotricien	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,16
Aide-soignant	41,36	35,55	42,54	38,05	42,63	36,05
Agent des Services Hospitaliers	8,70	7,83	8,25	7,68	8,63	8,34
TOTAL	118,30	99,19	118,42	100,50	119,60	100,51
SERVICES GÉNÉRAUX						
Agent Chef	1,00	0,80	0,00	0,00	0,00	0,00
Technicien Hospitalier	0,00	0,00	3,00	1,60	2,92	2,92
Agent de Maîtrise	2,00	2,00	2,00	1,60	2,00	1,80
Maître-Ouvrier	2,00	1,80	4,00	3,80	3,17	3,14
Ouvrier Professionnel Qualifié	11,00	9,00	11,00	9,00	8,93	6,35
Agent d'Entretien Spécialisé et Qualifié	12,00	12,00	14,00	10,65	13,02	12,53
TOTAL	28,00	25,60	34,00	26,65	30,04	26,74
CONTRATS CONSOLIDÉS						
Contrat aidé	1,00	0,75	1,00	1,00	1,42	1,42
TOTAL	1,00	0,75	1,00	1,00	1,42	1,42

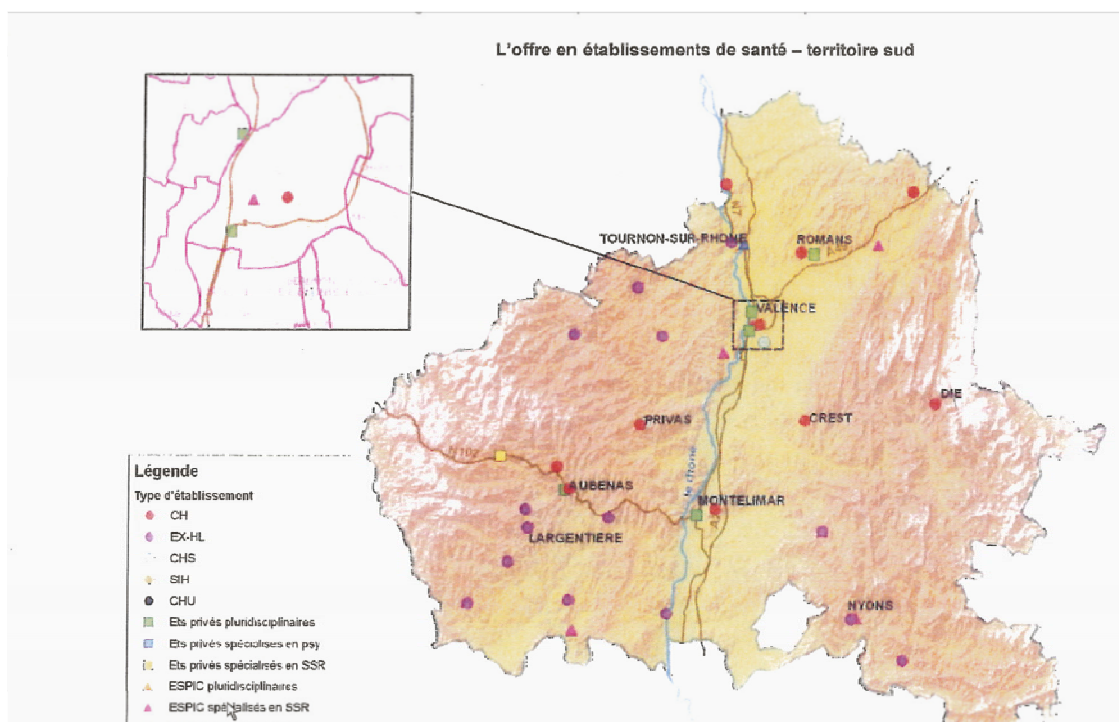
Source : Centre hospitalier de DIE

1.2 Un établissement très éloigné

1.2.1 Dispersion et éloignement de la population

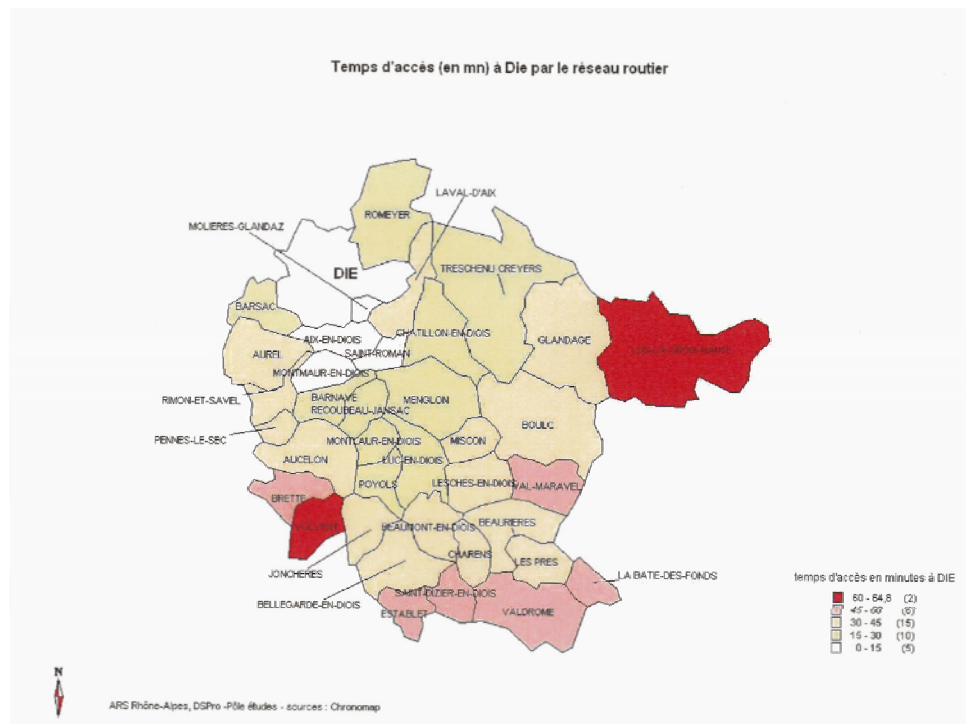
[61] Bien que comprenant bien moins d'habitants que les autres arrondissements de la Drôme (Nyons 137 000 habitants, 11 cantons et 142 communes) et Valence (306 062 habitants 16 cantons et 123 communes) l'arrondissement de Die compte 41 634 habitants répartis en neuf cantons et 104 communes parmi lesquelles figurent certaines des moins peuplées de France.

- [62] La carte ci-dessous représente le territoire de santé SUD de la région Rhône-Alpes composé de la Drôme et de la plus grande partie du territoire de l'Ardèche. La situation de Die y apparaît clairement



Source : Les annexes territoriales opposables

- [63] Les documents cartographiques transmis par l'agence régionale de santé permettent de mesurer la grande dispersion de la population sur le territoire de même que l'importance des distances à parcourir et le temps requis.
- [64] Cette dispersion effective de l'habitat, qui est une composante spécifique de cette zone, constitue un véritable défi pour toute démarche d'aménagement du territoire. Elle crée également des problèmes singulièrement importants en matière de protection sanitaire.
- [65] La partie grossie de la carte représente les temps d'accès à Die par le réseau routier. Elle situe avec des échelles de couleurs différentes les communes faisant partie des trois cantons les plus enclavés de l'arrondissement de Die et témoignent d'une certaine réalité pour les populations de l'arrière-pays.
- [66] Les cantons concernés sont ceux de Die, de Châtillon en Diois et de Luc en Diois. Cet arrière-pays de Die est inclus dans les contours du périmètre du contrat local de santé.
- [67] Un calcul que la mission a effectué par ses propres moyens à partir du dessin de la cartographie fournie par l'ARS et des données du recensement permet de souligner que les populations dont le temps d'accès à Die est supérieur à une heure est de 465 habitants et vise deux communes... Le nombre d'habitants dont le temps d'accès à Die se situe entre trois quarts d'heure et une heure est de 286. Il concerne six communes. Le temps d'accès entre une demi-heure et trois quarts d'heure concerne 15 communes et 814 habitants. L'accessibilité à l'hôpital entre un quart d'heure et une demi-heure concerne 10 communes et 2650 habitants alors que les communes jouxtant Die ont des contraintes d'accès inférieures à un quart d'heure et représentent 5080 habitants.



- [68] Pour toutes les parturientes relevant d'un accouchement attendu sur Valence il faut rajouter à ce délai de transport 1h15 représentant le temps de la liaison entre Die et Valence si le transport n'est pas un transport hélicoptéré.
- [69] Il importe, cependant, de relever que la moitié environ des parturientes qui accouchent à Die provient soit de la zone de proximité de Romans, soit surtout des environs de Crest, ville plus proche de Valence que de Die.
- [70] La vallée de la Drôme et le Diois voient leur population augmenter. Le territoire est essentiellement rural. La densité de la population s'élève à 25 habitants par kilomètre carré.
- [71] Au sein du département, les évolutions sont contrastées : si dans la vallée de la Drôme, solde naturel et solde migratoire sont positifs le Diois apparaît moins dense et moins peuplé (neuf habitants au kilomètre carré)
- [72] Moins peuplé avec environ 10 900 habitants, le Diois était marqué par un solde naturel de la population négatif depuis longtemps. La croissance démographique qui revient est due à un apport migratoire qui a permis depuis 1999 de constater une population en croissance annuelle de 0,75 %.
- [73] Le Diois a une population plus vieillissante que celle de la Vallée de la Drôme. On dénombre plus de 24 % d'habitants de plus de 65 ans dans le Diois, contre 18 % dans la vallée de la Drôme. Inversement, la population des 0-19 ans s'établit à 21 % contre 26 %. Les jeunes quittent massivement le territoire : 7 % des 15-19 ans et 22 % des 20-24 ans ont quitté la vallée de la Drôme-Diois entre 1999 et 2006. Ce départ des jeunes est plus accentué dans le Diois d'où 15 % des 15-19 ans et 25 % des 20-24 ans sont partis. Aussi, l'un des enjeux du territoire est de maintenir son attractivité migratoire tout en limitant la perte des populations jeunes. Pour cela, les acteurs du territoire s'emploient, par une offre de formations spécifiques et par la mise en place de partenariats avec les entreprises, à amener les jeunes au plus près de l'emploi.

Tableau 1 : Répartition de la population par âge en 1999 et 2009

		Territoire	Rhône-Alpes
1999	Moins de 14 ans (en %)	17,3	19,6
	De 15 à 59 ans (en %)	52,6	61,1
	Plus de 60 ans (en %)	30,0	19,3
	Population (en unités)	10 305	5 645 847
2009	Moins de 14 ans (en %)	16,0	19,1
	De 15 à 59 ans (en %)	52,6	59,3
	Plus de 60 ans (en %)	31,4	21,6
	Population (en unités)	10 989	6 174 040

Source : Insee. Population comparée de la vallée de la Drôme et de la région Rhône-Alpes

- [74] L'importance de l'agriculture, la faible part de l'industrie et le fort développement du secteur associatif sont des caractéristiques de l'emploi dans la zone.
- [75] La précarité de l'emploi est aussi particulièrement présente dans le Diois
- [76] Dans le Diois plus isolé et plus rural que le reste du département, la part des non-salariés atteint 25 %. Ils ne sont que 16 % dans le reste de la Drôme.
- [77] Le territoire de la vallée de la Drôme-Diois se caractérise par une part importante de sa population disposant de faibles revenus. Plus d'un ménage sur deux (52 %) n'est pas imposable.
- [78] Une proportion bien plus importante de la population vit sous le seuil de pauvreté dans le territoire de la vallée de Drôme-Diois ; 18 % contre 14 % dans le reste de la région. Au sein du territoire, 23 % de la population vit avec un bas revenu dans le Diois. Cette part étant inférieure pour le Val de Drôme (17 %) tout en y restant supérieure à la moyenne régionale.
- [79] Ces caractéristiques démographiques vont nécessairement marquer profondément les attentes de la population tant en ce qui concerne le contrat local de santé que la demande d'une présence de soins hospitaliers sollicitant tout particulièrement le dispositif des urgences.

1.2.2 Un soutien de l'hôpital de Valence

- [80] Le centre hospitalier de Die présente une activité faible et constante, si ce n'est en légère diminution. Le nombre de RSA transmis en 2011 s'élève à 1914 dont 106 RSA en séances et 38 divers (IVG et divers). 968 dossiers ont été traités en médecine, 315 en chirurgie et 148 en obstétrique.
- [81] En 2010, 962 dossiers relevaient de la médecine, 325 de la chirurgie et 193 de l'obstétrique.
- [82] La déclinaison des séjours du centre hospitalier par niveaux de sévérité montre que 503 séjours soit 26,8 % sont de sévérité 1 ; 234 séjours sont de sévérité 2 soit 12,5 %; 162 séjours sont de sévérité 3 soit 8,6 % et 26 séjours de sévérité 4. La grande modération des niveaux de sévérité des malades traités est de bon aloi, compte tenu des capacités techniques et professionnelles développées par l'établissement qui tend à transférer les cas graves pour ne pas provoquer des situations de pertes de chances pour les malades qui s'adressent à lui.

- [83] Les parts de marché globales du centre hospitalier de Die sur sa zone de proximité représentent 40 %, soit 1440 séjours. Le centre hospitalier de Valence se situe en seconde position avec 20,2 % des séjours. Par catégorie de GHM, le centre hospitalier de Die représente 24,9 % des GHM en C (chirurgie), les hôpitaux privés Drôme-Ardèche 20,5 % l'hôpital de Valence 19,4 %. Pour les GHM en M (Médecine), Die représente 60 %, Valence 16,2 %. Pour les GHM en K (interventionnel hors bloc opératoire), l'hôpital de Valence se situe à 22 % (comme Die) et 19 % reviennent aux Hôpitaux Privés Drôme-Ardèche. Enfin, pour les GHM en Z (indifférencié dont accouchements et nouveaux nés) 35,2 % reviennent à Die et 27,5 % et à l'hôpital de Valence.
- [84] La coopération entre le centre hospitalier de Die et l'hôpital de Valence est une nécessité vitale pour le centre hospitalier de Die. Ce n'est pas pour autant que ne doive pas s'installer entre Die et l'hôpital de Valence une relation avantageuse pour chacun des partenaires. En effet l'organisation de la gestion des urgences est un enjeu majeur pour le centre hospitalier de Valence comme il est fondamental pour les autres établissements et particulièrement pour l'hôpital du Die.
- [85] Le centre hospitalier de Valence assure une permanence des soins sous forme de garde pour la maternité, la pédiatrie, la réanimation néonatale et les soins intensifs dont nécessairement bénéficient les établissements satellites.
- [86] Plus généralement, la chambre régionale des comptes, concernant le centre hospitalier de Valence, a souligné qu'une coopération était nécessaire entre les trois principaux hôpitaux publics du bassin de santé, l'hôpital Drôme Nord, l'hôpital de Crest et l'hôpital de Die. Le rapport de la chambre régionale consacre une partie de ses développements aux actions de coopération avec les hôpitaux de Crest et Die.
- [87] Le centre hospitalier de Valence a choisi de développer des coopérations avec les établissements demandeurs par le biais de conventions, procédé contractuel traditionnel entre établissements gardant leur personnalité morale. Cette formule présente des avantages de souplesse et de simplicité, qui rendent la coopération plus attractive.
- [88] Toutefois, la nécessité aujourd'hui de rationaliser le temps médical, le besoin de fédérer les équipes, quel que soit leur lieu d'exercice sur des spécialités à fortes contraintes amène à concevoir la gestion des établissements en l'inscrivant dans des cadres géographiques et techniques plus larges ; c'est le sens de la convention d'adhésion de Die à la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) des urgences.
- [89] Au regard des évolutions législatives concernant les communautés hospitalières de territoire, les coopérations actuelles font figure de phase transitoire. Par la suite, le centre hospitalier de Valence devrait pouvoir conforter sa position dans les activités de recours et de référence. La communauté hospitalière de territoire devrait constituer l'approfondissement naturel des politiques de coopération antérieurement mises en place.
- [90] Par ailleurs, les collaborations entre le centre hospitalier de Valence et ceux de Crest et Die s'inscrivent dans un même type de conventions. Celles-ci concernent des consultations de cardiologie, de neurologie, l'équipe inter hospitalière d'hémovigilance dont l'importance dans le secteur a été soulignée, par la HAS dans le rapport d'accréditation du CH de Valence.
- [91] La convention d'imagerie médicale à hauteur de deux demi-journées permet à Die de disposer de facilités d'interprétation sur place ou à distance sur Valence. La télé-imagerie est en place depuis quelques mois à Die. Ces services rendus indispensables pour les urgences, ont été salués comme des réussites par les acteurs locaux.
- [92] Le nombre de conventions dénombrées entre Valence et Die est de trente-trois. Elles sont de nature et d'importance différente.

[93] Il existe de plus une convention de direction commune entre les CH de Crest et de Die. Au départ du précédent directeur, l'intérim de cette direction commune a été confié au directeur du centre hospitalier de Valence. Cet intérim cesse du fait de la nomination d'une nouvelle directrice à la direction commune des centres hospitaliers de CREST et DIE. L'action du directeur du centre hospitalier de Valence pendant la période d'intérim a bien contribué à un début de désenclavement de l'hôpital de Die. Il était normal de ne pas perdurer dans une situation d'intérim. Pour autant, il faut retrouver une possibilité d'asseoir solidement la coopération du centre hospitalier de Die avec les autres établissements du territoire, au sein de la communauté hospitalière de territoire.

[94] La convention concernant la FMIH des urgences est aujourd'hui la plus importante. Encore inaboutie, elle constitue aux yeux de la mission, la meilleure garantie d'une recherche de sécurisation dans le fonctionnement des urgences de l'hôpital de Die.

2 UNE MATERNITE QUI NE SATISFAIT PAS AUX CONDITIONS REGLEMENTAIRES, SOUMISE AU RISQUE ET SANS PERENNITE ASSUREE

2.1 Des personnels en nombre insuffisant pour assurer une permanence conforme aux conditions d'autorisation des établissements

2.1.1 Une absence de conformité aux conditions techniques d'autorisation qui a été relevée notamment en 2011

[95] Dès les premières autorisations, les services de chirurgie et d'obstétrique du centre hospitalier de Die se sont avérés non-conformes. En 2005, les résultats de la visite de conformité, de la maternité sous l'empire de l'autorisation de fonctionner en tant que maternité de niveau I accordée par l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, le 10 juin 2001 étaient négatifs. En 2006, le conseil national de la chirurgie ayant effectué une mission au centre hospitalier de Die avait conclu à la nécessité de fermer la chirurgie mais aussi la maternité (voir avis du conseil national de la chirurgie en annexe7).

[96] Lors de l'examen par la commission spécialisée de l'offre de soins en juin 2011, le rapporteur avait rendu un avis négatif au renouvellement de l'autorisation de la maternité du centre hospitalier de Die. CROS et CSOS ont constamment donné des avis négatifs. Cependant la difficulté d'organiser des solutions de substitution et la difficulté d'emporter l'adhésion de la population locale ont conduit les directeurs d'agence successifs à maintenir l'autorisation de fonctionner, au moins à titre transitoire.

2.1.1.1 Les personnels

[97] L'équipe intervenant à la maternité était alors composée de :

- 1 gynéco-obstétricien, praticien hospitalier à temps plein (transformation des 2 postes à temps partiel en TP depuis 1 an). Le docteur NAKFOUR (CES 1974) a abandonné son cabinet libéral à Romans. Il passe 2J (mercredi et vendredi au CH de Crest) et consacre le lundi, mardi et jeudi aux consultations sur le site du CH Die. Il ne va plus au CH de Valence.
- Des remplaçants qui ont depuis quitté l'hôpital de Die et dont beaucoup étaient assistants dans d'autres établissements hospitaliers (docteur MAZZOUZA, DIS 2004, assistant à Romans - docteur GOSHN, DIS 1996, assistante à Romans - docteur BERTHET et docteur GUILLERMAIN, CES 1976, GO à la retraite, docteur JAAFFAR, DIS 2001, assistant à Strasbourg).

- Une astreinte (rémunérée en garde) était et est toujours organisée avec le médecin titulaire qui fait 2J/semaine et 1 WE par mois et les remplaçants. Ceux-ci sont recrutés avec des contrats de praticiens contractuels et sont rémunérés sur la base d'un forfait de 500€+ frais de déplacement+ nourriture et logement pour 24H de présence. Ils assurent l'ensemble des activités y compris les consultations pendant leur astreinte.
- Un pédiatre attaché (½ journée par semaine). Les docteur COTTON et VUCHOT, 64 et 67 ans, médecins à la retraite venaient chacun une fois par semaine le mardi et mercredi (intérêt pour la maternité de leur présence 2 jours consécutifs !). Il n'y avait pas d'astreinte organisée ni d'organisation de conseil téléphonique. En cas de besoin, il était fait appel à la cellule régionale des transferts in utero et néonataux et au SAMU. Le CH de Valence est dans l'incapacité de mettre à disposition du temps de pédiatre. Le centre hospitalier de Die a pu, depuis, recruter des pédiatres au départ des précédents médecins et même augmenter la quotité de temps de travail de médecins pédiatres. Cependant, ce temps ne suffit pas à couvrir la totalité de la semaine et encore moins la nuit et les week-ends.

[98] Médecins anesthésistes réanimateurs : 3 contractuels intervenaient depuis 5 ans (docteurs LENORMAND, DELMOTTE et ABOUALA). Ils sont rémunérés 630€/24h. Le Dr LENORMAND étant « régulier » assure de ce fait la coordination. Ces médecins assurent leur présence par huit jours (et nuits) consécutifs, dans des conditions qui sont contraires à la réglementation du repos compensateur, même si la faiblesse de l'activité non programmée de nuit tendait à préserver des repos de nuit majoritairement effectifs. La situation est similaire aujourd'hui.

[99] Chirurgiens : docteur RACHIDI, PH et 2 remplaçants (docteur NICAUD, chirurgien viscéral et ALHOUAYEK, chirurgien généraliste).

[100] 3,5 ETP de sage-femme à temps plein (3 titulaires, 1 contractuelle et 1 remplaçante). Il est fait appel en cas de besoin à l'intérim. Les SF sont d'astreinte 24/24. Elles viennent dans le service le matin à 8h et l'après midi en fonction de l'activité. Le temps de travail officiel est de 7h/jour, le reste est compté en astreinte. *Le mode de rémunération des sages-femmes n'est bien entendu pas conforme à la réglementation.*

[101] L'astreinte est organisée de 8H30 à 8H30 le lendemain (48h le WE) et est rémunérée sur la base du tarif heures supplémentaires/4. En cas de dérangement, les heures sont payées en heures supplémentaires.

[102] Globalement, les modalités d'organisation et de rémunération des personnels médicaux ne sont pas conformes à la réglementation

[103] Auxiliaires de puériculture et aides soignantes : 6 ETP

[104] Présence d'une auxiliaire de puériculture ou d'une aide soignante, le jour (6h45 à 14h15 ou 13h45 à 21h15) et une la nuit (21h à 7h).

[105] A cette équipe, s'ajoutait une équipe de kinésithérapeutes, un psychologue et 1,5 assistante sociale.

2.1.1.2 Evaluation, formation :

[106] Tout le personnel médical et non médical de la maternité a bénéficié d'une formation de réanimation en salle de naissance et d'une formation relative à l'examen clinique à la naissance.

[107] S'agissant de l'évaluation, le promoteur s'est engagé à la mettre en œuvre ; celle-ci s'appuie sur les indicateurs prévus au CPOM ainsi que d'autres qui sont suivis régulièrement au sein de l'établissement : événements indésirables, grilles du réseau AURORE³... D'autre part, l'établissement s'est engagé dans la procédure de certification depuis mars 2007.

2.1.1.3 Les installations ont été estimées conformes

[108] Le service des urgences est situé en rez-de-chaussée, à l'entrée de l'hôpital.

[109] Le secteur maternité a été rénové en 1999, à proximité immédiate du bloc chirurgical.

[110] La visite de conformité avait conclu à la conformité des locaux d'hospitalisation et de l'équipement matériel :

- 7 lits installés : 3 chambres individuelles, 2 chambres à 2 lits (soit moins que le seuil de 15 lits mais la maternité est en dérogation pour le seuil d'activité)
- 3 salles de bloc dont une est toujours disponible pour les césariennes en urgence

2.1.1.4 La maternité n'était pas conforme aux conditions techniques prévues par les décrets :

[111] Le CPOM du CH de Die prévoit la mise en conformité de la maternité sur un calendrier s'étalant de 2007 à 2010. Mais celle-ci n'est pas intervenue.

[112] En pratique, le rapporteur à la commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) estimait que la maternité du CH de Die ne pourrait pas être mise strictement aux normes, telles que prévues au décret n°98-900 du 9 octobre 1998. En effet :

[113] L'intervention de pédiatres est impossible 24H/24 dans « un délai compatible avec l'impératif de sécurité » ; il n'y a au CH de Die que 0,1 ETP affecté à cette activité (une demi-journée par semaine en consultation) ; il n'y a pas de pédiatre disponible lors des césariennes (35 en 2006 sur 153 accouchements). D'ailleurs, la difficulté à assurer la continuité pédiatrique se rencontre déjà dans les établissements de plus grosse taille et situés dans des bassins de population importants et la situation ira en s'aggravant (le bassin de Valence est concerné) pour certaines maternités.

[114] Concernant les sages-femmes, l'astreinte, pourtant mise en place au CH de Die, n'est pas permise par la réglementation, même pour des maternités de petite taille : « Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur naissance ».

[115] Il manque également du temps d'auxiliaire de puériculture pour couvrir le nycthémère.

[116] A côté de cela, la permanence dans d'autres spécialités est régulièrement fragilisée au CH de Die (anesthésie, radiologie...) du fait de la faiblesse de l'effectif médical de l'hôpital, de l'impossibilité de créer de l'activité médicale (financée par la T2A) au delà des besoins de santé d'un bassin de population somme toute assez faible, du plateau technique de niveau relativement bas.

³ Le réseau Aurore est le réseau de périnatalité de la région Rhône-Alpes dont le président est le professeur RUDIGOZ

2.1.2 Une situation qui ne s'est pas améliorée depuis 2011

- [117] Bien que la demande de renouvellement d'activité de juillet 2011 ait reçu, comme les précédentes, un avis défavorable de la CSOS (ou du CROS antérieurement à 2010), le directeur général de l'ARS a autorisé la poursuite de l'activité jusqu'au 31 décembre 2012, mais considérant que les conditions techniques de fonctionnement n'étaient toujours pas respectées, en particulier concernant le personnel médical et non médical, celui-ci, en date du 16 juillet 2012, a enjoint le CH de Die de déposer un dossier complet en vue d'obtenir le renouvellement de l'autorisation.
- [118] Il s'agissait d'avoir une vue d'ensemble de l'activité gynécologique, de permettre à l'établissement de se mettre aux normes si cela était possible et sinon de constater la situation de risque maintenu qui résulterait d'une absence de changement de la situation et des pratiques de l'hôpital.
- [119] Lors de l'examen du dossier, le 28 novembre 2012 par le CSOS, celui-ci a pu constater que l'activité de la maternité s'était légèrement tassée. Le nombre d'accouchements ou de naissances était toujours inférieur à 150 / an. En 2011, 76 % des séjours venaient de la zone de proximité de Die (Crest compris), 8 % de Romans, 11 % de Valence et 3 % de Montélimar, (voir tableau ci-après sous 2.3.1)
- [120] En ce qui concerne les personnels aucun changement n'était intervenu. Les 2 pédiatres qui intervenaient ½ journée par semaine ont fait connaître leur volonté d'arrêter définitivement leur activité au 31 décembre 2012. Depuis cette date le centre hospitalier a pu recruter deux pédiatres qui assurent un temps de présence plus élevé, mais sans pouvoir assurer une couverture complète.
- [121] Cette situation devait donc amener la commission spécialisée de l'offre de soins à confirmer ses précédents votes en faveur du non renouvellement de l'autorisation d'obstétrique, compte tenu de la faiblesse de l'activité, de l'impossibilité de mettre aux normes la maternité, de la fragilité du dispositif permettant d'assurer la permanence des soins avec des remplaçants, et par conséquent des risques qui pouvaient être encourus par les mères et les enfants en cas de problème.
- [122] Les mêmes considérations avaient conduit le professeur RUDIGOZ, Président du réseau régional de périnatalité de la région Rhône-Alpes (Réseau Aurore), à écrire au directeur général de l'ARS le 12 novembre 2012 pour lui demander la fermeture de la maternité du centre hospitalier de DIE.
- [123] Dans l'intervalle, le directeur général de l'ARS avait mandaté le directeur du CH de Valence, dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire (CHT), afin de définir des modalités d'organisation et de faisabilité d'un projet visant à assurer la continuité des soins en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique à Die. On voit que le directeur général de l'agence régionale de santé a poursuivi le processus qui devait conduire à la fermeture de la maternité mais a simultanément provoqué les études concertées qui devaient déterminer les voies et moyens d'une continuité de la prise en charge en ce cas.

2.1.3 Et qui rencontre son symétrique en ce qui concerne la chirurgie

- [124] Les avis rendus par les rapporteurs intervenus sur le sujet de la chirurgie ont été remarquablement constants. Dès mars 2006, le conseil national de chirurgie concluait ainsi :
- « les conditions d'activité (maternité et chirurgie ne répondent pas aux bonnes pratiques recommandées. Activité insuffisante. Bassin de population ne permettant pas de soutenir une activité correcte. Fragilité évidente de la structure en matière de continuité des soins. Propositions : activité opératoire et accouchements regroupés sur le CH Valence. Installation d'un centre périnatal de proximité et réorganisations des activités chirurgicales : consultations pré et post opératoires, service de soins de suite permettant le retour précoce des patients, maintien d'une activité d'endoscopies,... »

[125] L'avis rendu sur le dossier de renouvellement d'autorisation de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète était également défavorable ; Le directeur général de l'ARS ayant renouvelé l'autorisation de chirurgie jusqu'au 31 décembre 2012 seulement, et l'ayant conditionné aux résultats d'une évaluation de l'organisation de l'activité de chirurgie, le rapport d'évaluation a été également négatif comme a été défavorable l'avis rendu par le rapporteur lors du passage en commission spécialisée de l'offre de soins.

[126] Ils mentionnent que :

- le personnel médical est ainsi composé⁴ :
 - « Chirurgie générale :
 - Docteur Adib RACHIDI : praticien hospitalier temps plein
 - Docteur Joseph ALHOUAYEK : praticien hospitalier réalisant à DIE une vacation hebdomadaire
 - Orthopédie et traumatologie :
 - Docteur Denis LATUNE : une vacation mensuelle
 - Chirurgie digestive :
 - Docteur Philippe NICAUD spécialisé en proctologie, intervient moins de quinze jours par mois
 - ORL :
 - -Docteur Jean Michel NAVETTE : 2 vacations
 - Docteur Joanny PESENTI : deux sixièmes de temps de praticien hospitalier
 - Ophtalmologie
 - Docteur Anne BENECH : quatre sixièmes de praticien hospitalier à temps partiel
 - Anesthésie :
 - Docteur Olivier ABOSSOLO
 - Docteur Pierre GARAGNON
 - Docteur Joseph LENORMAND

[127] Ces trois praticiens contractuels sont présents à tour de rôle pendant une semaine en continu. Cette situation perdure depuis plus de sept ans.

Gynécologie

Ainsi qu'il a été noté plus haut, la gynécologie est assurée par le docteur Bassem NAKFOUR qui ne possède pas la compétence chirurgicale.

➤ Gastro-entérologie :

Docteur Claude CAZALBOU : deux sixièmes de praticien hospitalier à temps partiel

La permanence des soins n'est pas assurée dans les conditions réglementaires.

La permanence chirurgicale repose sur un seul praticien hospitalier statutaire, le docteur RACHIDI, chirurgien généraliste qui doit assurer la couverture chirurgicale de la maternité et alterne avec le docteur NICAUD, contractuel dix jours par mois et le docteur ALHOUAYEK.

Chacun des anesthésistes assure une permanence, huit jours consécutifs en garde sur place ;

- Le personnel para médical est ainsi composé :
 - une infirmière anesthésiste cheffe de bloc
 - un équivalent temps plein d'infirmière anesthésiste diplômée d'Etat
 - un cinquième d'équivalent temps plein d'infirmière anesthésiste diplômée d'Etat remplaçante.

⁴ A cette époque

Quatre cinquième d'équivalent temps plein d'aide soignante et un cinquième d'équivalent temps plein d'aide soignante.

Le personnel est en astreinte de vingt-quatre heures les jours de fermeture du bloc, c'est-à-dire le mercredi, les week-ends et les jours fériés. Les jours d'activité programmée, l'astreinte commence à quinze heures et se termine à huit heures le lendemain matin.

- Le bloc opératoire comprend des salles d'opérations vétustes :
 - une salle de césarienne et chirurgie viscérale
 - une salle aseptique réservée à la chirurgie orthopédique
 - une salle d'endoscopie
 - une salle de surveillance post-interventionnelle comprenant deux postes.

Le bloc est ouvert en semaine, de huit heures à quatorze heures sauf le mercredi. La salle de surveillance post-interventionnelle ferme à quinze heures trente.

Hors ces jours et ces horaires, une astreinte de personnel paramédical est organisée pour les urgences.

[128] Le bloc opératoire a été fermé en juin 2012 en raison des travaux de désenfumage et de désamiantage de l'établissement. Pour autant, il n'a pas été mis aux normes, alors même que le rapport d'assurance de la SHAM de mars 2009 avait relevé que la salle de chirurgie orthopédique était de classe particulière ISO7, ce qui ne correspond pas aux normes recommandées par l'hygiène hospitalière. »

[129] **On voit donc que la chirurgie dont le maintien est nécessaire tant que demeure la maternité, et que le gynécologue n'a pas de compétence chirurgicale, et qui rend possible une présence médicale anesthésique dans l'établissement, n'est pas plus aux normes que ne l'est la maternité.**

2.2 Des risques avérés qui ont été illustrés par des incidents, mais qui ont pu être jusqu'à ce jour limités par un comportement prudent des équipes

[130] Bien que la maternité adhère au réseau Aurore et applique les protocoles du réseau, plusieurs situations graves sont intervenues dans la période antérieure à juin 2011 liées soit à la distance soit à l'organisation de la maternité. Le rapporteur au CSOS relève en particulier, deux incidents :

2.2.1 Premier cas évoqué lors de l'examen du renouvellement de l'autorisation en 2011

[131] « Dysfonctionnement dans le cadre de la gestion d'une urgence vitale sur le plan transfusionnel (EFS – CH Die : 60mns)

[132] Patiente entrée à 23h30, 5ème grossesse sans particularité, accouchement à 18h00 d'une fille en bonne santé. Hémorragie de la délivrance.

[133] Malgré l'application du protocole « hémorragie de la délivrance » du réseau Aurore et transfusion de concentrés globulaires et plasma frais présents dans le dépôt de sang, persistance de l'hémorragie.

[134] Appel à l'EFS à 19h57 pour renouveler le stock. L'EFS appelle une ambulance en signalant qu'il s'agit d'une urgence vitale et les produits arrivent à Die à 0h55.

- [135] Entre temps, malgré la révision utérine, une décision d'hystérectomie d'hémostase a été réalisée à 21h compte tenu de la persistance des saignements et demande de transfert à 21h27 par le SAMU 26 en réanimation. En l'absence de place à Valence comme à Montélimar, la patiente a été transférée au CGU de Grenoble par le SAMU 38 à 1h 50 puis est revenue à Die 5 jours après. »

2.2.2 Deuxième cas évoqué lors de l'examen du renouvellement de l'autorisation en 2011

- [136] « Erreur diagnostique - Retard à la décision – délai de prise en charge - dysfonctionnement dans les transports - absence de pédiatre susceptible d'intervenir
- [137] Femme de 28 ans, 2ème grossesse entre à 17h20.
- [138] Péridurale par l'anesthésiste à 19h30 – Rupture des membranes (liquide teinté)
- [139] Appel du gynéco-obstétricien de garde à 23h30 car suspicion de risque infectieux (application du protocole « risques infectieux » du réseau Aurore.
- [140] Accouchement spontané à 0h11 d'une fille de 3000g présentant des pétéchies sur tout le corps (mention : à surveiller). Au décours de la journée, les pétéchies se sont prononcées et ont évolués dans l'après midi vers des ecchymoses violacées, nombreuses de 0.5 à 1.5 cm sur tout le corps.
- [141] 17h30 : découverte d'une thrombopénie
- [142] 18h30 (1h après) : appel immédiat de la cellule de transfert pour avis médical et appel des médecins de garde de la structure (gynécologue-obstétricien et anesthésiste)
- [143] De 18h30 à 2h30, nombreux échanges téléphoniques pour trouver une place et un moyen de transfert adapté. Pendant ce temps, conseil et prescription téléphoniques.
- [144] Arrivée du SAMU 26 à 4h, prise en charge immédiate avec transfusion sur place, départ vers Valence puis à 17h15 transfert vers la réanimation néonatale de la Croix Rousse, l'enfant présentant des signes d'hémorragie cérébrale.
- [145] L'enfant rentrera à son domicile 15 jours plus tard. Il s'agissait d'une « allo immunisation »

2.2.3 Jusqu'à présent le comportement prudent des équipes a pu limiter les incidents, pour les risques qu'il était possible d'anticiper

- [146] Les personnels suivent les formations requises. Les sages femmes, les anesthésistes, l'infirmière anesthésiste ont suivi des formations aux actes de réanimation néo natale. les sages-femmes sont prêtes à approfondir leur niveau de compétence en échographie.
- [147] Mais surtout, la prudence porte sur le niveau de complexité des cas traités à la maternité de Die. Le chef de service veille à adresser tous les cas susceptibles de présenter un risque à l'accouchement vers des maternités de niveau supérieur. Ainsi les adressages et les transferts ou évacuations sont ils pratiqués systématiquement. On notera que les transferts sont déjà opérés pour toute la partie de la population qui pourrait présenter des risques. Les maternités anticipées sans risques ne sont pas transférées. Ainsi le danger se concentre t'il sur les accouchements à risques non anticipés.
- [148] Il en va de même en chirurgie où le niveau de complexité des cas est soigneusement limité sauf urgence extrême.

[149] Cette attitude est sage mais limite le nombre de cas différents que les chirurgiens ou les gynécologues peuvent rencontrer et donc l'opportunité de se former à de nouvelles occurrences, ce qui illustre bien le paradoxe de la continuité des soins dans le Diois. L'évitement des cas complexes est une nécessité absolue de sécurité compte tenu de la réalité de la maternité de Die mais présente l'inconvénient de limiter leur exercice.

2.3 Une pérennité qui n'est pas assurée

[150] La faiblesse de l'activité, l'impossibilité de garantir un recrutement complet et conforme à la réglementation, l'exposition récurrente de la maternité aux risques compromettent la pérennité de celle-ci comme de la chirurgie.

2.3.1 Une activité très faible en obstétrique

Tableau 2 : Activité de la maternité du centre hospitalier de DIE

Activité	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de naissances	158	142	135	147	125
Nombre de grossesses multiples	1	0	0	0	0
Taux de césariennes	17.4	15	8.9	16	12.8
Taux de pérédurales	44.6	41.4	44.5	45	40
Nombre de journées	818	848	742	877	688
Nombre d'entrées	176	199	186	159	135
Durée moyenne de séjour	4.64	4.26	3.98	4.06	4.35
Nombre de transferts in utero envoyés	6	7	7	6	3
Nombre de transferts Néo-nataux envoyés	4	3	8	8	1

Source : Extrait du rapport au CSOS du 28/11/12 demande de renouvellement de l'activité d'obstétrique

2.3.2 Une activité non moins faible en chirurgie

[151] En 2011 : 392 actes classant dont 238 en hospitalisation complète et 154 en ambulatoire.

[152] L'activité chirurgicale est stable depuis plusieurs années, bien en dessous du seuil de 1500.

[153] 35 IVG réalisées en 2011, dont 20 avec anesthésie

[154] En 2011, 89 endoscopies digestives ont été réalisées. L'activité de gastro-entérologie représente 25 % de l'activité du bloc.

[155] Séjours avec actes classant (supérieurs à 10 en 2011):

[156] Appendicectomies non compliquées : 33

[157] Interventions sur l'avant bras : 17

[158] Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës : 16

[159] Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales âge supérieur à 17 ans : 15

[160] Les césariennes sans complication : 15

- [161] Prothèses de hanche pour traumatismes récents : 13
- [162] Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon : 11
- [163] Interventions sur la jambe âge supérieur à 17 ans:11
- [164] La tranche d'âge la plus représentée : les femmes de 80 à 89 ans et les hommes de 50 à 59 ans
- [165] La zone de soins de proximité (ZSP) de Die représente 75 % de l'effectif. Les interventions pratiquées sont essentiellement de niveau 1. On note quand même 11 interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon.

2.3.3 Des perspectives de recrutement difficiles

- [166] Les départs à la retraite des actuels chefs de service de gynécologie, le docteur Bassem NAKFOUR et de chirurgie le docteur Adib RACHIDI interviendront au plus tard le 21 septembre 2017 et le 21 octobre 2018.
- [167] Leur remplacement est loin d'être évident. Il faudra alors, attirer dans une maternité à l'écart, de très faible activité, et non exempte de risques de nouveaux médecins. Ces médecins devront avoir pour l'un une compétence en gynécologie chirurgicale, pour l'autre, une compétence en chirurgie viscérale. En 2011, le médecin rapporteur à la commission spécialisée de l'offre de soins avait indiqué que le deuxième chirurgien de Die, le docteur NICAUD, n'avait pas l'intention d'orienter sa carrière ainsi. La mission n'a pas eu l'occasion de demander à celui-ci si ses intentions avaient depuis évolué.
- [168] Les responsables médicaux que la mission a pu rencontrer au centre hospitalier de Valence n'ont pas caché que si leurs confrères étaient prêts à consacrer une partie de leur temps à aider le centre hospitalier de Die, la plupart ne souhaitaient pas s'y rendre pour y pratiquer des accouchements ou des interventions chirurgicales, dans des conditions qu'ils estiment dangereuses.
- [169] La perspective de voir l'activité de la maternité ou de la chirurgie suspendue ou non renouvelée ne fait que réduire les opportunités de recrutement.
- [170] Si même des recrutements demeurent possibles, encore importe t'il que l'établissement soit en situation d'opérer un recrutement satisfaisant, alors même que les conditions générales d'activité ne place pas le recruteur dans une situation de négociation optimum et non aléatoire.

2.3.4 Des risques d'incidents ou d'accidents pouvant intervenir à tout moment

- [171] Jusqu'à présent, les incidents qui ont eu lieu n'ont pas entraîné de décès de parturientes. La nécessité d'avoir eu recours à l'hystérectomie pour stopper une hémorragie peut être regrettée comme les délais pris pour opérer certains des transferts.
- [172] Il est clair que de tels incidents peuvent se reproduire et que des accidents plus importants pourraient ne pas être évités à l'avenir, quelles que soient la prudence et l'attention des équipes médicales et soignantes qui est avérée.

[173] La mission ne peut manquer de souligner que, tant la tutelle (la direction générale de l'agence régionale de santé) que la direction de l'hôpital encourt, en cas de contentieux, le risque de voir leur responsabilité mise en cause. Une telle hypothèse qui serait paradoxale, compte tenu des efforts déployés par l'agence régionale de santé pour parvenir à la fermeture de la maternité, de l'obligation dans laquelle elle s'est trouvée de la maintenir, notamment du fait de la balance des risques entre fermeture et maintien, ne peut cependant être écartée. Ces risques ont été constamment encourus depuis 2001 jusqu'à aujourd'hui, comme le montre l'absence de conformité relevée dès 2001, ce qui indique bien que cette maternité soit sur le fil du rasoir.

[174] Cette absence d'assurance sur l'avenir, le caractère limité dans le temps des renouvellements d'autorisation, l'exposition permanente de l'activité du centre hospitalier au risque de fermeture interdisent de dresser des projets de service, médicaux et d'établissements cohérents. Il est donc nécessaire de mettre à profit les trente mois supplémentaires accordés par la ministre à la mise au point de solutions de longue durée.

Recommandation n°1: Mettre à profit le délai de trente mois supplémentaires accordés par la ministre de la santé et des affaires sociales pour mettre en place des solutions de longue durée.

3 DES RISQUES IMPORTANTS EN CAS DE FERMETURE QU'IL SERA DIFFICILE DE SURMONTER

C'est l'existence de ces risques, en cas de fermeture, ainsi que l'attachement de la communauté locale au maintien de la maternité, qui ont conduit les directeurs successifs d'agence régionale de l'hospitalisation et d'agence régionale de la santé à ne pas fermer ni suspendre les autorisations

3.1 Des risques éventuellement aggravés par rapport à ceux qui résulteraient du maintien de la maternité et de la chirurgie

3.1.1 La fermeture de juin 2012, une opération sans drame mais trop courte pour être totalement significative

[175] Du 1er au 30 juin 2012, une organisation a été mise en place durant le temps de travaux de désenfumage de l'établissement nécessitant la fermeture du bloc opératoire et de la maternité.

[176] Un compte rendu de l'ARS, en date du 6 juillet 2012 en dresse le retour d'expérience

[177] En ce qui concerne la chirurgie :

- 24 patients chirurgicaux ont été transférés
- 14 transferts sur le CH de Valence
- 5 : CH Crest
- 2 : Clinique Kennedy
- 1 : Clinique Pasteur (HPDA)
- 1 : Clinique du Parc (69)
- 1 : Hôpitaux Drôme Nord (Romans)

Les transferts se sont déroulés sans difficulté, avec l'aide de la régulation du SAMU 26. Orientation réalisée selon le souhait des patients. Les transferts ont pour l'essentiel été réalisés par les transporteurs privés. Aucun SMUR terrestre n'a été mobilisé à ce titre. Deux transferts ont été réalisés par SMUR hélicoptérés en juin (1 patient de médecine et 1 non précisé). 22 consultations pour avis réalisées par le chirurgien de Die (urgences + autres services).

Le CH de Valence n'a pas relevé de difficulté particulière. Il n'ya pas eu d'impact ressenti sur l'activité du CH Valence. Il en va de même pour le CH de Crest.

En ce qui concerne la maternité :

une dizaine d'accouchements en juin pour les patientes du Diois (on rappelle que les parturientes originaires du Diois représentent la moitié des parturientes du centre hospitalier de Die). La répartition entre les établissements s'est opérée selon le choix des femmes ;

- 4 au CH de Valence
- 3 aux Hôpitaux Drôme Nord
- 1 à Gap (patiente habitant le Haut-Diois)
- 1 à la clinique Pasteur
- 1 ou à domicile (choix personnel)

[178] Une patiente «en travail » est venue directement au CH de Die, bien que la sage-femme l'ait vue en consultation 2 jours avant et qu'elle lui ait recommandé d'aller directement à la maternité (Romans). Elle a été transférée aux hôpitaux Drôme Nord(HDN), accompagnée de la sage-femme de Die.

[179] Le CH de Die avait réservé un lit pour les retours précoces si besoin. Il n'a pas été utilisé. Une demande de retour précoce à domicile a été formulée, les sages-femmes de Die ont alors réalisé le suivi à domicile (5 visites).

[180] Un transfert à 6 mois de grossesse a été réalisé pour pyélonéphrite.

[181] Le CH de Valence indique que son service d'obstétrique a eu des contacts avec 6 patientes du Diois, 12 consultations ont été réalisées, Il ya eu 4 naissances (on avait cru un instant qu'une naissance supplémentaire s'était produite à domicile, alors qu'elle s'est en réalité produite au centre hospitalier de Valence). Le retour sur questionnaire de satisfaction rempli à l'issue du séjour a été bon. Le volume total de naissances sur le centre hospitalier de Valence a été de 200 en juin 2012.

[182] Les patientes se sont déplacées par leurs propres moyens (sauf la patiente transférée en urgence aux HDN).

[183] Il n'y a pas eu d'incident à noter. L'épisode de fermeture du bloc opératoire et de la maternité de Die, sur une période courte, n'a pas généré de difficultés particulières de transferts de patients ou d'absorption de l'activité supplémentaire par les établissements receveurs. Bien entendu, ce retour d'expérience n'est pas suffisant pour déterminer les risques auquel on pourrait être confronté en longue période.

3.1.2 Une estimation directe des risques par l'examen de l'activité passée de la maternité

[184] La mission a demandé au service de maternité du centre hospitalier de DIE de présenter des dossiers des dernières années pour lesquels on peut estimer que l'absence d'une maternité aurait rendu plus délicat ou complexe la prise en charge rapide tant obstétricale que néonatale.

[185] Le service a fait état en 2009 de deux césariennes en urgence pour accouchement prématuré, avec transfert ultérieur de l'enfant depuis Die par le SAMU.

[186] En 2013, le service a fait état de deux transferts in-utero pour placenta bas inséré qui ont pu être faits, après consultation dans un cas ou hospitalisation dans un autre et issue heureuse, et d'un décollement placentaire ayant donné lieu à l'hôpital de Die à césarienne en urgence, réanimation du bébé, transfert de celui-ci au CHU de Grenoble. L'enfant est décédé mais la mère a incontestablement pu être sauvée grâce à cette intervention en urgence.

- [187] Par ailleurs, la mission a demandé au service de lui indiquer le nombre d'accouchements étant intervenus moins de deux heures et moins de trois heures après l'arrivée de la parturiente, soit un délai inférieur à celui de l'aller retour de Die à Valence, par voie de route d'une intervention du SMUR. En 2012 sur 122 accouchements, 17 ont eu lieu moins de deux heures après l'entrée de la parturiente, et 28 en moins de trois heures. En 2011, sur 125 accouchements, 18 ont eu lieu moins de deux heures après l'entrée de la parturiente et 24 moins de trois heures après celle-ci.
- [188] Les statistiques produites montrent que sur 125 accouchements intervenus en 2011, 46 ont concerné des personnes dont le temps de trajet du domicile jusqu'à l'hôpital était compris entre 30 et 45 minutes, contre 7 pour des temps de trajet de 45 minutes à une heure et 3 ayant un temps de trajet d'une heure. Mais ces statistiques ne font pas apparaître les cas de personnes qui tout en étant éloignées de la maternité de Die étaient, cependant, à moins de 45 minutes de trajet d'une autre maternité.

3.1.3 Les risques adjacents

- [189] Des considérations du même ordre concernent la chirurgie pour des cas certes rares, mais réels d'urgences chirurgicales vitales. Ainsi, le centre hospitalier a pu faire état d'un récent accident de vélo s'étant traduit chez un jeune homme par un éclatement de la rate avec hémorragie interne et qui a pu être immédiatement pris en charge en raison de la proximité du lieu de l'accident.
- [190] En termes de santé publique, également, il faut souligner les avantages de la présence de sages-femmes hospitalières pour assurer commodément un suivi du pré-partum alors même qu'une partie de la population pourrait être encline à ne pas se plier spontanément et sans présence proche, à cette discipline.
- [191] Enfin, en ce qui concerne l'organisation des soins à l'hôpital, la présence des chirurgiens est ressentie comme un atout par les urgentistes et l'aide et les conseils qui peuvent être apportés par les anesthésistes sont très appréciés.
- [192] L'ensemble de ces considérations avait conduit les auteurs d'un précédent rapport de l'IGAS relatif aux coopérations hospitalières à écrire concernant les maternités isolées :
- [193] « A cet égard, il est clair que la fermeture des maternités existant encore à l'heure actuelle en montagne (Exemple Die : 131 accouchements en 2009, Bourg saint Maurice : 231 en 2009 ou CHI Sud Ardennes 263), dans des îles (Saint-Pierre-et-Miquelon, Marie Galante) ou des régions d'habitat rare et dispersé, du moins à certaines périodes (L'Aigle 560 accouchements, Apt 294) entraînerait une dégradation de la durée des trajets (largement supérieurs à 45 mn en moyenne) qui rend la fermeture difficilement compatible avec une notion de service public.
- [194] Pour autant ces maternités vivent dans une perpétuelle incertitude qui ne facilite pas une maintenance correcte et un maintien, voire une amélioration de la qualité du service. Il faudrait assumer une fois pour toute, ou en tous cas pour une durée raisonnablement longue, le fait que si l'on veut maintenir le principe d'un accès aux soins suffisant pour tous les citoyens, il faut payer plus pour le fonctionnement de ces structures (dotation spécifique)... »

3.2 Des pré-requis, à la fois couteux et nécessitant un temps de mise en place

- [195] Ces pré-requis recouvrent l'ensemble des dispositions à prendre en vue d'assurer la continuité des soins et de la prise en charge médicale chirurgicale et obstétricale de la population de Die et du Diois, dans l'hypothèse où la maternité et la chirurgie de DIE devraient être restructurées. Cependant, un certain nombre d'entre elles doivent être mises en place, en tout état de cause, y compris en cas de maintien de la chirurgie et de la maternité. C'est notamment le cas des mesures relatives aux transports sanitaires d'urgence et des coopérations inter-hospitalières et ville hôpital, singulièrement la fédération médicale inter établissement femme –enfant, la CHT et une formule à définir d'un commun accord pour assurer une bonne interaction autour des soins de premiers recours et de l'éducation thérapeutique.
- [196] La définition des pré-requis a été réalisée dans le cadre d'une mission confiée au directeur du centre hospitalier de Valence, Monsieur Jean-Pierre BERNARD, par lettre du 26 septembre 2012 du directeur général de l'ARS qui a donné lieu à réunion commune entre les représentants des deux hôpitaux et des membres concernés de leurs communautés médicales et soignantes. Cette mission a abouti à la rédaction d'un document technique en date du 14 novembre 2012, dont la deuxième hypothèse explore les conditions d'une continuité des soins et de la prise en charge en obstétrique et en chirurgie en cas de restructuration de ces activités au centre hospitalier de Die. Nous reprenons ci-après l'essentiel du développement de cette seconde hypothèse du document en l'assortissant au besoin des remarques faites par la mission.

3.2.1 En ce qui concerne l'obstétrique

- [197] Des propositions communes ont été élaborées par les chefs de service le Docteur Marie Pierre FERNANDEZ du centre hospitalier de Valence et le docteur B. NAKFOUR du centre hospitalier de Die. Les propositions suivantes ont été formulées.

3.2.1.1 Activités anténatales :

Réalisations par le centre hospitalier de Die

- [198] Consultations d'obstétrique par sage-femme (SF) ou gynécologue-obstétricien (GO) : Dr NAKFOUR jusqu'à son départ (0,6 ETP); au-delà nécessité transfert poste sur CHV pour recrutement 1 PH supplémentaire.
- [199] Echographies obstétricales par médecin gynéco-obstétricien ; création a minima de 0,6 PH CHV pour remplacer le Dr NAKFOUR à son départ.
- [200] Consultations gynécologiques par gynéco-obstétricien ; réduction au départ du Dr NAKFOUR, remplacement par des consultations avancées.
- [201] Séances de préparation à l'accouchement par les sages femmes du CH de Die.
- [202] **Participation du centre hospitalier de Valence aux activités anténatales :**
- [203] Consultations avancées de grossesses pathologiques et échographies obstétricales 2/mois par un gynéco-obstétricien du centre hospitalier de Valence au centre hospitalier de Die (0,1 ETP).
- [204] Création d'un parcours de soins spécifique pour les patientes dioises qui s'adressent au centre hospitalier de Valence.
- [205] Connaissance des locaux par un accueil valentinois au 4e mois de grossesse (consultation d'orientation avec sage-femme ou médecin + visite du service).

- [206] Consultation par sage-femme ou médecin au centre hospitalier de Valence au huitième mois, couplée avec une consultation d'anesthésie.
- [207] Les autres consultations sont réalisées à Die.
- [208] Transmission informatisée du dossier médical (via la plate-forme SISRA ?) ou par télécopie (la 1re option est à privilégier et à organiser)
- [209] Vérification de tous les parcours de soins des patientes du Diois par médecin senior de Die et du centre hospitalier de Valence
- [210] Création d'un hébergement hôtelier à Valence (studio équipé), en période hivernale, pour les patientes à terme et leur conjoint. La mission fait sienne ce projet.

Recommandation n°2 : Créer un hébergement hôtelier à Valence (studio équipé) pour accueillir les parturientes à terme et leur conjoint

- [211] Hébergement médicalisé au Centre hospitalier de Valence pour les grossesses pathologiques, à l'identique de ce qui est pratiqué aujourd'hui.
- [212] Une grande vigilance/prévention doit être organisée pour les 25 patientes/an du Haut Diois.

3.2.1.2 Accouchements à Valence et urgences obstétricales à Die

- [213] **Urgences obstétricales à Die**
- [214] Organisation d'une astreinte de sage-femme pour assurer l'accueil/orientation des parturientes et leur prise en charge en urgence sur place et/ou accompagnement en SMUR : pour réaliser des échographies obstétricales en urgence et émettre un diagnostic précis, obligation de formation, minimale en échographie obstétricale et à l'orientation de la prise en charge en urgence
 formation de 2 semaines pour chaque SF de Die au CHV de janvier à mars 2013 (1 semaine en échographie ; 1 semaine aux urgences gynéco-obstétricales).
- [215] **Accouchements au centre hospitalier de Valence**
- [216] Réalisés au CHV (pas de difficulté majeure pour absorber le volume d'activité)
- [217] Avec orientation d'emblée et directe au CHV, sauf complications.

3.2.1.3 Activités post-natales

Activités réalisées à Die

- [218] Le centre hospitalier de Die envisage le développement de l'HAD pour faciliter le retour précoce des parturientes et une prise en charge, au besoin, par les sages femmes hospitalières en cas d'indisponibilités des sages-femmes libérales sur le secteur.
- [219] Maintien d'un hébergement mère-enfant pour les patientes qui pourraient relever de l'HAD mais dont le domicile est trop éloigné de Die ou qui ont des problèmes sociaux ; le centre hospitalier de Die propose un hébergement hospitalier dans l'unité de soins de suite et de réadaptation (centre périnatal de proximité avec hébergement) ; le centre hospitalier de Valence propose l'organisation d'un hébergement hôtelier (studio/hôtel) pour la patiente et son conjoint avec intervention de la sage-femme dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.
- [220] Séances de rééducation périnéale par sage-femme.

- [221] Nécessité du maintien de 4 ETP de sage-femme au centre hospitalier de Die. En cas d'impossibilité de recruter sur Die, les sages-femmes seraient mises à disposition par le centre hospitalier de Valence dont les effectifs devraient alors être renforcés d'autant.
- [222] **Contribution du centre hospitalier de Valence aux activités post-natales :**
- [223] Le centre hospitalier de Valence propose que celles-ci puissent être pratiquées à Valence selon décision médicale et souhait des parturientes, et à Die en cas d'accouchement physiologique (24 h pour voie basse, 48 h pour césarienne) selon décision médicale et souhait de la patiente, avec possible retour précoce au domicile ou structure hôtelière avec suivi HAD ou sages-femmes hospitalières.
- [224] La mission observe que Die est géographiquement éloigné de l'HAD dont le siège est à Crest et qui exerce sur Valence. Une extension de l'activité d'HAD ne pourra donc pratiquement se réaliser qu'avec des moyens déjà existants sur place ; elle s'interroge, par ailleurs, non pas sur l'intérêt du suivi en cas de post-partum physiologique, mais sur l'opportunité de réaliser celui-ci en HAD.

3.2.1.4 La création d'un centre périnatal de proximité apparaît comme une nécessité en cas de restructuration

- [225] Le comité technique formé pour émettre des suggestions relatives à la continuité des soins pour les patients et parturientes du Diois dans le cadre de la mission confiée à Monsieur Jean-Pierre BERNARD par le directeur général de l'ARS, avait opté en faveur de la création d'un centre périnatal de proximité avec lits de repli, tout en indiquant que la nature en restait à préciser.
- [226] En fait, si l'on voit bien que le centre périnatal devra assurer l'ensemble des tâches qui viennent d'être définies ci-dessus pour le centre hospitalier de DIE, il demeure une discussion sur le fait de savoir si ce centre périnatal de proximité devrait ou non comporter des lits d'hébergement.
- [227] Sans prendre partie sur l'une ou l'autre formule, le professeur RUDIGOZ ayant rencontré les sages femmes de Die relevait qu'il y aurait lieu de renforcer, en ce cas, la présence des sages femmes et des auxiliaires de puériculture. Dans l'une et l'autre hypothèse, la présence permanente de sages femmes, soit sur place, soit en astreinte est une nécessité et le recours à des médecins susceptibles d'organiser la couverture pédiatrique et obstétrique de la population et une présence médicale au près de celle-ci est également requise.

3.2.2 Pédiatrie

- [228] Le CH de Die insiste sur la nécessité d'une consultation pédiatrique à Die, une à deux fois par semaine pour suivi des nouveau-nés. Le centre hospitalier de Valence fait valoir que l'effectif des pédiatres valentinois ne permet pas d'envisager cette consultation dans l'immédiat. Par contre, les nouveau-nés seront vus à Valence avant leur départ de l'établissement.
- [229] S'agissant de consultations de pédiatrie générale, il apparaît nécessaire de former ou reformer les médecins généralistes du Diois au suivi des nouveau-nés.
- [230] Pour sa part, la mission estime que le centre hospitalier ne pourra donc se dispenser de recourir à des recrutements de pédiatres à un niveau équivalent à celui existant à l'heure actuelle.
- [231] S'agissant des consultations de pédiatrie spécialisée, elles sont organisées au CHV et complétées par des consultations de pédiatrie dans certaines spécialités en cours d'organisation à Crest qui seront accessibles aux enfants du Diois.

3.2.3 Chirurgie

- [232] Le centre hospitalier de Valence fait valoir que des améliorations sensibles vont rendre plus accessible la chirurgie de Valence à la population du Diois et notamment aux personnes âgées
- [233] Des plages opératoires supplémentaires seront prochainement attribuées avec allongement des horaires d'ouverture du bloc opératoire du CHV et mise en place d'une astreinte de week-end IBODE/IADE.
- [234] Une diminution de la durée moyenne de séjour et une augmentation de la chirurgie ambulatoire rendent possible l'accueil des patients chirurgicaux du diois.
- [235] Une organisation en lien avec le service de soins de suite et de réadaptation polyvalent du centre hospitalier de DIE facilitera la sortie précoce des patients.
- [236] La suppression de la chirurgie entraîne la suppression de l'activité d'endoscopie digestive (absence de bloc et d'anesthésiste).
- [237] Redéploiement du personnel non médical de bloc (IDE) et d'anesthésie (IADE) possible en interne (services et urgences, voire SMUR).
- [238] L'activité d'endoscopie pourra être assurée au CHV, voire au CH de Crest pour limiter les trajets des patients (2nde hypothèse non étudiée).
- [239] Les consultations avancées de chirurgie viscérale, orthopédique et de gastro-entérologie seraient maintenues par les praticiens actuels (Dr ALHOUAYEK, LATUNE et CAZALBOU) selon des fréquences à redéfinir pouvant se traduire éventuellement par des regroupements de plages sur des journées complètes.
- [240] Cet ensemble est de nature à réduire les difficultés nées de la saturation du bloc chirurgical du CHV et les inconvénients résultant de l'éloignement géographique, notamment pour les personnes âgées.
- [241] La proposition de maintien a minima d'une chirurgie de semaine, par contre, ne lui paraît pas facilement praticable. Le CHV attire l'attention sur la difficulté qu'il a lui-même à optimiser une telle organisation qui nécessite un volume d'actes important.
- [242] La mission indique que la question de la perte de chance en cas d'urgence chirurgicale vitale demeure posée en cas de fermeture de la chirurgie. Elle reconnaît, toutefois, que cette même question, en cas de maintien de la chirurgie du Centre hospitalier de Die implique une appréciation par le régulateur de la nécessité ou non de l'adressage direct au centre hospitalier de Valence. La balance de ces deux risques est difficilement mesurable.

La réduction de la perte de chance, paraît, à la mission, imposer surtout un raccourcissement important des délais de transports médicalisés.

3.2.4 Continuité des soins et urgences

3.2.4.1 Créer un départ de Die pour les transports médicalisés

- [243] Une première option consiste à créer une antenne SMUR à Die.
- [244] La création d'une antenne SMUR au départ de Die (a été proposée par la DDASS 26 et ARH antérieurement) pour raccourcir les délais d'intervention et garantir la sécurité des patients (1 h 15 aller a minima, 3 h si aller-retour depuis Valence). Cette antenne doit être armée avec 1 urgentiste, 1 IDE, 1 conducteur ambulancier. Cette antenne verra sa nécessité accrue en cas de fermeture de la maternité et de la chirurgie du fait des transports supplémentaires qui devront alors avoir lieu.

[245] Le centre hospitalier de Valence, sans être opposé par principe à la création de ce SMUR a exprimé appréhender la difficulté réelle sur ce secteur, aggravée par la suppression de la permanence des soins ambulatoires en nuit profonde, avec disparition des effecteurs sur les secteurs de Saillans et du Haut-Diois, étant par ailleurs incertain des résultats du futur appel à candidatures pour le recrutement de médecins correspondants du SAMU.

[246] A l'occasion du comité technique, le CH de Valence a émis des doutes quant à la faisabilité pratique d'une antenne SMUR au départ de Die en raison :

- du faible volume annuel (< 30 primaires et 35 secondaires/an dont une vingtaine hélicoptérée)
- de l'absence de saisonnalité marquée bien que le nombre de passages aux urgences augmente en été (40 passages/j en été)
- de la nécessité de créer une ligne d'astreinte en sus de la garde aux urgences (capacité à recruter sur cette ligne ? garde à la place d'une astreinte vu l'éloignement de Die ? compétences SMUR des médecins recrutés ? comment s'organiser la continuité des soins de l'hôpital si les médecins urgentistes sortent en SMUR ? maintien des compétences et optimisation des autres ressources : IDE, conducteur ambulancier ?)
- la mission estime qu'il existe en France suffisamment d'exemples de mutualisation SMUR-urgences, ou antennes SMUR-urgences pour qu'on puisse s'en inspirer sans plus de difficultés, dès lors qu'on est animé de la volonté d'aboutir.
- des difficultés de recrutement du CHV, lui-même en déficit : 5 postes vacants/24 qui ne lui permettront pas de renforcer les effectifs du CHD

[247] C'est pourquoi le CH de VALENCE proposait à défaut de :

- Favoriser le rapatriement secondaire à partir de l'hôpital de Die en vue de permettre la stabilisation du patient avant son déplacement. Le SDIS serait alors en mesure de privilégier le relais par l'hôpital de Die et de limiter ces sorties hors secteur.
- Pour les parturientes de plus de 5 mois, le transfert serait soumis à la régulation du centre15 avec avis obstétrical du gynéco-obstétricien de garde du CHV sur la venue directe ou le passage par le CH de Die.
- Etudier l'opportunité de réduire l'amplitude horaire des urgences du CH de Crest et de transférer la permanence des soins de nuit sur le CH de Die qui traite un nombre de passages plus important que le CHC.
- Au cas par cas, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme du CH de Valence pourrait se déplacer à Die, après s'être fait remplacer par un collègue au CH de Valence.

[248] La mission estime que deux pistes n'ont pas été explorées :

En premier lieu, l'article D 6124-11 du code de la santé publique prévoit que lorsque la structure des urgences et la structure mobile des urgences et de réanimation organisent une permanence médicale ou non médicale commune, notamment en application de l'article R 6123-9 du même code et que l'équipe de la structure mobile d'urgence et de réanimation intervient hors de l'établissement, la permanence de la structure des urgences est assurée par un médecin et un infirmier de l'établissement. L'article R 6123-9 du code de la santé publique prévoit en effet qu'un établissement de santé dont l'activité de médecine d'urgence est inférieure à un seuil fixé par arrêté (ce seuil a été fixé à 8000 passages par un arrêté du 12 juillet 2006, soit à un niveau supérieur à l'activité du centre hospitalier de DIE) peut cependant être autorisé à titre dérogatoire à condition qu'il participe à une fédération médicale inter hospitalière ou à un groupement de coopération sanitaire afin de constituer une équipe commune avec des établissements autorisés pour la même activité et ayant une plus forte activité.

- [249] Il est donc nécessaire que le centre hospitalier de Die définisse les modalités sécurisées permettant d'assurer un remplacement par une seconde ligne de l'hôpital de DIE médecine ou urgences-ou ,si c'est le cas une autre sage- femme, pendant les temps où l'urgentiste, ou le cas échéant, une sage femme, est engagé dans l'intervention du transport médicalisé d'urgence partant de Die.
- [250] En second lieu, la mission estime que doit être explorée la possibilité de mettre en place une convention spécifique entre le SDIS et le SAMU afin de mettre en place un départ de Die utilisant à la fois les moyens des pompiers (véhicule et conducteur) et ceux de l'hôpital (matériel médical, médecin, sage femme si l'occurrence s'en présente) voire des médecins correspondants du SAMU si comme c'est le cas en Savoie et Haute Savoie ce système se développe.

Recommandation n°3 : Mettre en place une mutualisation d'une antenne SMUR et des urgences de l'hôpital de Die

Recommandation n°4 : Mettre en place une convention spécifique entre le SDIS, le SAMU et le centre hospitalier de Die portant sur la mise en commun opérationnelle des moyens permettant d'assurer un départ de transports médicalisés d'urgence depuis Die

3.2.4.2 Renforcer le transport par hélicoptère

- [251] L'hélicoptère du SAMU 26 a effectué 382 sorties secondaires et 245 sorties primaires en 2011. Au premier semestre les sorties secondaires étaient au nombre de 187 et les sorties primaires de 120.
- [252] Le marché passé avec la société INAER hélicoptère France prévoit la mise à disposition et l'exploitation d'un hélicoptère biturbine sur une amplitude horaire correspondant à un service de 8h à 22h, 365 jours par an. L'extension à une utilisation de 24h par jour est une des possibilités du marché sous la condition notamment d'un délai de deux mois pour l'adaptation des moyens. Dans une telle hypothèse, le surcout de la seule prestation est évalué à près de 220 000€ et à environ 450000€ si on intègre le coût de la part variable. L'hélicoptère de Valence est adapté au vol de nuit (VFR) ; les pilotes actuels ont la qualification nécessaire mais sont en nombre insuffisant au regard des dispositions de la convention collective et de l'évolution de la réglementation européenne
- [253] (Voir en annexe 5 la note du docteur Nicolas LETELLIER, président de l'association des utilisateurs d'hélicoptères sanitaires) ; L'hélistation du centre hospitalier de Valence devrait faire l'objet d'aménagements complémentaires (et donc celle de Die également). Le marché intègre un forfait de vol de 400h pour un coût total mensuel de 84 195,74€TTC et une part variable de 719,47€TTC par vol. Dans tous les cas de figure, le pilote commandant de bord reste responsable de l'exécution de la mission, de la faisabilité technique du vol en fonction de considérations météorologiques ou géographiques.
- [254] L'hélicoptère est basé à Valence dont le centre hospitalier s'est chargé des relations avec le prestataire. Il peut être sollicité par les régulations des SAMU de la Drôme et de l'Ardèche. La refacturation aux hôpitaux de Privas, Aubenas, les hôpitaux Nord-Drôme et de Montélimar est régie par une convention de mars 2000.
- [255] Le montant de la prestation versé à la société INAER a été de 1 294 817€ en 2011. Pour la même année, le financement forfaitaire en dotation MIG s'est élevé à 877 015€, soit un déficit de gestion pour cette activité de 267 775€.
- [256] L'annexe territoriale opposable du territoire de santé SUD de la région Rhône-Alpes prévoit que le SMUR hélicoporté de Valence et les SMUR terrestres du territoire seront renforcés pour répondre à l'augmentation des demandes de transport en provenance des hôpitaux Drôme Ardèche et pour faire face à l'afflux besoins à certaines époques de l'année.

- [257] Le comité technique a choisi l'option de renforcer le transport par hélicoptère avec les limites imposées pour les vols de nuit et par les conditions météorologiques.
- [258] Le centre hospitalier de Valence a cependant rappelé les contraintes qui résulteraient d'une extension de la capacité de vol de l'hélicoptère au regard des règles de l'aviation civile :
- [259] Les vols ont lieu de 8 h à 22 h ; au-delà, la demande effectuée avant 22 h pour retour avant minuit est suivie d'un repos incompressible de 11 h qui décale l'horaire de démarrage du lendemain
- [260] Un pilote ne se pose en urgence que sur un terrain sur lequel il s'est déjà posé de jour
- [261] Pouvoir voler 24h/24 suppose de passer d'une modalité de vol à vue (VFR) à une modalité de vol aux instruments (IFR) et d'augmenter le nombre de pilotes (par anticipation de la mise en place de la réglementation européenne qui obligera à passer à 2 pilotes par vol en 2014).
- [262] Il y aura lieu également de mettre en place ou améliorer les procédures d'approche sur Die et ses environs et d'organiser un relais par les départements périphériques.
- [263] Il paraît évident aux yeux de la mission, qu'une telle décision ne peut être prise au regard de la seule maternité de Die mais doit l'être en fonction de la desserte de l'ensemble des établissements de la Drôme et de l'Ardèche et de leurs liaisons avec les hôpitaux de recours de la région. Par contre si l'extension de la capacité de vol de l'hélicoptère de Valence à la nuit était décidée, alors elle devrait toucher Die et l'hélicoptère de Die devrait donc être aménagée en conséquence.

Recommandation n°5 : Si les capacités de l'hélicoptère du centre hospitalier de Valence qui dessert deux départements sont étendues au vol de nuit avec instruments, prévoir d'équiper l'hélicoptère de Die en conséquence.

3.2.4.3 Renforcer les urgences sur place

- [264] Il faut rappeler qu'il n'y a actuellement pas de maison de garde médicalisée sur la commune de Die et que, par ailleurs, le véhicule des pompiers n'est pas médicalisé.
- [265] L'appel à candidatures de médecins correspondants du SAMU lancé par le centre hospitalier de Valence n'a pas encore porté de fruits dans le Diois alors que des appels semblables ont bien fonctionné en Savoie et Haute-Savoie.
- [266] En conséquence, les urgences du centre hospitalier représentent un recours essentiel, sans structure intermédiaire permettant d'assurer un tri éventuel.
- [267] Plusieurs orientations devraient être prises après que des études préalables étaient été menées.
- [268] Étant donné le vieillissement notable de la population, des filières directes de prise en charge des patients âgés sur l'établissement devraient pouvoir se mettre en œuvre. Cette orientation est désormais favorisée par l'installation récente dans l'année 2012 de lits plus nombreux en soins de suite et de réadaptation (passage de 8 à 15 lits) cette mesure ayant l'avantage à la fois de permettre la diminution des durées de séjour en médecine et d'autre part la constitution d'une filière d'admission directe en SSR pour les personnes âgées poly-pathologiques puis éventuellement, vers le service d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- [269] S'agissant des personnes âgées, les réseaux existants avec le centre hospitalier de Valence, et le centre hospitalier de Crest doivent permettre également d'améliorer le temps de prise en charge des patients âgés relevant de l'orthopédie traumatologie.

- [270] Il est important également d'apprécier s'il y a lieu, pendant les mois d'été, se donner les moyens médicaux en urgentistes pour assurer un accueil médicalisé des urgences 24 heures sur 24 au service d'urgence au moins tant que celui ci connaît une hausse de fréquentation. Un tel effort ne peut se faire sans associer étroitement la FMIH des urgences au niveau du territoire.
- [271] La fréquentation globale des urgences demeure très basse sur l'ensemble de l'année puisqu'elle a été jusqu'à présent de moins de 8000 passages soit le seuil minimum d'autorisation sans dérogation des services d'accueil d'urgences et on peut s'interroger sur l'opportunité d'une forte augmentation des effectifs, même si la saisonnalisation impacte le service des urgences et non pas les transports SMUR. En fait, une définition saisonnalisée des effectifs doit intervenir dans le cadre de la mutualisation des urgences et de l'antenne SMUR, d'autant plus que les pics d'activité affectent SMUR et urgences de manière différente.
- [272] S'agissant du dépôt de sang, il serait souhaitable de faire étudier par les FMIH urgences et femme-enfant la nécessité de le renforcer ou non.
- [273] L'installation d'un scanner est souhaitée avec insistance par les personnels médicaux du centre hospitalier de Die.
- [274] Cette demande s'appuie sur le volet thématique d'imagerie du SROS hospitalier de la région Rhône-Alpes qui précise :
- [275] « De manière générale, le scanner est un appareil de proximité, il doit notamment pouvoir être disponible sur les sites de prise en charge des urgences. »
- [276] Dans le cas de Die, il n'ya pas de radiologue permanent à l'hôpital. Un radiologue du centre hospitalier de Valence vient un jour par semaine .Il n'ya pas de radiologue libéral installé dans le Diois. L'hôpital dispose de manipulateurs de radiologie. Dans l'état actuel des choses une telle installation ne pourrait fonctionner qu'en acquisition d'images avec interprétation renvoyée, par télé-imagerie au centre hospitalier de Valence. On rappelle que le centre hospitalier de Die est doté d'une liaison en télé-imagerie.
- [277] L'annexe territoriale opposable du SROS hospitalier pour le territoire de santé sud prévoit que « les besoins en télé-imagerie des zones de Crest et Die seront pris en charge dans le cadre de leur intégration à la future CHT. Deux autorisations de scanner sur ces deux zones sont envisageables sous réserve d'une organisation structurée de radiologues autour des services d'urgence. »
- [278] A ce jour, aucune demande n'a été déposée pour le centre hospitalier de Die.
- [279] Aucune étude de faisabilité n'existe, non plus que d'étude d'impact financier.
- [280] Il apparait clairement qu'une telle entreprise doit être menée dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire, car elle suppose l'appui de l'imagerie médicale du centre hospitalier de Valence, et très probablement une mise en place coordonnée entre Crest et Die. et peut être une équipe médicale commune à ces deux établissements

Recommandation n°6 : Faire procéder à l'étude de faisabilité et d'impact financier de l'installation et du fonctionnement d'un scanner au centre hospitalier de Die dont l'implantation est prévue au SROS de la région Rhône-Alpes. Placer cette entreprise dans le cadre d'une coopération hospitalière Crest, Die, Valence, placée sous l'égide de la communauté hospitalière de territoire.

- [281] La plupart des mesures envisagées sont nécessaires, quelle que soit l'option retenue pour l'avenir de la maternité et de la chirurgie. Il ya lieu de les mettre en œuvre en tout état de cause. Pour autant, les établissements doivent se tenir prêts à faire face à toute occurrence : la nécessité de suspendre ou de fermer n'est, en effet, pas liée à une simple décision administrative délibérée mais peut s'imposer par le simple effet d'une impossibilité de recrutement voire la survenue d'évènements indésirables dont le risque doit absolument être limité mais existe cependant.

Recommandation n°7 : Mettre en place les mesures qui confortent la sécurité de l'hôpital quel que soit l'option retenue pour l'avenir de la maternité et la chirurgie. Se tenir prêt à faire face à toute occurrence en cas de suspension due à des évènements inopinés.

4 CONFORTER ET ENTOURER L'ETABLISSEMENT, AFIN DE MIEUX GARANTIR LA SECURITE

4.1 L'environnement du centre hospitalier

4.1.1 La faiblesse de la permanence des soins

- [282] Compte tenu de la situation socio-économique du diois, cette question malgré les difficultés réglementaires et financières qu'elle suscite constitue un réel enjeu.

- [283] La suppression de la permanence des soins en nuit profonde amène une vraie difficulté de sécurisation de la population en même temps, semble-t-il, qu'une entrave nouvelle recrutement de médecins. En effet, il est bien évident que l'activité nocturne des médecins de garde ne justifie en rien par son intensité le maintien effectif d'une garde médicale libérale. En revanche sans l'indemnisation de la garde il n'y a plus de système incitatif pour les jeunes médecins pour s'installer d'une clientèle rare et difficile à joindre ne font que contribuer à dissuader les initiatives.

- [284] Les travaux engagés par l'agence régionale de santé dans le cadre du programme régional de santé pourront peut-être aider à atténuer les problèmes.

- [285] Il faut se garder de supprimer la prise en charge de la PDSA en nuit profonde tant que des solutions de substitution novatrices ne pourront pas être mises en place.

- [286] La nouvelle rédaction de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié, permet cette prolongation jusqu'à la fin de l'année. L'agence régionale de la santé de Rhône-Alpes, après avoir prévu la suppression en mai 2013, a repoussé la fin du système au 30 novembre. En effet, indépendamment de la prise en charge des interventions en nuit profonde effectivement peu nombreuses dans le Haut-Diois, ce mécanisme contribue au maintien des médecins dans la zone. Il serait prudent de s'assurer que le dispositif des correspondants SAMU puisse se mettre en place, ainsi que celui de l'article 45 de la LFSS 2013 dont la mise en place dépend d'accords nationaux interprofessionnels.

Recommandation n°8 : Ne pas supprimer la prise en charge de la PDSA en nuit profonde dans le Haut-Diois, tant que des solutions de substitution novatrices ne pourront pas être mises en place.

4.1.2 Un projet de Maison de santé pluri professionnelle qui ne parait pas près d'aboutir et qui n'assure pas la permanence des soins

- [287] Un projet de maison de santé de proximité est défendu par le maire de la ville de DIE, mais même s'il avance au niveau de sa conception, il se heurte comme d'autres projets similaires à des problèmes économiques. Ce projet devrait également attirer des professionnels suffisants pour pouvoir fonctionner et rendre de réels services. La question du nombre et de l'engagement des acteurs médicaux est centrale et sera sans doute moins difficile à résoudre en matière de présence d'infirmiers ou d'auxiliaires médicaux que de médecins. Une des éventualités qui pourraient être étudiées serait de faire participer quelques médecins hospitaliers au fonctionnement de cette structure comme cela se produit à Roanne où une convention a été signée pour éviter les déserts médicaux dans le cadre du plan territoires santé.
- [288] Le montage immobilier et financier n'est pas, en effet, encore finalisé. Par contre, les professionnels de santé ont finalisé un projet de santé, dont la fiche présentée en annexe 1 rend compte. La mairie et les professionnels ont visité la MSP d'Anneyron qui vient d'ouvrir et celle des Vans en Ardèche.
- [289] La MSP de Die n'a pas fonction de maison médicale de garde aux heures de permanence des soins ambulatoires. Elle sera ouverte du lundi au vendredi de 8 h à 20 h. La permanence des soins après 20 heures et les week-ends sera assurée sur le secteur de Die par le service d'urgence du CH de Die comme c'est déjà le cas aujourd'hui. Cette organisation n'est pas remise en question.
- [290] Concernant la permanence des soins, à noter que la zone de Die est partagé en 2 secteurs : celui de Die où la permanence des soins est assurée par le service d'urgence du CH de Die et le secteur du Haut-Diois où il y a uniquement une permanence des soins les soirs de semaine de 20 h à 8 h (le week-end c'est le service d'urgence du CH de Die qui prend le relais). Sur le secteur du Haut Diois, le maintien de la nuit profonde les soirs de semaine est en cours de discussion compte tenu de la très faible activité.
- [291] Le projet est destiné à couvrir la population des cantons de Die. La mairie de Die en est le promoteur. Il est prévu la construction d'un bâtiment de 535 m² coûtant 1 500 000€ dont le financement n'était pas réuni à la date de passage de la mission.
- [292] Le docteur Léger initiateur du projet pensait regrouper trois médecins généralistes, deux dentistes, sept infirmières diplômées d'Etat, deux masseurs kinésithérapeutes, un podologue et un orthophoniste.
- [293] Le projet de santé prévoyait une ouverture aux autres médecins de la région, des consultations de spécialistes et des professionnels de santé libéraux, des groupes d'analyse de pratique, un dossier informatique unique et commun.
- [294] Le projet de santé indique expressément que la permanence des soins demeure dévolue au centre hospitalier de Die. La maison sera ouverte de 8h à 20h et permettra d'accueillir des consultations non programmées.

4.1.3 Un contrat local de santé, oui mais pour quoi faire ?

- [295] L'élaboration d'un contrat local de santé est encore balbutiante
- [296] Dans les premières réunions tenues sur ce sujet est apparue la nécessité de disposer d'une ingénierie pour réaliser ce plan local et soutenir la démarche de contrats.
- [297] Le choix du périmètre était entre la communauté de communes ou bien la communauté de communes élargies à un secteur proche (Saillans, le Vercors).

- [298] Il a fallu également se déterminer sur la composition d'un comité de pilotage.
- [299] Celui-ci comprendra : la Communauté de Communes du Diois, la mairie de Die, le conseil général, l'hôpital de Die et la DT 26 de l'ARS.
- [300] La première réunion a été consacrée à un état des lieux de l'état de santé de la population, des priorités identifiées et des actions déjà réalisées ; ces éléments constituant le fondement du plan local de santé et à la discussion autour des grands enjeux du territoire à inscrire dans le contrat.
- [301] La deuxième réunion a permis de se déterminer sur le périmètre du contrat local. Le contrat local de santé sera porté par la communauté de communes du Diois, qui regroupe 52 communes et 11.000 habitants répartis sur les 4 cantons de Die, La Motte Chalancon, Lus La Croix Haute et Chatillon en Diois.
- [302] Une méthodologie de travail a été retenue.
- Un diagnostic fait par une stagiaire de l'ARS ayant lieu fin décembre 2012.
 - Une répartition des thèmes de réflexion en groupes de travail calqués sur ceux établis pour le territoire de santé Sud, pour la mise en place du programme du territoire de santé (PTS)
 - Groupe Environnement Santé- Veille sanitaire – Défense sanitaire (ES-CVGS-CRDS)
 - Groupe Handicap Grand Âge (HGA)
 - Groupe Prévention et Promotion de la Santé – Santé Mentale – Offre de Soins (PPS-SM-OS)
- [303] La finalisation de ces objectifs est donc encore en question. Sa concrétisation pour les élus et la communauté Dioise était conditionnée par le préalable fait de la solution définitive au problème du fonctionnement de la maternité et de la chirurgie de l'hôpital.
- [304] La mission estime que le succès de cette entreprise se mesure en termes d'animation territoriale de la population médicale et soignante. C'est dans la capacité des promoteurs à susciter l'adhésion des médecins qu'un résultat peut être escompté. Ceux ci doivent donc être associés. L'utilisation du dispositif institué par l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pourrait être une piste intéressante à cet égard, si les négociations nationales qui doivent être intervenir en vue d'établir les contrats types qui permettent aux ARS et aux organismes locaux d'assurance maladie de proposer aux professionnels des zones fragiles de conclure des contrats avec eux.
- [305] Depuis, l'adoption de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, en effet, le II de l'article L 162-14-i du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
- [306] « II.- Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé et visant à améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale de caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives habilitées à participer aux négociations des conventions nationales de ces professions et, le cas échéant, des centres de santé, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie. »
- [307] « Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du développement professionnel continu ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. »

- [308] « Ces accords définissent les engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins, des maisons, centres et professionnels de santé, sous la forme d'un ou de plusieurs contrats types. Des contrats conformes à ces contrats types peuvent être conclus conjointement par l'agence régionale de santé et un organisme local d'assurance maladie avec des maisons, centres et professionnels de santé intéressés. Ces accords conventionnels interprofessionnels établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie. »
- [309] Ce dispositif serait particulièrement adapté à la situation de Die et du Haut-Diois. On voit cependant, que sa mise en œuvre suppose que des accords nationaux interprofessionnels entre l'UNCAM et les organisations représentatives aient été préalablement conclus, et qu'ensuite des contrats conformes aux contrats types ainsi définis soient signés entre l'ARS, les professionnels de santé et les organismes locaux d'assurance maladie.

Recommandation n°9 : Assurer une animation territoriale de l'offre de soins du Diois soit autour d'un contrat local de santé soit autour d'un dispositif issu de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, soit des deux à la fois.

4.2 Les coopérations hospitalières

4.2.1 Etendre la communauté hospitalière de territoire au centre hospitalier de Die

- [310] On ne peut qu'être étonné de voir le centre hospitalier de Die ne pas figurer dans la communauté hospitalière du territoire auquel il appartient. Cette situation est pour le moins paradoxale quand on connaît le nombre de conventions qui lient le centre hospitalier de Die et celui du centre hospitalier de Valence, le nombre de médecins du centre hospitalier de Valence qui interviennent sous une forme ou une autre à Die, ou lorsqu'on observe que le centre hospitalier de Die est membre de la fédération médicale inter-établissement des urgences. Ce paradoxe est renforcé lorsque l'on constate qu'il existe une direction commune entre les centres hospitaliers de Die et de Crest alors que l'un est dans la CHT et l'autre non. En dépit de l'insistance de l'ARS pour faire progresser la coopération institutionnelle entre les deux établissements, celle-ci ne se développe pas autant qu'il serait souhaitable, alors même que la communauté hospitalière de territoire ne suppose aucunement la perte de l'autonomie financière et de la personnalité juridique des établissements la composant.
- [311] Il existe de nombreux accords conventionnels entre Die et l'hôpital de Valence et à moindre titre avec l'hôpital de Crest. Ces accords vont du partage du temps de personnel médical commun jusque à la participation au déploiement de vacations sur le site du centre hospitalier de Die.
- [312] Cette variabilité des formules est parfaitement légitime au regard de la flexibilité des besoins même si naturellement elle crée des difficultés administratives pour suivre la bonne réalisation de ces prestations.
- [313] Il est dans la fonction même de l'hôpital de Valence d'assurer (et de bénéficier de) la coordination au niveau des hôpitaux et des structures du territoire de proximité.

- [314] Sous sa forme la plus aboutie, la coopération hospitalière prend la forme de la communauté hospitalière du territoire regroupant Valence Crest ,Tournon, Saint-marcellin, hôpitaux de Drome nord, et aura vocation à faire vivre, évoluer, mettre en cohérence et dynamiser l'ensemble des accords conventionnels qui se sont tissés entre les hôpitaux de la zone et le centre hospitalier de Valence, et bien évidemment, ceux conclus entre le centre hospitalier de Die non encore intégré à la communauté hospitalière du territoire et l'hôpital de référence.
- [315] Fruit de patientes réflexions et de nombreuses discussions le projet médical commun avait vocation à constituer l'élément fondateur de la CHT.
- [316] Il résulte des actions communes des Centres Hospitaliers de Crest, Drôme-Nord, St-Marcéllin et Valence, encouragées par l'ARS Rhône-Alpes au travers une lettre de mission adressée le 27 janvier 2011 invitant
- [317] « le centre hospitalier de Valence, établissement de référence au sein du territoire, d'impulser la mise en œuvre de la communauté hospitalière de territoire et de permettre » :
- Une graduation des soins, intégrant des filières identifiées, avec une prise en charge allant des soins les plus techniques au retour à domicile, dont l' HAD
 - La mise en place d'une filière AVC, intégrant la télémédecine
- [318] Une transversalité des prises en charge avec:
- Une organisation commune sur l'organisation de la permanence des soins hospitalière
 - Une structuration des plateaux médico-techniques (bloc, imagerie, biologie)
 - Une mise en commun des moyens logistiques lorsque cela est possible,
 - Une mise en œuvre commune de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, compte-tenu des départs de compétences massives des établissements dans les cinq ans
- [319] L'animation d'une filière gériatrique de référence avec les partenaires du grand valentinois engagés dans la prise en charge des personnes âgées »
- [320] Une mutualisation de compétences ou de prestations logistiques : biomédical, SIH, stérilisation, sécurité incendie, qualité, maintenance technique, formation continue...doit être également recherchée
- [321] Cette demande est reprise par lettres du Directeur Général de l'ARS du 30 mars 2011 aux Centres Hospitaliers de Valence, Drôme Nord, Crest, Die, Saint Marcellin, Tournon et du 10 septembre 2012 aux CH de Valence et Drôme Nord.
- [322] Le fait que le centre hospitalier de Die ne figure pas dans la communauté hospitalière de territoire aboutit à ce que les problèmes touchant DIE ne peuvent être traités que de manière adjacente dans le projet médical de celle-ci. (voir en annexe.... la synthèse faite par la mission de ce projet dans la mesure où il concerne Die).
- [323] Il est donc temps de mettre fin aux tergiversations sur ce point et d'étendre la communauté hospitalière de territoire au centre hospitalier de Die, l'établissement qui a le plus besoin de ce soutien institutionnel et le seul qui soit en dehors.

Recommandation n°10 : Etendre la communauté hospitalière de territoire qui regroupe les hôpitaux de Valence de Nord-Drôme et de Crest au centre hospitalier de Die

4.2.2 Faire vivre la fédération des urgences

- [324] On rappelle que l'article L6135-1 du code de la santé publique a conservé la possibilité de créer des fédérations médicale inter-hospitalières. Il prévoit que :
- [325] « En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent par décision conjointe de leurs directeurs prise après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles en fédérations médicales inter-hospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées. »
- [326] « Cette décision définit l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elle précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés par ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif. »
- [327] Deux éléments contribuent à l'efficacité de cette formule, à bien des égards plus opératoire que la Communauté hospitalière de territoire elle-même :
- la très grande simplicité de mise en place, par simple décision conjointe des directeurs d'établissements
 - l'unité de gestion médicale entre services d'établissements qui conservent leur personnalité morale.
- [328] Une telle FMIH existe entre Die, Crest et Valence dans le domaine des urgences, mais l'insertion de Die dans le dispositif n'est pas encore vraiment réalisée. C'est ce passage au réel qui doit désormais intervenir, afin de passer convention avec le SDIS pour assurer un départ médicalisé depuis Die, de prendre en compte les conséquences du passage au vol de nuit pour l'hélicoptère de Valence lorsque celui-ci viendra à se réaliser de mutualiser les effectifs des urgences de Die et d'une antenne SMUR en tenant compte de la saisonnalisation de l'activité des urgences à Die.
- [329] Le tableau ci-après donne une indication de l'activité des services d'urgence de la fédération

Tableau 3 : activité des services d'urgences de la FMIH

FMIH URGENCES CH VALENCE-CREST-DIE										
	URGENCES				UHCD					
	1ers passages		% hospitalisation		Nbre séjours		DMS		Taux occupation	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
CH CREST	8 186	8 472	13,3	12,9	325	356	1,01	1,01	50,7	49,5
CH DIE	7 931	7 741	12,8	11,8	379	420	0,7	1,1	37	62
CH VALENCE	63 297 *	64 280 *	19,6	20,5	3 358	3 382	1,3	1,4	86	92,4
* Dont Pédiatrie	14 667	14 806								
* Dont Adultes	48 630	49 474								

Source : Centre hospitalier de VALENCE

Recommandation n°11 : Etendre le fonctionnement réel de la fédération médicale inter établissement des urgences à l'hôpital de Die qui en fait déjà partie

4.2.3 Créer une fédération Femme enfant avec les hôpitaux de Valence Crest et Die

- [330] Le projet médical de la communauté hospitalière de territoire à laquelle le centre hospitalier de Die ne participe pas donne les indications suivantes :
- [331] « Le bassin de santé comporte quatre maternités : deux de niveau 1 (Hôpitaux Privés Drôme Ardèche, CH de Die), 1 de niveau 2A avec néonatalogie (Hôpitaux Drôme -Nord) et une de niveau 2B avec soins intensifs néonataux (CH de Valence), et un centre périnatal de proximité (CH de Tournon). »
- [332] Et plus loin :
- [333] « C'est autour de la prise en charge des grossesses pathologiques que se sont focalisées les démarches de coopération afin d'offrir une réelle compétence dans ce domaine et favoriser le maintien de l'activité de cytogénétique.
- [334] Un autre propos est de faire vivre la filière de soins des grossesses à risque
- [335] Les gynécologues-obstétriciens du Centre hospitalier de Valence et des HDN proposent d'organiser une filière de soins en obstétrique avec repérage précoce des grossesses à risque, prise en charge pluridisciplinaire, mise en place d'un suivi conjoint et amélioration des délais de réponse aux avis spécialisés demandés par les médecins libéraux et les praticiens des CH de Crest, Die et Tournon, ce qui concrètement se traduit par la réservation de plages de consultations pour les grossesses à risque et avis de 2ème intention demandés par les médecins extérieurs. »
- [336] Il s'agit bien de la problématique centrale qui se pose autour de la maternité de Die.
- [337] Celle-ci ne peut être abordée sans la participation du centre hospitalier de Die, de ses services et de ses personnels. La coopération en ce domaine semble à la mission ne pas pouvoir se limiter à celle d'une simple convention.
- [338] La fédération, comme il a été dit, permet d'organiser une unité de gestion des services ou des pôles sans remettre en cause l'existence, la personnalité morale et l'autonomie financière des établissements.
- [339] La désignation d'un praticien hospitalier coordonnateur commun est un gage d'efficacité.
- [340] Hors le programme d'une telle fédération serait essentiel :
- organiser la filière de soins des grossesses à risque
 - procéder à l'évaluation annuelle et communiquée à la tutelle du fonctionnement des services composants.
 - veiller à la qualité des recrutements médicaux et soignants.
 - s'adapter en conséquence aux évolutions de l'activité et des souhaits des parturientes, en garantissant par tous moyens ,la continuité et la sécurité des prises en charge.
- [341] Le centre hospitalier de Die devrait être moteur dans ce projet ; Il n'est pas possible, en effet de jouer d'un côté la carte de l'isolat et de l'autre l'appel au soutien, financier auprès du niveau régional et national et technique auprès des établissements du territoire.
- [342] La mission estime que le maintien de la maternité doit être conditionné à la mise en place de cette coopération.

- [343] Celle-ci serait également nécessaire en cas de restructuration. Motivée par des considérations de sécurité, elle doit être mise en place d'ores et déjà.

Recommandation n°12 : Créer une fédération médicale inter établissement Femme Enfant regroupant les hôpitaux de Valence, Crest et Die

4.3 Limiter le déficit à ce qui est dû à l'éloignement

- [344] Quelle que soit la solution retenue, la puissance publique sera amenée à exposer pour la couverture de prise en charge sanitaire et obstétricale de la population de Die et du Diois, des dépenses exceptionnelles
- [345] En cas de maintien de la chirurgie et de la maternité sur place, la très faible activité de ces deux services qui ne pourrait être augmentée sans courir des risques encore supérieurs, ne pourra générer de recettes suffisantes au titre de la T2A, compte tenu des frais fixes et des dépenses liées à la permanence des soins. Il n'existe pas en ce cas d'autres possibilités que d'assurer une couverture du surcoût par des dotations de type budgétaire comme c'est le cas à l'heure actuelle.
- [346] Mais il n'y aura pas d'économies non plus en cas de fermeture de la maternité car il sera nécessaire d'exposer des dépenses supplémentaires pour renforcer les transports médicalisés, assurer une présence sur place (par exemple les sages femmes d'un centre de périnatalité assurer la veille en imagerie, etc...).
- [347] L'arbitrage entre les deux solutions sera fait non pas en fonction de considérations financières mais de la réalité des choses, de la possibilité de recruter dans de bonnes conditions, dans celle d'organiser la coopération entre établissements, entre services publics et entre l'offre de soins de premier recours et l'hôpital.
- [348] Ceci justifie, dès lors que le soutien de la collectivité ne peut être qu'important, que l'établissement lui-même s'emploie à la maîtrise de celles des dépenses sur lesquelles il peut agir, et qu'il veille bien à ses ratios de dépenses logistiques et administratives, à la mise en œuvre des pratiques de bon usage, à l'évaluation et à la formation de ses personnels et qu'il entre vigoureusement dans la coopération-mutualisation avec les autres établissements dont dépend absolument son avenir et son bon fonctionnement.

CONCLUSION

- [349] Quelles que soient les perspectives d'évolution du centre hospitalier de Die, l'avenir de celui-ci repose sur les possibilités de coopération avec le centre hospitalier de Valence, ce sont celles-ci qu'il faut développer en tout état de cause.
- [350] Si la fermeture de la maternité et de la chirurgie ne peut être évitée, le centre hospitalier de Valence sera en charge d'assurer la permanence mais aussi la continuité de la prise en charge dans le Diois et devra se préoccuper de la mise en place de relais à Die et aux environs et de gérer les moyens de transports médicalisés d'urgence qui permettront d'assurer la couverture de la population dans de bonnes conditions.
- [351] Si, au contraire, la maternité et la chirurgie de Die sont maintenues, alors le besoin d'améliorer les transports médicalisés d'urgence est non moins grand. Il est d'ores et déjà nécessaire d'organiser un transport médicalisé avec départ de Die.

- [352] Jusqu'à présent, les engagements de coopération et de mutualisation ont été pris mais jamais tenus.
- [353] Désormais, compte tenu du fait qu'il s'agit d'impératifs de sécurité, il ya lieu de mettre en place, ces coopérations, ces mutualisations et ces protocoles dans les six mois. Si, de nouveau, des retardements se constataient, il faudrait alors procéder à la fermeture en constatant l'échec des tentatives de coopération.

Christian CAHUT

Patrice LEGRAND

Dr Sylvain PICARD

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Mettre à profit le délai de trente mois supplémentaire accordé par la ministre de la santé et des affaires sociales pour mettre en place des solutions de longue durée.	ARS, Centre hospitalier de Die, centre hospitalier de Valence	Immédiat
2	Créer un hébergement hôtelier à Valence (studio équipé) pour accueillir les parturientes à terme et leur conjoint.	Centre hospitalier de Valence, Département de la Drôme	
3	Mettre en place une mutualisation d'une antenne SMUR et des urgences de l'hôpital de Die.	SAMU ; Centre hospitalier de la Drôme	Six mois
4	Mettre en place une convention spécifique entre le SDIS, le SAMU et le centre hospitalier de Die portant sur la mise en commun opérationnelle des moyens permettant d'assurer un départ de transports médicalisés d'urgence depuis Die.	SAMU ; SDIS ; Préfet de la Drôme ; Conseil général de la Drôme	Six mois
5	Si les capacités de l'hélicoptère du centre hospitalier de Valence qui dessert deux départements sont étendues au vol de nuit avec instruments, prévoir d'équiper l'hélicoptère de Die en conséquence.	Centre hospitalier de Valence; Centre hospitalier de Die ; ARS	
6	Faire procéder à l'étude de faisabilité et d'impact financier de l'installation et du fonctionnement d'un scanner au centre hospitalier de Die dont l'implantation est prévue au SROS de la région Rhône-Alpes. Placer cette entreprise dans le cadre d'une coopération hospitalière Crest, Die, Valence, placée sous l'égide de la communauté hospitalière de territoire.	ARS ; Communauté hospitalière de territoire ; centre hospitalier de Die	Six mois
7	Mettre en place les mesures qui confortent la sécurité de l'hôpital quelle que soit l'option retenue pour l'avenir de la maternité et la chirurgie. Se tenir prêt à faire face à toute occurrence en cas de suspension due à des événements inopinés.	ARS ; CHT ; CH DIE ; CH Valence	Six mois
8	Ne pas supprimer la prise en charge de la PDSA en nuit profonde dans le Haut-Diois, tant que des formules de substitution novatrices ne peuvent être mises en place.	ARS	
9	Assurer une animation territoriale de l'offre de soins du Diois soit autour d'un contrat local de santé soit autour d'un dispositif issu de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, soit des deux à la fois.	ARS ; établissements; représentants des médecins ; collectivités locales ; organismes locaux d'assurance maladie	Vingt mois

10	Etendre la communauté hospitalière de territoire qui regroupe les hôpitaux de Valence de Nord Drôme et de Crest au centre hospitalier de Die.	CH Die ; CHT ; ARS	Six mois
11	Etendre le fonctionnement réel de la fédération médicale inter établissement des urgences à l'hôpital de Die qui en fait déjà partie.	CH Die ; FMIH urgences	Immédiat
12	Créer une fédération médicale inter établissement Femme Enfant regroupant les hôpitaux de Valence, Crest et Die.	CH Die ; CH Valence;	Six mois

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La ministre

CAB POS – VB/MCA Mc D12-8309

Paris, le

10 DEC. 2012

La Ministre des affaires sociales
et de la Santé

à

Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection Générale
des Affaires Sociales (IGAS)

Objet : Mission d'évaluation sur la maternité de Dié.

Le centre hospitalier de DIE situé dans la Drôme, est un établissement en situation de très grande fragilité au regard du niveau de son activité et de ses difficultés à assurer une prise en charge respectant les conditions réglementaires en terme de sécurité et de qualité des soins.

L'activité du centre hospitalier de Dié est en effet très faible et inférieure aux seuils fixés par les décrets de périnatalité de 1998 qui conditionnent l'octroi d'une autorisation de maternité au respect d'un seuil de 300 accouchements par an. Le nombre d'accouchements ou de naissances fluctue autour de 120/140 par an. L'activité de chirurgie est également très faible avec une activité de 361 séjours chirurgicaux (GHMC) en 2011, largement inférieure aux préconisations faites par le conseil national de chirurgie.

La situation géographique particulière de cet établissement a pu justifier jusqu'à présent l'octroi de dérogations au titre des autorisations d'activité.

Le niveau d'activité ne permettant pas de financer l'activité court séjour de l'établissement, l'ARS subventionne le centre hospitalier à hauteur de 2,6 millions d'euros par an pour maintenir un niveau de trésorerie suffisant.

Malgré cette aide, la possibilité de maintenir une activité de maternité à partir de 2013 est en cause du fait du départ en retraite des deux seuls pédiatres du secteur. Le faible niveau des effectifs en chirurgie pose un véritable risque pour la couverture chirurgicale en maternité compte tenu de l'absence de compétences chirurgicales de l'obstétricien.

Dans ce cadre, la mission devra apporter son analyse sur :

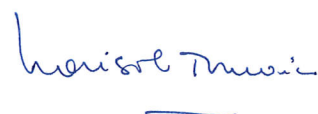
. les modalités d'organisation nécessaires et la faisabilité d'un projet visant à assurer la continuité des soins en pédiatrie, en gynécologie obstétrique, en chirurgie à Dié, à compter de 2013, en cas de maintien des activités de maternité et de chirurgie ;

. Les modalités d'organisation nécessaires pour garantir l'égalité d'accès aux soins aux populations du diois, pour l'accès aux soins urgents notamment pour les prises en charge obstétricales pédiatriques et chirurgicales, si il devenait inévitable de renoncer aux activités de maternité et de chirurgie sur ce site.

Pour réaliser votre mission vous pourrez vous appuyer sur les études réalisés par l'ARS Rhône-Alpes et sur les conclusions du rapport réalisé par le centre hospitalier de Valence portant sur les conditions de maintien d'une activité de maternité à Dié, dans le cadre du projet de CHT demandé par l'ARS.

Vous êtes invité à me transmettre vos conclusions avant le 22 décembre 2012 au plus tard pour permettre à l'ARS Rhône-Alpes sur les conclusions du rapport réalisé par le centre hospitalier de Valence portant sur les conditions de maintien d'une activité de maternité à Dié, dans le cadre du projet de CHT demandé par l'ARS.

Vous vous attacherez également à mesurer les incidences attenantes en termes d'accompagnement financier.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère des affaires sociales et de la santé

Cabinet de la ministre :

- M. Denis MORIN, directeur de cabinet de la ministre.
- M Vincent BEAUGRAND, conseiller chargé des soins de premier recours

Direction générale de l'offre de soins :

- Mme Deborah CVETOJEVIC, cheffe de bureau
- Mme Julie BARROIS, bureau SDR/R3

Région Rhône-Alpes

Agence régionale de santé :

- M. Christophe JACQUINET, directeur général
- M. Gilles de LACAUSSE, directeur général adjoint
- Mme Céline VIGNE, directrice de l'efficacité et de l'offre de soins
- Docteur Marie-France VERAN-PEYRET, médecin général de santé publique
- Docteur Géraldine JANODY, médecin général de santé publique
- Mme Catherine PALLIES-MARECHAL, déléguée départementale de la DRÔME, coordinatrice du territoire de santé Sud

Réseau régional de périnatalité de la région Rhône-Alpes, Réseau Aurore

- Professeur R.C. RUDIGOZ, président du réseau régional

Département de la DRÔME

Représentants de l'Etat :

- M. Guillaume THIRARD, sous-préfet de DIE

Elus :

- M. Didier GUILLAUME, Vice-président du Sénat, Président du conseil général de la DRÔME
- M. Philippe LEEUWENBERG, conseiller général
- M. Gérard SZOSTAK, Vice président de la communauté de communes de DIE
- M. Georges BERGINAT, maire de DIE, président du conseil de surveillance du centre hospitalier

- Comité de défense de la maternité de l'hôpital de DIE,
- M. Jean-Pierre RAMBAUD, président du comité de défense, ancien maire, ancien conseiller général

Médecins généralistes :

- Docteur Claude LEICHER, médecin généraliste dans la DRÔME, président de M. G. France

Centre hospitalier de VALENCE

- M. Jean-Pierre BERNARD, directeur du centre hospitalier de VALENCE, directeur par intérim du centre hospitalier de DIE
- Docteur Patrice FERNANDEZ, président de la commission médicale d'établissement
- Docteur Marie-Pierre FERNANDEZ, praticien hospitalier, cheffe du pôle Femme-Mère-Enfant
- Docteur Claude ZAMOUR, praticien hospitalier, cheffe du service urgences/SAMU/SMUR/UCSA
- Docteur Agnès JUVEN, praticien hospitalier, chef du service de pédiatrie

Centre hospitalier de DIE

- Mme Jocelyne MAILLEFAUD, représentante des usagers au conseil de surveillance du centre hospitalier de DIE, membre de l'association des familles rurales
- M. Paul BAFFERT, directeur adjoint du centre hospitalier de DIE
- Docteur Adib RACHIDI, praticien hospitalier, président de la commission médicale d'établissement
- Docteur Bassem NAKFOUR, praticien hospitalier, chef du service de gynécologie obstétrique
- Docteur Tajani EL IDRISSE, praticien hospitalier, chef du service des urgences
- Docteur Florence BEAUTE, praticien hospitalier, urgentiste
- Docteur Jean-Marie SILVE, anesthésiste-réanimateur contractuel à temps partiel
- Docteur Jean-Philippe MANCHARD, praticien contractuel à temps partiel, pédiatre
- Mme Betty VOTTA, directrice des soins infirmiers, médico-techniques et de réadaptation, directrice de la gestion des risques
- Madame Martine RACHIDI, responsable du bloc opératoire, IBODE
- Mme Anne-Sophie SIMONET sage-femme
- Mme Nadine BILLY, sage-femme
- Mme Marlène PAYAN, représentante FO du personnel
- Mme Christine BILLON, représentante FO du personnel

ANNEXE 1

FICHE ARS RHONE-ALPES :

PROJET DE MSP DE DIE

Mise à jour 30 avril 2013

MSP en projet
Fiche de présentation du projet

Localisation du site : Quartier de Chanqueyras à Die
Coordonnées du promoteur : Mairie de Die
Personnes contact : Dr léger : leger.jmichel@free.fr
Christian-jacques GAEL : cjgael@mairie-Die.fr (04 75 21 08 77)

Date dépôt du dossier à l'ARS :
Année d'ouverture prévue : 2015

Historique / Etat d'avancement :

2013

- Mars 2013 : réception du projet de santé finalisé à la DD-ARS

2012

- 12/12/2012 : réunion DT-ARS/mairie/professionnels de santé/Femasra

2011

- 21/11 : Transmission observations de la DT 26 sur le projet de santé au promoteur
- 05/10 : Réunion ARS – mairie – Dr Leger dans les locaux de la DT-ARS 26
- 02/08 : Transmission dossier à la DT-ARS 26

2010

- 27/10 : Passage du projet en comité régional de sélection "territoires ruraux", projet positionné en objectif 2011 après concertation départementale. Projet de santé n'est pas encore formalisé. Projet architectural en cours
- 02/04 : Contact par mail avec le Dr Leger qui commence une réflexion pour un projet de MSP sur Die. Envoi du questionnaire - En attente retour

Diagnostic territorial :

Situation géographique Territoire couvert par le projet : cantons de Die, Luc en Diois et Châtillon en Diois, soit les communes suivantes :

Aix en Diois, Barsac, Chamaloc, Die, Laval d'Aix, Marignac en Diois, Ponet et Saint Auban, Pontaix, Romeyer, Saint Andéol, Sainte Croix, Saint Julien en Quint, Vachères en Quint.

Aucelon, Barnave, La Batie des Fonds, Beaumont en Diois, Beaurières, Charens, Val Maravel, Jonchères, Lesches en Diois, Luc en Diois, Miscon, Montlaur en Diois, Pennes le Sec, Poyols, Les Près, Recoubeau Jansac, Valdrôme.

Boulc, Chatillon en Diois, Glandage, Lus la Croix Haute, Menglon, Saint Romain, Treschenu Crevers.

Population totale couverte : 10 416 habitants (source INSEE 1er janvier 2008)

Caractéristiques du territoire • Zonage pluri professionnel SROS : Zone fragile

- Zonage MK : 3. Intermédiaire
- Zonage IDE : 3. Intermédiaire
- Zonage Orthophonistes : 5. Sur dotée
- Zone ZRR, ZRU, ZFU, ZRU : reconnue ZRR
- Secteur fragile de PDS : oui
- Commune cible d'un pôle structurant : oui
- Situation Geosanté (URPS Médecins) : niveau 0

Spécialistes les plus proches :

Spécialiste	Distance (km)
Cardiologue	Livron sur Drôme (53 km)
Dermatologue	Die
Gastro-entérologue	Valence (65 km)
Gynécologue	Crest (37 km)
Oto-rhino-laryngologue	Valence (65 m)
Ophtalmologue	Crest (37 km)
Pédiatre	Serres (60 km)
Pneumologue	Valence (65 km)
Radiologue	Crest (37 km)
Rhumatologue	Valence (65 km)
Psychiatre	Die
Laboratoire d'Analyses médicales	Die
Orthodontiste	Livron sur Drôme (53 km)

Principales structures de soins les plus proches :

Structure de soins	Distance (km)
Service de médecine	Die
Service de chirurgie	Die
Service d'obstétrique	Die
Service de soins de suite	Die
Service de long séjour	Die
Maison de retraite	Die
Centre médico-psychologique	Die (CMP dans CH de Die)
Accueil des urgences	Die

Equipe pluri-professionnelle Professionnels de santé libéraux :

Catégorie prof.	Nom Prénom	N° ADELI
-----------------	------------	----------

MG	LEGER J.M.	
----	------------	--

MG	BUFFEL T.	
----	-----------	--

MG	VILLERABEL D.	
----	---------------	--

IDE	LANG Nathalie	
-----	---------------	--

IDE	ODDON Véronique	
-----	-----------------	--

IDE	GARY Anaïs	
-----	------------	--

IDE	CAYOL Chantal	
-----	---------------	--

IDE	LAGNEAU Nicole	
-----	----------------	--

IDE	LECLERC Mireille	
-----	------------------	--

IDE	VASSEUR Isabelle	
-----	------------------	--

MK	NEYRET Antoine	
----	----------------	--

MK	CURTET Catherine	
----	------------------	--

Podologue	GILLOT Pascal	
-----------	---------------	--

Orthophoniste GIARDINAT Pascale
 dentiste CATALA Christophe
 dentiste CLAIR Christian

Professionnels de santé salariés :
 Catégorie prof. Nom Prénom

Nombre total de professionnels de santé composant l'équipe de la MSP : 16 (sans les IDE à confirmer par le promoteur)
 Dont médecins généralistes : 3

Equipe administrative :
 Catégorie prof. Nom Prénom

Autres services assurés au sein de la MSP
 Statut juridique Association loi 1901 en cours de création

Projet de santé :

Organisation du travail entre les différents professionnels de la structure : Le projet de santé a été finalisé et transmis à l'ARS le 26 mars 2013. 13 professionnels de santé l'ont signé pour l'instant.
 Système d'information -Projet d'un dossier informatisé unique commun avec sécurisation des accès selon la profession
 -Logiciel de gestion et comptable pour chaque SCM

Actions de prévention

Prise en charge pluri-professionnelle et coordonnée - Réunions pluri professionnelles (une salle de réunion a été prévue à cet effet)

- réunions régulières pour débattre des difficultés de prise en charge d'un patient ou de l'évolution de son état de santé (ex patient diabétique)

- Réalisations de protocoles

Coordination des soins avec les autres acteurs de santé du territoire - mise en place de groupes d'analyse de pratique entre médecins de la MSP et médecins de la région

- mise en place de groupes interprofessionnels

- lieu de réunion pour travailler avec les secteurs sociaux

- mise en place de consultations de médecins spécialistes et d'autres professionnels de santé libéraux (ergothérapeutes, sages-femmes...)

Accès et continuité des soins - bâtiment conforme aux normes européennes pour l'accueil des personnes à mobilité réduite

- télétransmission et tiers payant

- ouverture du lundi au vendredi 8h -20 h

- secrétariat médical commun

- consultations non programmées

Permanence des soins La permanence des soins est assurée par les services d'urgence du CH de Die.

Accueil de stagiaires Accueil de stagiaires avec création d'un logement pour les étudiants stagiaires

Projet immobilier

Descriptif Construction d'un bâtiment de 535 m2

Promoteur Ville de Die/DAH

Budget L'opération est estimée à 1 500 000 € par DAH.

Plan de financement

NC

Situation du chantier immobilier En cours de construction : (oui / non)
(Si oui, indiquer date début des travaux et date fin prévue)

Observations Projet prioritaire pour l'ARS. Projet situé en zone fragile. C'est un axe du CLS de Die en cours d'élaboration.

Projet immobilier non finalisé : plan de financement non encore connu à ce jour
mise à jour de la fiche 30 avril 2013

ANNEXE 2

CONCLUSIONS DU COMITE TECHNIQUE RELATIF AUX PROBLEMATIQUES DE CONTINUITE ET D'ACCES AUX SOINS D'URGENCE DES POPULATIONS DU DIOIS

Recommandations

En conclusion, dans l'hypothèse d'une restructuration des activités, le centre hospitalier de Valence après consultation du comité technique émet les recommandations suivantes :

1. Hypothèse d'une antenne SMUR à Die : cette organisation ne semble pas justifiée au regard de la faiblesse de l'activité, du coût de mise en œuvre d'un tel dispositif et de la difficulté à s'appuyer sur des médecins locaux en nombre et en compétence.
2. Hypothèse d'un SMUR au départ de Valence : Dans cette hypothèse le handicap principal est lié au délai d'intervention. Le transport hélicoptéré réduit grandement ce délai (15 min au lieu de 1 h 15). Des aménagements sont à apporter pour élargir les conditions d'exploitation de l'hélicoptère.
3. Même si les limites d'utilisation de l'hélicoptère peuvent être réduites, elles ne seront jamais supprimées. Il demeurera toujours des conditions où le vol hélicoptéré restera impossible. Sauf avis contraire de l'obstétricien en régulation conjointe avec le 15, le patient relevant d'une urgence, notamment chirurgicale, sera conduit au service des urgences de Die où il sera stabilisé avant transport secondaire en SMUR vers un autre établissement.
4. Les parturientes à haut risque du diois sont déjà prises en charge au CHV. Une organisation personnalisée sera organisée dans le cadre d'une étroite collaboration entre professionnels de l'obstétrique du CHV et du CHD.
5. Dans l'hypothèse d'une restructuration des activités du CH de Die, il convient de ne pas interrompre les activités actuellement autorisées en période hivernale. Il est demandé qu'une date d'effet des restructurations soit arrêtée a minima 3 mois avant la mise en œuvre, et prévoir au plus tôt un démarrage au 1er avril 2013.
6. Il est demandé de ne pas entériner la cessation des activités chirurgicales avec la suppression de la PDSA en 2e partie de nuit dans le Haut Diois, perçue comme un risque aggravant la sécurité de la prise en charge en urgence. Les solutions étudiées sont des réponses de substitution par défaut et ne satisfont pas les médecins des CH de Die et de Valence. L'existence possible de correspondants SAMU sur ce secteur n'est pas établie.
7. Il sera nécessaire de renforcer le dépôt de sang du CH de Die.
8. Une astreinte de sage-femme devra être maintenue pour la gestion des urgences obstétricales et l'éventuel accompagnement en SMUR, avec formation préalable et minimale de 2 semaines au CH de Valence à l'échographie obstétricale en urgence et à la prise en charge en urgence.
9. Une HAD hospitalière avec sages-femmes devra être implantée sur le diois en l'absence de SF libérales (Ex : HAD hospitalière de Crest avec sage femmes de Die)
10. 4 ETP de sage-femme et 0,6 ETP PH de gynéco-obstétrique seront à maintenir sur le CH de Die, soit par recrutement direct, soit assurés et facturés par le CH de Valence.
11. Un dispositif de transmission en temps réel des dossiers des patients est à finaliser, notamment par l'intermédiaire de la plateforme SISRA.
12. Les SAMU périphériques devront être informés des organisations arrêtées.

Observations du Centre hospitalier de Die

Le centre hospitalier de Die complète les présentes conclusions des remarques suivantes :

1. Maintien des activités :

- avec renforcement par CHV en pédiatrie
- avec renforcement par CHV en chirurgie

dans le cadre de la CHT et du PMT (déclinaison CHV / CHD)

2. Restructuration :

Les préalables :

2.1. Création d'un SMUR au départ de Die

2.2. Réponse sur mesures de compensation et d'accompagnement :

- travaux urgences, imagerie médicale, consultations externes
- pharmacie, DIM, bureau des admissions

3. Engagements :

3.1. Dans tous les cas, le scanner prévu à Die au SROS (PRS) reste une nécessité prioritaire dans l'offre de soins

3.2. Quelles que soient les hypothèses retenues la question de l'âge des praticiens se posera

3.3. Dans tous les cas, les contraintes financières devront également être prises en considération.

14 novembre 2012

ANNEXE 3
LETTRE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES
SOCIALES ET DE LA SANTE AU PRESIDENT DU
CONSEIL GENERAL DE LA DROME

ANNEXE 4

LE PROJET MEDICAL DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE DE LA DROME-NORD ET CENTRE

Il existe de nombreux accords conventionnels entre l'hôpital de Die, l'hôpital de Valence et à moindre titre avec l'hôpital de Crest.

Ces accords vont du partage du temps du personnel médical commun jusqu' à la participation à une vacation sur le site du centre hospitalier de Die.

Cette variabilité des formules est parfaitement légitime au regard de la flexibilité des besoins même si naturellement elle crée une difficulté administrative pour suivre, sous toutes ses formes la gestion de ses prestations.

Il est dans la fonction même de l'hôpital de Valence d'assurer (et de bénéficier) de la coordination au niveau des hôpitaux et des structures du territoire de proximité.

Sous sa forme la plus aboutie, la coopération hospitalière prendra la forme de la communauté hospitalière du territoire Valence Crest ,Tournon, Saint-Marcellin, hôpitaux de Drôme nord, et aura vocation à faire vivre ,évoluer, mettre en cohérence et dynamiser l'ensemble des accords conventionnels qui se sont tissés entre les hôpitaux de la zone et le centre hospitalier de Valence, et en définitive plus particulièrement entre le centre hospitalier de Die non encore intégré à la communauté hospitalière du territoire et l'hôpital de référence.

Son projet médical a donné une consistance et une visibilité, par spécialité aux développements recherchés par la communauté hospitalière.

Les activités de médecine.

L'activité de médecine est en décroissance tout au long de la période sur l'hôpital de Die. Sur l'ensemble de l'activité médicale, seuls 10 % des séjours représentent des indices de sévérité 3 et 4 ce que c'est ce qui signifie que l'établissement prend en charge très peu de cas lourds.

Or la durée de séjour s'allonge (presque 10 jours en 2011) ce qui peut suggérer soit des prolongations indues, soit une mauvaise adéquation des pathologies accueillies en service de médecine.

Dans les activités médicales le projet médical insiste pour que les établissements périphériques s'investissent dans la prise en charge de l'endocrinologie-diabétologie

Le projet est de promouvoir la création d'une plateforme de coordination de l'éducation thérapeutique porté par le Collectif Sud. Ainsi, il a été décidé de mieux organiser le parcours de soins du patient diabétique et la prise en charge du diabète gestationnel et à cette fin d'améliorer le parcours de soins du patient diabétique entre les CH de Valence et de Crest, Die et l'HAD

Il est cependant souligné que les projets d'éducation thérapeutique sont dépendants d'une reconnaissance institutionnelle et d'un financement par MIG. Les activités multi-établissements supposent la création de postes partagés et le recrutement de médecins spécialistes.

Dans le champ de la gériatrie les axes de projets s'inscrivent dans la constitution de deux filières gérontologiques, l'une à partir du CH de Valence avec un prolongement vallée de la Drôme, Crest-Die, et l'autre à partir des Hôpitaux Drôme Nord avec un prolongement de Tournon à Saint-Marcellin.

En neurologie avec l'ouverture sur le site de Valence le 23 avril 2007 d'une unité neurovasculaire de 8 lits dont 4 de soins intensifs (USINV), le paysage a été amené à se recomposer sur le territoire Sud.

Le projet a donc vocation à offrir une visibilité supplémentaire à la filière de territoire et contribuer à structurer la prise en charge urgente et programmée en neurologie conformément à la circulaire du 6 mars 2012:

Dans ce cadre il importe de poursuivre les consultations avancées au CH de Crest et de Die par les neurologues du CHV et au CH de St-Marcellin par ceux des HDN. En complément, il faut organiser la prise en charge dans la phase post-aiguë en lien avec les SSR et dans le cadre d'une structuration de l'aval, créer un partenariat avec les hôpitaux de proximité afin d'assurer le relais de la prise en charge neurologique

En onco-hématologie, conformément au SROS cancérologique, l'objectif bien évidemment est de garantir une offre de recours accessible et le maintien d'une offre de proximité pour la chimiothérapie sur les CH de Crest, Die et St Marcellin en tant que sites associés. A ce titre une convention entre les CH de Crest, de Die et le CHV est en cours de mise en place.

La réanimation – surveillance continue – coordination des prélèvements et greffes a fait l'objet de réflexions dans le projet médical de la communauté, mais les praticiens ont fait le constat que l'équipe médicale actuelle ne permet pas, même basée sur le volontariat, de faire fonctionner la FMIH et notamment la permanence des soins en surveillance continue aux HDN.

Urgences - SAMU – SMUR

Des services d'urgence sont implantés aux CH de Valence, Romans, Saint-Vallier, Crest, et Die avec lits d'hospitalisation de courte durée ; le CHV et les HDN sont détenteurs d'une antenne SMUR. Le CH de Valence est siège du SAMU 26 et dispose d'un accès dédié à la pédiatrie et à la gynécologie-obstétrique. Le CH de St-Marcellin offre des consultations non programmées en journée dans le cadre d'un GCS avec les HDN. Les services d'urgence des CH de Crest et Die sont organisés en partenariat avec le CHV via une FMIH.

Le nombre de premiers passages est en constante augmentation, et ce, malgré le déploiement de maisons médicales de garde sur les sites de Valence, Romans et St-Vallier.

La FMIH est au centre des solutions à mettre en œuvre pour éviter l'asphyxie du système. Il s'agira d'anticiper la diminution attendue du nombre des médecins libéraux dans l'est du département et la réorganisation prévisible de la Permanence Des Soins Ambulatoires. L'élargissement des secteurs de garde des médecins libéraux est susceptible d'augmenter les passages aux urgences. Le cahier des charges régional de la PDSA a proposé et décliné pour le département de la Drôme plusieurs mesures : créer des postes et un rôle de « médecins volants » pour les visites incompressibles ; Renforcer les plages de régulation de la permanence des soins au SAMU centre 15 ; organiser le recrutement, et la formation des médecins correspondants du SAMU pour une prise en charge de proximité, anticipée, de l'Aide Médicale Urgente.

Il importe aussi de s'adapter aux modifications de la PDSES, et aux éventuels regroupements de gardes ou d'astreintes en dimensionnant les transports médicalisés ou ambulanciers, et en modélisant les modifications de flux de patients. Enfin, il faut anticiper la fermeture éventuelle d'activités nécessitant des interventions dans des délais courts (obstétrique, certaines chirurgies). Un des objectifs de la réflexion à mener au sein de la fédération sera de trancher sur l'intérêt d'une création d'une ligne de SMUR secondaire bi-départementale qui pourrait être armée par les praticiens des 2 établissements et d'engager une réflexion autour d'un élargissement des vols hélicoptères sur les périodes de nuit en fonction de la saison.

Une série d'obstacles seront à surmonter dont la réorganisation de la permanence des soins ambulatoires et l'impact des postes avancés : Fédérations Crest-Die pour Valence et St Marcellin,/St Vallier pour Romans qui peuvent mettre en difficulté les équipes en terme qualitatif et quantitatif.

Les activités de chirurgie

S'agissant de la chirurgie à l'heure actuelle de simples conventions de coopération ont été passées pour prévoir le détachement de praticiens sur le centre hospitalier de Die pour l'orthopédie, la pneumologie, l'O.R.L. et la gastro-entérologie.

Il s'agit de mise à disposition de praticiens hospitaliers pour une demi-journée hebdomadaire avec remboursement des frais de déplacement et des heures effectuées

Que ce soit le centre hospitalier de Die ou Crest ces deux établissements resteront dépendants du centre hospitalier de Valence pour leur activité chirurgicale.

Chirurgie ambulatoire, Chirurgie gynécologique chirurgie infantile, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale Ces activités chirurgicales n'intéressent pas nécessairement l'hôpital de Die. L'organisation des sur spécialités qui était un des propos importants de ce projet médical de la communauté hospitalière de territoire, n'implique pas le centre hospitalier de Die

En chirurgie, les études statistiques ont montré que les fuites de clientèle hors du bassin sont assez faibles et concernent essentiellement des activités de recours à destination des CHU.

Les activités de périnatalité

Le bassin de santé comporte quatre maternités : 2 de niveau 1 (Hôpitaux Privés Drôme Ardèche, CH de Die), 1 de niveau 2A avec néonatalogie (Hôpitaux Drôme Nord) et 1 de niveau 2B avec soins intensifs néonataux (CH de Valence), et un centre périnatal de proximité (CH de Tournon).

Selon les travaux préparatoires du SROS 4, la maternité du CH de Die devrait être transformée en centre périnatal fin 2012 ; les autres maternités devant conserver leur place sur le bassin.

C'est autour de la prise en charge des grossesses pathologiques que se sont focalisées les démarches de coopération afin d'offrir une réelle compétence dans ce domaine et favoriser le maintien de l'activité de cytogénétique.

Les gynécologues-obstétriciens du CHV et des HDN proposent d'organiser une filière de soins en obstétrique avec repérage précoce des grossesses à risque, prise en charge pluridisciplinaire, mise en place d'un suivi conjoint et amélioration des délais de réponse aux avis spécialisés demandés par les médecins libéraux et les praticiens des CH de Crest, Die et Tournon, ce qui concrètement se traduit par la réservation de plages de consultations pour les grossesses à risque et avis de 2ème intention demandés par les médecins extérieurs.

L'incertitude quant au devenir de certaines maternités sur le territoire quant à leur taille leur rénovation ou les règles qui seront applicables en fonction des activités constatées.

En néo natalogie, les deux services ont une activité soutenue, mais sont confrontés à des taux de fuite (14 %), liés en partie à l'organisation des transferts néonataux, assurés par les médecins urgentistes du CHV. Ceux de Romans et Die étant coordonnés par la cellule régionale, les nouveau-nés sont le plus souvent transférés directement vers les CHU.

Les activités médico-techniques et de santé publique sont aussi un axe du projet médical de la communauté.

Le laboratoire de cytogénétique du CHV est le seul autorisé sur le territoire de santé. Il réalise des activités de cytogénétique, y compris moléculaire.

Le maintien de l'activité de cytogénétique sur le territoire Sud est un élément incontournable pour développer le diagnostic anténatal et identifier le CHV comme pôle ressource de proximité en coopération avec les Centres pluridisciplinaires de diagnostic anténatal de Lyon et Grenoble, les gynécologues-obstétriciens libéraux et les maternités de niveau 1 et 2 du territoire.

L'équipe inter hospitalière d'hémovigilance a été créée en 1995, entre les CH de Valence, Romans, Privas, Crest et Die. Elle a intégré progressivement les CH de Tournon, St-Marcellin, St-Vallier et Montélimar. Elle est portée par un médecin biologiste du CH de Valence, très impliqué, assisté de deux infirmiers et d'une secrétaire, dans le cadre d'un exercice à mi-temps. Initialement financée en dotation, puis en mission d'intérêt général, son maintien est désormais assuré par un cofinancement des membres.

Ses missions sont centrées sur : La veille réglementaire mais aussi l'hémovigilance au quotidien, la création et l'actualisation de procédures, traçabilité des dépôts de sang, gestion des fiches d'évènements indésirables, suivi transfusionnel et de la sérothèque.

La veille réglementaire et la formation en hémovigilance se prêtent bien à cette mutualisation de moyens au service de la sécurité des patients.

L'objectif du projet médical sera avant tout de pérenniser le travail accompli.

Le service d'hygiène et d'épidémiologie du CH de Valence a été créé en 1994 pour coordonner la lutte contre les infections nosocomiales au sein de 6 établissements de santé publics en Drôme et Ardèche. Les CH d'Annonay, les Hôpitaux Drôme Nord et le CH de Privas disposent désormais de leurs propres équipes opérationnelles d'hygiène (EOH). Il a établi des collaborations avec de nombreuses structures de santé publiques et privées, dont les CH de Crest, Die et Saint-Marcellin.

Le CH de Crest dispose d'un service d'imagerie dans lequel interviennent un radiologue libéral et des Radiologues du CH de Valence. En dehors des plages programmées, le CHV prend le relais via la télé-imagerie opérationnelle depuis fin 2011, ainsi que pour le CH de Die.

Il s'agit de maintenir sur le territoire un accès à une imagerie médicale moderne, de qualité, et d'éviter les retards pouvant constituer une perte de chance pour les patients hospitalisés ou non dont l'état de santé le nécessite. Il convient d'étudier des modalités d'organisation de télé-imagerie entre le CHV et les autres établissements partenaires du projet et consolider l'organisation existante avec les CH de Crest et Die

Pour y parvenir faut relever le défi résultant de la conjonction d'une démographie médicale tendue et des difficultés intrinsèques de la gestion de temps en matière d'interprétation de d'imagerie conventionnelle (obligatoire mais chronophage).

Les CH Valence, Hôpitaux Drôme Nord et CH Crest-Die (temps partagé) disposent chacun d'un service opérationnel de l'information médicale. Il existe une convention entre les quatre établissements cosignée entre le CHV et les HDN, et entre le CHV et le CH de Crest, par les directeurs et les présidents de CME permettant aux médecins responsables des services d'échanger de l'information médicalisée anonymisée pour l'analyse de l'activité des structures

Pour les chimiothérapies, les PUI sont tributaires de l'activité de cancérologie et de sa répartition sur le territoire.

En termes d'effectifs, l'activité de préparation des chimiothérapies au CHV et aux HDN est saturée, mais il est nécessaire de savoir quelle sera l'évolution des séances de chimiothérapie sur le territoire, avant de penser à développer l'activité de préparation (conventions avec CH Crest, Die).

Les activités d'hospitalisation à domicile

Le service d'HAD polyvalent a ouvert en juillet 2004 avec une capacité de 6 places sur les cantons de Crest Nord et Crest Sud. Sa zone géographique d'intervention s'est rapidement étendue, depuis octobre 2005, sur le secteur valentinois.

En 2009, trois antennes ont été autorisées :

une antenne à Valence avec la création d'une pharmacie à usage intérieur, une antenne sur le centre Hospitalier du Cheylard, une antenne au Centre Hospitalier de Die pour la zone de soins de proximité n° 12 de Die qui concerne Die et les communes aux alentours.

Soins palliatifs, nutrition entérale, soins de nursing lourds, pansements complexes et nutrition parentérale sont les principaux motifs de prise en charge en HAD. L'année 2011 a été également marquée par le développement d'une activité d'HAD en obstétrique (surveillance de grossesses à risques) et sur le post partum pathologique.

ANNEXE 5

**NOTE DU DOCTEUR NICOLAS LETELLIER
PRESIDENT DE L'ASSOCIATION DE
UTILISATEURS D'HELICOPTERES SANITAIRES
RELATIVE A L'AUGMENTATION DU TEMPS
D'UTILISATION DES HELICOPTERES SANITAIRES**

ANNEXE 6
LETTRE DU PROFESSEUR RUDIGOZ,
PRESIDENT DU RESEAU REGIONAL AURORE

ANNEXE 7
CONCLUSIONS DU CONSEIL NATIONAL DE
CHIRURGIE (MARS 2006) CONCERNANT LA
CHIRURGIE DU CENTRE HOSPITALIER DE DIE

ANNEXE 8
ANNEXE TERRITORIALE OPPOSABLE DU
TERRITOIRE DE SANTE SUD DU SROS
HOSPITALIER DE LA REGION RHONE-ALPES

ANNEXE 9
ARRETE N° 2012-5215 DU 3 DECEMBRE 2012
RENOUVELANT L'AUTORISATION DE GYNECO-
OBSTETRIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE
DIE, SUITE A INJONCTION.

SIGLES UTILISES

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de la santé
CH	Centre hospitalier
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CPP	Centre périnatal de proximité
CROS	Comité régional de l'organisation des soins
CSOS	Commission spécialisée de l'offre de soins
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
FMIH	Fédération médicale inter-hospitalière
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
SAU	Service d'accueil d'urgences
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional de l'organisation des soins
UHTCD	Unité d'hospitalisation de très courte durée

