

*« Faire évoluer le système de santé
sur la Vallée de la Drôme »*

Marc Bremond et Alain Gaillard

Rapport final de mission adressé à Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Le 4 mai 2009

Sommaire

Lettre à Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.....	3
Introduction	5
1 Diagnostic de la situation.....	6
1.1 La première ligne.....	7
1.2 L'articulation entre secteurs sanitaire, social et médico-social.....	8
1.3 La grossesse et la naissance.....	10
1.4 La deuxième ligne.....	11
2 - Faire évoluer la situation	15
2.1 Dans le champ de la première ligne et de son articulation avec l'organisation du médicosocial	15
2.2 Dans le champ de la deuxième ligne et de la maternité.....	18
2.3 Construction d'un cadre d'interprétation et analyse des propositions.....	20
2.4 Les scénarios d'une mise en mouvement	25
En conclusion.....	31
Annexes	32
Annexe 1 : Première note d'étape.....	33
Annexe 2 : Synthèse des travaux groupe 1	45
Annexe 3: Synthèse des travaux groupe 2.....	85
Annexe 4 : Synthèse des travaux groupe 3	96
Annexe 5: Synthèse des travaux groupe 4.....	105

Lettre à Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Monsieur le Directeur de l'ARH,

Vous nous avez chargés d'une mission concernant l'accompagnement de l'élaboration d'un projet de santé de territoire sur le Pays Diois en concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

Nous avons conduit cette mission entre décembre 2008 et avril 2009 en suivant un cadre méthodologique que nous vous avons soumis et qui a été validé par le comité de pilotage du projet lors de sa deuxième séance. Le comité de pilotage ayant, lors de cette séance, décidé de structurer la réflexion sur le projet de santé de territoire autour de quatre thèmes de réflexion, ce sont donc quatre groupes de travail qui se sont mis en place localement pour élaborer étape par étape des propositions d'évolution du système de santé de proximité. Le comité de pilotage a, par ailleurs, désigné en son sein des référents sur chacun des thèmes, pour amorcer la dynamique de constitution des groupes et superviser, en quelque sorte, le bon déroulement du processus de concertation.

Au total plus d'une vingtaine de réunions ont été tenues entre janvier et avril sur l'ensemble des quatre thèmes retenus, démontrant par là même l'importance que les citoyens du Pays Diois accordent aux réflexions sur le système de santé. Par ailleurs des forums citoyens réunis à l'initiative des acteurs politiques locaux ont permis d'organiser un débat public sur les travaux menés au sein du comité de pilotage et au sein des groupes de travail.

L'investissement des acteurs locaux dans la conception de propositions visant à faire évoluer le système de santé en Pays Diois a été bien réel, et les documents fournis en annexe révèlent cette dynamique communautaire. Nous nous sommes félicités au sein du comité de pilotage de cette dynamique.

Au fur et à mesure que nous avançons dans notre mission et que nous nous penchons sur les travaux des groupes, nous avons eu le sentiment que le bassin de vie de Die ne pouvait à lui seul être un cadre géographique adapté pour penser la construction d'un projet de santé de territoire articulant de façon efficiente l'ensemble des forces vives du Pays. Bien que son étendue soit grande, ce pays ne compte guère plus de 12 000 habitants, ce qui constitue assez rapidement un obstacle au raisonnement lorsqu'on cherche à articuler les critères de proximité, d'efficience, d'attractivité et de sécurité.

Nous avons également pris progressivement conscience que la distance séparant les sources de la Drôme de la commune de Livron qui constitue la limite Ouest de ce qu'on nomme la Vallée de la Drôme était importante repoussant l'accès au Pays Valentinois à plus d'une heure trente de trajet.

Notre conviction profonde à l'issue de cette mission et dont vous verrez la traduction dans ce document est qu'il n'est plus désormais possible de penser l'organisation d'un système de santé de proximité autrement que sur la Vallée de la Drôme.

Dès lors nous avons pris le parti de faire apparaître les différentes possibilités de reconfigurer l'organisation de l'offre de santé sur la vallée de la Drôme sous forme de scénarios puisque le cadre de notre mission se limitait à faire des propositions sur le seul Pays Diois et que nous n'avions pas de mandat pour élargir notre champ de réflexion. Ces scénarios s'appuient sur différentes hypothèses dont naturellement celle de l'intensité du processus de coopération qui pourrait s'instaurer entre les différentes communautés situées sur l'arrondissement de Die notamment leurs professionnels de santé et leurs élus.

Cette hypothèse d'une coopération étroite entre les bassins de vie de Die et de Crest, formulée il y a plus de dix ans déjà, s'est volatilisée immédiatement parce qu'elle semblait devoir remettre puissamment en question, à l'époque, les positions identitaires adoptées de part et d'autre.

On le comprend, la question de l'organisation d'une offre de santé de deuxième ligne efficiente, de proximité et attractive, en lien étroit avec une première ligne réorganisée attentive à se coordonner avec le champ du médicosocial, ne peut se traiter que sur des volumes de population suffisants. L'équilibre entre une logique de planification de l'offre de soins visant un accès égal de tous à des soins de qualité et une logique d'efficience sanitaire visant le respect de règles déterminées en grande partie par l'évolution des connaissances scientifiques, ne peut être atteint sans une véritable négociation entre les parties prenantes.

En vous remerciant de nous avoir fait l'honneur et la confiance de cette mission, nous espérons que ce document pourra s'intégrer comme une contribution significative visant le dénouement d'une situation historiquement complexe.

Marc Bremond

Alain Gaillard

Introduction

Le comité de pilotage, lors de sa deuxième séance de travail, a adopté le cadre méthodologique qui lui était proposé (cf Annexe 1). Il a notamment validé la formation de groupes de travail, élaboré un calendrier des rencontres de ces groupes de travail compatible avec une production suffisamment élaborée pour permettre de progresser d'un diagnostic de la situation initiale vers des propositions de plan d'actions. Il a également souhaité que les travaux de chacun des groupes lui soient présentés lors des réunions du comité de pilotage, ce qui impliquait la présence de rapporteurs. Il a enfin retenu parmi les thèmes de réflexion qui lui étaient proposés quatre axes : Sécurité, accessibilité, dispositif de santé de 1^{ère} ligne ; sécurité, accessibilité, dispositif de santé de 2^{ème} ligne; grossesse et naissance en pays Diois ; articulation entre secteur sanitaire, social et médico-social. La constitution des quatre groupes chargés de travailler sur ces thèmes s'est faite sous la responsabilité, pour chacun d'entre eux, d'un référent membre du comité de pilotage.

Plus de soixante-dix personnes se sont impliquées dans ces travaux de groupes et ont investi très sérieusement cette dynamique de réflexion (cf. annexes 2, 3, 4, 5).

A chaque étape de la progression de la réflexion, un document a été produit, qui parfois a été réajusté lors des étapes suivantes. Le comité de pilotage a pris connaissance de l'ensemble de ces travaux rapportés en séance.

Le présent document est donc organisé en fonction des différentes étapes qui ont été façonnées initialement. Nous l'avons construit autour de deux parties : L'une qui concerne le diagnostic de la situation et l'autre qui traite des pistes de changement pour faire évoluer la situation.

1 Diagnostic de la situation

Historiquement, la dynamique de planification sanitaire depuis 1970 s'est principalement centrée sur les activités de soins mobilisant des compétences médicales spécialisées dans un environnement hospitalier public ou privée renforçant par là même la visibilité et l'attractivité aux yeux de la population d'une offre de soins de deuxième recours. La question de l'organisation planifiée des dispositifs de santé de première ligne et de leurs liens avec les établissements de santé est restée en jachère parce qu'elle semblait devoir relever d'une organisation « libérale et concurrentielle » pouvant échapper ainsi à l'emprise d'une régulation administrée. De ce fait, il est apparu progressivement un fossé entre d'un côté une médecine organisée autour d'établissements de santé et de l'autre une médecine de ville dispersée principalement de premier recours et libérale mais présentant par ailleurs une certaine flexibilité d'adaptation face à l'évolution de la demande de soins.

Aujourd'hui, l'ambition affichée des pouvoirs publics est de mettre en œuvre, notamment dans les zones qui semblent avoir souffert depuis quelques années d'un désinvestissement de la médecine de ville libérale, un projet de santé visant la réorganisation des dispositifs de santé de première ligne en lien avec ceux de la deuxième ligne en y intégrant l'offre de prise en charge des personnes en perte d'autonomie relevant du champ médicosocial.

Si les territoires sanitaires ont d'abord été pensés pour structurer la répartition de l'offre de deuxième recours et notamment autour d'un établissement de santé pivot, ils ne peuvent servir parfois de cadre à une réflexion plus en profondeur sur l'organisation de la première ligne et son articulation avec l'offre hospitalière. Il faut affiner le découpage et se tourner vers un territoire plus réduit, le « bassin de vie » voir le « pays » au sens de la LOAD(D)T (Loi d'Orientation pour l'Aménagement et le Développement (Durable) du Territoire) dite loi « Voynet ». En pratique, le Pays Diois, d'un point de vue sanitaire est une Zone de Soins de Proximité et une Zone de Revitalisation Rurale (ZRR)

Amalgamer le bassin de vie et le « pays » c'est en quelque sorte rapprocher une approche politique et une approche populationnelle. L'approche populationnelle consiste à identifier les modes de consommation courante de la population et l'approche politique consiste à identifier ce qui peut faire l'unité en termes d'actions et de projet d'une communauté caractérisée par une «cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale » ; un espace d'action collectif en quelque sorte.

Le diagnostic proposé et les propositions qui en découlent sont donc le fruit d'une réflexion locale, modulée par l'analyse que nous en avons faite.

1.1 La première ligne

La population totale du bassin de vie de Die est estimée à 12315 habitants. Les chiffres actuels en matière d'offre de soins de premier recours que ce soit en médecins généralistes, en infirmiers libéraux, en kinésithérapeutes, en dentistes, en orthophonistes place le Pays Diois au niveau des moyennes du département voir parfois plus. On compte actuellement 11 généralistes en activité, ils sont pour une bonne partie d'entre eux dans les dix dernières années de leur vie professionnelle. S'il semble dans son ensemble que la population du Diois soit satisfaite de son corps médical, l'offre de premier recours est toutefois insuffisamment coordonnée, notamment en ce qui concerne la permanence des soins et la continuité des soins. Les médecins libéraux du Diois n'ont pu s'organiser au cours du temps pour garantir à la population un recours aux soins non programmés et une coordination des soins qui puissent s'affranchir assez aisément de l'absence de tel ou tel d'entre eux. Certaines tentatives ont été menées au cours du temps pour donner une plus grande lisibilité à l'offre médicale, mais sans lendemain. Toutefois la permanence des soins a été assurée sur le Diois jusqu'à la fin 2007 et sur le Haut Diois jusqu'au début de l'année 2009, mais les conditions de rémunération forfaitaire ne semblaient pas adaptées à la faiblesse relative du nombre d'actes.

Cette organisation de la médecine libérale contraste avec celle des infirmiers libéraux qui se sont fédérés principalement autour de deux cabinets de groupe qui assurent une véritable continuité et permanence des soins à la population du Diois et des environs puisque l'organisation interne de ces cabinets les a conduits à pouvoir structurer la substitution des uns par les autres dans n'importe quelles circonstances.

Il existe donc aujourd'hui un décalage entre l'organisation de l'offre de soins infirmiers et celle de l'offre médicale.

Ce qui par ailleurs semble notable sur ces deux groupes professionnels qui interviennent sur le Diois c'est la faiblesse relative de la production moyenne d'actes par médecin ou infirmier en activité (la raison tient semble-t-il au fait que la gestion du temps de travail obéit à des logiques propres (notamment l'étendue du territoire) et que la demande de santé ne s'inscrit pas forcément dans un schéma classique (cf la présence de plus de quarante-cinq thérapeutes en offre de santé « alternative »). Il est intéressant de noter que taux de conventionnement en secteur 1 sur le Pays Diois est plus bas que la moyenne départementale.

En ce qui concerne la permanence des soins elle est assurée également par les pharmacies au nombre de quatre sur le Pays.

Quant aux kinésithérapeutes les statistiques en recensent 13 sur le bassin de vie ; ils n'assurent pas de permanence des soins. Les dentistes sont au nombre de 6.

Ce qui caractérise cette offre de premier recours et qui est souligné par le groupe de travail c'est un mode d'organisation qui ne met pas suffisamment en avant la concertation, la fédération des moyens humains et techniques en vue de rendre plus transparente et accessible à tous cette offre de soins mais également dans la perspective de mener un projet de prise en charge du patient cohérent et des politiques de prévention et d'éducation pour la santé. La trace la plus visible de ce manque de concertation est l'absence aujourd'hui d'une permanence des soins en ville (qui peut se justifier aussi d'une façon administrative) qui pousse la population à se rendre au service d'urgence de l'hôpital de manière inhabituelle comme s'il s'agissait d'un lieu de consultation médicale classique. Par ailleurs, de façon hautement prévisible, en ce qui concerne les médecins généralistes, leur succession n'est pas assurée sur le Pays, ni véritablement anticipée jusqu'alors.

Il apparaît enfin que sur certains aspects l'articulation entre la première ligne et l'offre de service de prise en charge des personnes à leur domicile donne sa pleine mesure (cf. SSIAD de l'Hôpital de Die qui associe clairement infirmier libéraux et aides soignants hospitaliers) mais parfois peut s'avérer plus problématique comme l'articulation entre la médecine de ville et les soins palliatifs.

1.2 L'articulation entre secteurs sanitaire, social et médico-social

En pays Diois en ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, le groupe de travail souligne positivement l'existence de nombreux partenaires qui semblent toutefois insuffisamment coordonnés. Entre les établissements d'accueil (EHPAD de Die, foyers logements à Luc en Diois, Châtillon, Marniac), les dispositifs d'intervention à domicile et les relais d'informations (SSIAD, HAD, Équipe Mobile de Soins Palliatifs, ADES, CCAS, CLIC, associations

de bénévoles¹) l'offre de prise en charge apparaît, au premier regard, comme étant suffisante et bien articulée, avec les initiatives départementales. Toutefois, il semble, aux dires du groupe que les formes de coordination et d'articulation entre tous ces partenaires posent problème, non seulement du fait de leur nombre mais également du fait d'une absence de légitimité reconnue à tel ou tel d'entre eux pour assurer un pilotage coordonné. Le CLIC du pays Diois a par exemple tenté de poser les bases d'un schéma d'articulation autour du retour à domicile ces dernières années sans pouvoir aboutir, du fait de l'insuffisante implication des professions libérales. Une autre difficulté est soulignée autour de la question de la prévention permettant de repérer les sujets à risque, plutôt que d'intervenir parfois dans l'urgence. Enfin il est regretté l'absence de familles d'accueil sur le pays.

Concernant les personnes handicapées adultes, des établissements spécialisés dans le handicap mental de l'adulte existent (Foyer occupationnel, ESAT de Recoubeau et SAVS). Il n'existe pas d'établissement en charge du handicap physique lourd sur le Diois et des projets sont en cours autour des personnes vieillissantes porteuses d'un handicap. Pour le handicap de l'enfance, une CLIS existe qui accueille des enfants avec retard de langage sans déficience intellectuelle. Le reste de l'offre de service se situe en dehors du Pays Diois (IME IMP à Aouste). Le groupe note l'absence sur site d'Unité Pédagogique d'Intégration, de Service d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile.

Enfin, autour des conduites addictives, de la précarité, et de la prévention du suicide il existe sur Die une véritable dynamique de travail collective associant l'Hôpital (La PASS - Permanence d'Accès aux Soins de Santé depuis 2002), l'accueil de jour géré par le CCAS, le CMS, le CMP de Crest, le CHS du Valmont, la Mission locale, la PJJ, l'ESCDD. Ce qui semble faire consensus également au sein du groupe c'est la difficulté de ne pouvoir s'appuyer sur des compétences en santé mentale, notamment l'absence d'une psychiatrie publique sur le Pays. Ce constat est malgré tout modulé par la présence de psychologues sur l'hôpital.

Il est enfin remarquable de noter que le groupe situe ses raisonnements, en termes d'organisation des prises en charges, en mettant en avant la complémentarité des ressources sur un territoire qui dépasse le cadre du pays Diois en y intégrant les offres positionnés sur le pays Crestois (HAD, IME, EMSP, etc.).

La dynamique de maillage qui s'est instaurée entre les deux pays constitue une approche assez éclairante d'un partage de ressources malgré les difficultés soulignées pour constituer une vision globale et cohérente de l'ensemble des filières de prise en charge.

¹ Cf Détail des termes dans les rapports des groupes de travail

1.3 La grossesse et la naissance

La Maternité de Die a pratiqué en 2008, 145 accouchements pour 7 lits installés. Pour la moitié d'entre eux, il concerne des femmes domiciliées sur le Pays Diois et pour 50% des femmes domiciliées sur le bassin de vie de Crest. Le suivi des femmes enceintes qui vont accoucher à Die est assuré localement. La Maternité prend en charge l'échographie du début de grossesse, l'hospitalisation en cas de difficultés lors de la grossesse. Les Interruptions Volontaires de Grossesse sont pratiquées à l'hôpital et une unité AFED est en place. Elle peut également servir de recours pour les accouchements à domicile (évalués à une quinzaine par le groupe de travail) garantissant par là même une sécurité d'arrière-plan au dire du groupe de travail. La Maternité assure les suites de couches.

L'organisation actuelle de la Maternité repose sur un gynécologue à temps partiel, qui exerce également sur le Centre Périnatal de Crest et en cabinet libéral à Romans et qui est relayé par des gynécologues obstétriciens remplaçants contractuels qui assurent le roulement des astreintes. 4 sages femmes assurent le fonctionnement quotidien du service (3,4 ETP) ainsi que 8 aides soignantes et auxiliaires de puériculture (6,9 ETP). Un pédiatre est présent une fois par semaine. Le recours aux psychologues de l'hôpital est également possible. La Maternité est en lien avec la cellule de transfert des cas difficiles basée aux Hospices Civils de Lyon (réseau Aurore). Cette organisation est complétée par une présence chirurgicale (assurée aujourd'hui par un chirurgien temps plein, relayé par un temps partiel du CH de Valence et d'une présence d'anesthésistes contractuels sur emplois permanents assurant des roulements en garde sur place – pour la maternité, la chirurgie, les urgences).

Le groupe de travail a souligné le taux de satisfaction élevé de la clientèle de la Maternité et simultanément les mécontentements liés au transfert sur la Maternité de Valence, ou autres. Il a également mis en valeur la qualité des prises en charge à dimension humaine et la très bonne gestion des risques par l'équipe professionnelle relevées dans les rapports.

Les temps de trajet entre certaines communes limitrophes du Pays Diois et la Maternité de Die peuvent aller jusqu'à une heure. Toutefois, pour les femmes du Pays Diois qui ont accouché à la Maternité de Die en 2008, la majorité (en dehors de Die) était domiciliée sur Luc et Châtillon soit un temps moyen de 30 minutes. Le cas de la Chapelle-en-Vercors est à part puisque l'accès à la maternité de Romans s'est ré-ouvert fin 2008. Il faut noter également que le temps moyen d'accès pour les femmes domiciliées sur le bassin de vie de Crest est de plus de trente minutes.

Les deux critères, d'une part du temps d'accès à la maternité de Die et d'autre part de la qualité d'une prise en charge à dimension humaine, constituent le point d'appui du raisonnement du groupe de travail. L'éloignement de la Maternité de Valence et les craintes des Dioises d'avoir recours à « une usine » sont avancées comme des éléments qui contribueraient à renforcer les risques.

Ce dont il n'a pas été question au sein du groupe ce sont les difficultés posées par le recrutement de professionnels de santé que ce soit en gynécologie obstétrique, en chirurgie, en anesthésie investissant de façon pérenne la dynamique de l'établissement compte tenu des faibles niveaux d'activité, liés en grande partie à la faible densité de population sur le bassin de vie mais également à la faible attractivité de l'établissement en-dehors du pays Diois.

L'activité de cette Maternité lue au travers des statistiques pose quelques questions dont celle notamment de la sécurité de l'enfant à la naissance après césarienne (20% du nombre d'accouchement en 2008) en l'absence de pédiatre sur place, celle d'une masse critique d'activité insuffisante pour permettre de satisfaire aux normes de permanence des soins en termes de sages-femmes, d'auxiliaires de puériculture et d'aides soignant(e)s, mais également tout simplement en termes d'entretien des compétences individuelles de chacun des professionnels de santé. De plus, ce volume d'activités insuffisant constitue un handicap budgétaire important pour l'établissement puisque le déficit, au regard des règles actuelles de financement des activités MCO, est de l'ordre de 1 million d'Euros.

1.4 La deuxième ligne

Le Centre Hospitalier de Die constitue l'essentiel de la deuxième ligne sur le Pays Diois, compte tenu de l'absence de spécialiste installé en libéral sur ce territoire. D'une capacité de 26 lits en médecine, de 16 lits en chirurgie, de 7 lits en maternité, de 15 lits en SSR, de 149 places en EHPAD, l'établissement dispose également d'un service d'urgence, d'un SSIAD, d'un bloc opératoire de trois salles dont une dédiée spécifiquement aux césariennes en urgence. Un service de radiologie existe mais a vu partir au 1^{er} Janvier 2009 son unique radiologue temps plein qui continue à exercer son art sous forme de vacations ; à cet égard, des partenariats ont été mis en place entre le CH de Valence et le secteur libéral. 2100 séjours hospitaliers ont été enregistrés en 2007 et 600 passages aux urgences en moyenne par mois en 2008. 645 actes ont été pratiqués en 2007 au bloc opératoire dont plus de la moitié en chirurgie viscérale et orthopédique.

Outre ses activités d'hospitalisation, l'hôpital accueille des consultations externes en anesthésie, cardiologie, chirurgie, dermatologie, gastroentérologie, gynécologie, neurologie, ORL, pneumologie. Il assure également des consultations en addictologie et autour de la santé et précarité (PASS). Ces consultations externes sont assurées par des médecins soit du CH de Valence soit libéraux (Cardiologie, dermatologie, ORL).

Le groupe de travail s'est centré principalement sur la dynamique du service d'urgence de l'hôpital de Die en s'interrogeant sur la question de l'accueil des personnes âgées. Pour le groupe, l'accueil des personnes âgées en urgence est défaillant pour deux raisons : le manque de médecins gériatres et de lits d'urgence gériatrique et de court séjour gériatrique. Ce qui conduit à d'énormes difficultés à organiser les courts séjours pour les patients âgés.

Le groupe a également déploré l'importance des retours à domicile en l'expliquant d'une part par l'importance de la « *bobologie* » et d'autre part par ce que certains ont nommé l'effet « *ping pong* ». Cet effet consisterait à renvoyer au médecin traitant ayant adressé un patient à l'urgence de l'hôpital l'organisation d'une réorientation vers d'autres plateaux hospitaliers et ce, du fait d'un manque de personnel sur l'établissement Diois.

Le groupe a écrit que le territoire était vide de véritable service d'urgence permettant de prendre en charge la gestion des urgences vitales. L'absence d'un SMUR et d'un scanner sur site renforce cette désorganisation, qui porte principalement sur la décision d'orientation et de transfert.

Le groupe a abordé aussi la question de l'afflux en période estivale, de tourisme vert et de sports d'hiver, pour lequel l'établissement n'est pas pleinement préparé.

Enfin il a été fait référence aux fuites vers d'autres territoires liés, à l'arbitraire des « évacuations » sur d'autres hôpitaux, aux activités qui ont disparu de l'offre de l'hôpital et qui obligent les patients à se diriger vers d'autres centres, à l'insuffisance de réactivité ... qui augmentent les délais d'accès aux consultations, et enfin à la difficulté de recruter un personnel médical de qualité du fait de l'absence de choix.

Dans son travail diagnostique, le groupe n'a pas abordé les questions de l'organisation des filières par spécialités, ni la question des volumes d'activité sur site, ni la question de la fragilité des recrutements de professionnels de santé assurant la permanence des soins sur l'hôpital, comme s'il s'agissait d'un point aveugle du système de soins de proximité.

Au total, il nous semble que le diagnostic posé par les groupes de travail met en lumière deux phénomènes :

En ce qui concerne le champ de la première ligne et de l'organisation du médicosocial, il existe une véritable analyse des forces et faiblesses qui traduit clairement la possibilité pour les acteurs de terrain de se positionner face à ce diagnostic pour faire évoluer les choses.

En ce qui concerne la question de la maternité et des activités MCO sur le site hospitalier, il persiste une interrogation majeure sur la dynamique de réflexion menée et sur la difficulté d'appréhender la situation, si ce n'est dans sa globalité, à tout le moins dans sa complexité.

Il semble en effet que les réflexions diagnostiques pour les deux derniers thèmes cités, ne permettent pas d'éclairer les tensions qui peuvent naître entre des exigences de proximité, de qualité, de sécurité, d'accessibilité, et d'équilibre budgétaire, exigences confrontées à la question majeure de la démographie des professionnels de santé.

L'Indice Comparatif d'Hospitalisation, qui mesure la consommation de soins hospitaliers sur un territoire donné, permet de situer le comportement de la population d'un territoire par rapport à l'offre hospitalière disponible sur ce territoire au regard d'une consommation moyenne de soins hospitaliers attendu. Cet ICH met en avant une surconsommation sur Die en matière d'obstétrique et de médecine et une sous-consommation en matière de chirurgie. Compte tenu par ailleurs d'un taux de fuite important des patients vers d'autres lieux de prise en charge (plus de 50% des prises en charge hospitalières se font en dehors du territoire et parmi elles plus de 70 % sur les établissements de santé de Valence), il est raisonnable de se poser la question du bon usage par la population du Pays Diois et par les prescripteurs locaux, de leur établissement de santé, dans le champ du MCO.

Qu'en est-il dès lors d'une possibilité de prise en compte, pour les acteurs locaux impliqués dans le fonctionnement de la deuxième ligne et pour la population qui les soutient, d'une réalité qui ne peut s'inscrire dans aucun cadre d'analyse possible puisqu'en dehors de la question de la proximité et de l'urgence aucun autre aspect ne semble devoir ou pouvoir être abordé ?

Il aurait été intéressant de travailler notamment sur les tentatives qui ont été menées depuis quelques années pour mettre en lien les établissements de Crest, Die, et Valence en vue d'asseoir des dispositifs de désenclavement médical du Diois et de comprendre pourquoi ces initiatives n'ont pu déboucher sur

des coopérations soutenues entre professionnels de santé. Depuis 1991, de nombreuses conventions ont été signées entre Valence et Die (Oncologie, réseau de Gynécologie obstétrique, gastro-entérologie, pneumologie, neurologie, chirurgie orthopédique et viscérale, ophtalmologie, etc.). On note toutefois que certains aspects de cette collaboration, comme l'organisation de consultations externes prises en charge par la communauté médicale du CH de Valence, se sont réellement mises en place.

Il aurait été également opportun de se poser la question de l'insuffisance des volumes d'activité chirurgicale, qui met en lumière la difficulté pour l'équipe médicale en place de concilier une approche polyvalente de la chirurgie avec l'évolution des critères concernant la compétence professionnelle. Ce point avait été déjà souligné par le travail de la mission du Conseil National de la Chirurgie en mars 2006.

Il aurait été pertinent de s'interroger sur la faible attractivité du Centre Hospitalier de Die vis-à-vis de la population lorsqu'elle souhaite se tourner vers une offre de deuxième ligne. Il nous semble en effet que les comportements des usagers, malgré leur attachement à l'hôpital, ne s'inscrivent pas en cohérence avec le soutien politique qu'ils lui manifestent.

Il aurait aussi été intéressant de s'interroger sur la masse critique nécessaire (nombre d'habitants d'un bassin de vie) pour permettre à un centre hospitalier de fonctionner normalement, c'est-à-dire sans problème de sécurité, d'attractivité et avec des possibilités d'équilibre budgétaire raisonnables.

Il aurait été, au final, non dénué de sens de s'interroger sur la dynamique de relation entre médecins de l'hôpital de Die, du Pays Diois et des confrères des autres établissements, mais ce thème n'a pas vraiment été évoqué lors de l'étape « diagnostic ».

Cette dernière considération peut être toutefois nuancée, car au fil du temps et de la progression des groupes de travail, cette question s'est progressivement imposée comme l'un des axes d'évolution du système.

2 - Faire évoluer la situation

2.1 Dans le champ de la première ligne et de son articulation avec l'organisation du médicosocial

L'analyse des forces et faiblesses sur le bassin de vie posée par les groupes, les a conduits à proposer des axes de changements notables dans l'organisation du système de santé du Diois.

2.1.1 Le groupe de travail sur l'évolution de première ligne a porté son intérêt, dans l'analyse des solutions, sur la succession des généralistes en soulignant la nécessité de revaloriser la profession de médecin généraliste, de mettre en place des incitations à l'installation en Diois, de pouvoir faire découvrir aux étudiants la médecine de premier recours, de développer des projets de santé spécifiques favorisant l'exercice regroupé de la médecine, d'approfondir la coordination entre médecine de ville et hôpital, et enfin d'obtenir un statut particulier pour le territoire.

Pour le groupe, la revalorisation de la médecine générale passe par un certain nombre de mesures dont certaines se situent plus dans le champ de la dynamique générale de la profession et d'autres dans le champ pratique de l'organisation des soins sur le Diois.

Après avoir formulé son point de vue sur la faible attractivité des postes offerts en médecine générale à l'issue du concours de l'internat, et sur la question du danger et la relative inefficience des mesures contraignantes visant une répartition plus harmonieuse sur le territoire national, il a été proposé d'aligner certaines des pistes de solutions avec celles du rapport du Député Marc Bernier²: Confier des mandats de santé publique aux professionnels, aux maisons, et aux centres de santé, recentrer les généralistes sur leur cœur de métier en leur offrant des conditions de formation et de rémunération attractives en les libérant de certaines contraintes administratives, développer la télé médecine et les systèmes d'information en santé, attirer de nouveaux professionnels.

² Rapport N°1132 ASSEMBLÉE NATIONALE 30 septembre 2008. **RAPPORT D'INFORMATION sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire PRÉSENTÉ** par M. Marc Bernier, Député.

Sur le thème des incitations, le groupe souhaite que le nouveau dispositif concernant les bourses d'études allouées aux étudiants qui choisiraient de s'installer dans des zones prioritaires puisse bénéficier au pays Diois, que les collectivités locales accompagnent et facilitent l'installation des médecins désireux de s'installer en Diois par la mise à disposition de logements, de locaux, et par une exonération de la taxe professionnelle, que les médecins du Diois puissent devenir maîtres de stage pour accueillir des internes en médecine générale.

Sur le développement de projets de santé globaux spécifiques au Diois, le groupe s'accorde pour dire que des projets de santé innovants pourraient être portés mettant en avant une éthique de fonctionnement particulière et précise qui pourrait ainsi donner au territoire une certaine autonomie dans le domaine de la politique de santé notamment en l'inscrivant dans le champ du développement durable et d'une démarche humanitaire.

En ce qui concerne le développement durable, l'objectif serait de transformer l'image actuelle d'un territoire rural en déclin par une vision plus positive engageant le pays dans une politique de développement durable de référence, qui a déjà été initiée par « *l'approche leader sport, nature, santé* ». Ce projet présenté en février 2008 par le Conseil Local de Développement, vise à concevoir l'expérimentation de la citoyenneté par la nature, le sport et la santé. Il s'inscrit également en complémentarité avec le Pôle d'excellence rurale – Éco Vallée, que partagent le val de Drôme et le Diois qui met l'accent sur deux filières, celle des plantes aromatiques et médicinales et celle de l'éco construction.

En ce qui concerne la démarche humanitaire, l'idée du groupe est de faire en sorte que le Diois soit traité comme un territoire rural en difficulté et que l'État n'intervienne plus comme « État providence » mais comme un partenaire au même titre que d'autres, comme des donateurs, des mécènes, ou la CEE. Cette dynamique associerait les partenaires sus cités, la population et les collectivités territoriales dans la perspective de faciliter l'installation de professionnels de santé et de leur assurer, lors de leurs débuts professionnels, un revenu.

Le groupe a souhaité également mettre l'accent sur le développement de structures d'exercice regroupé de la médecine en vue de construire une approche globale de l'offre de soins. Il a mis en avant différentes possibilités pour faire évoluer l'offre de santé notamment autour des « maisons de santé », « maison de santé pluridisciplinaire », « pôle de santé » tel qu'il figure dans le projet de loi dit « HPST ».

En abordant la question de la coordination entre ville et hôpital, le groupe a formulé plusieurs pistes de travail :

Favoriser l'exercice médical de première ligne sous une forme mixte (hospitalier et de ville) en vue de mutualiser les moyens notamment autour de la garde (ce modèle est actuellement à l'œuvre dans le cadre des hôpitaux locaux). Le groupe souligne le manque d'attractivité financière de l'exercice hospitalier et son manque de souplesse.

Promouvoir l'engagement des libéraux dans les réseaux de santé et l'hospitalisation à domicile.

Ces deux propositions sont complétées par l'idée de pouvoir accéder à un statut de « zone expérimentale », notamment en termes de financement des activités hospitalières autour d'une situation « d'exception géographique ». Le terme de « MIGAC locales et de continuité » a été évoqué.

Enfin, le groupe a proposé quelques pistes de solutions en matière de permanence des soins le jour. Pour le groupe un certain nombre de préalables sont essentiels à la mise en forme d'une articulation médecine d'urgence/médecins généralistes. Ces préalables concernent l'obstétrique et les naissances sur le Diois (une prise en charge humaine et médicale correcte), les urgences vitales (une prise en charge par un urgentiste), et la chirurgie d'urgence (une prise en charge humaine et médicale correcte).

Les médecins généralistes pourraient assurer une permanence des soins de jour à l'hôpital, au sein des urgences, pour répondre au besoin de consultations sans rendez-vous. Aux dires du groupe l'activité de médecine générale de jour représente environ 70% du total des consultations de jour soit environ 4000 actes annuels. Par ailleurs et pour autant le potentiel d'activité du service d'urgence devrait être conservé autour de 7500 visites par an. Cette organisation aurait l'avantage de libérer l'urgentiste pour des interventions concernant l'urgence vitale, qui ne relève pas de la compétence du généraliste.

En ce qui concerne la nuit, et les week-ends, la permanence des soins serait assurée par le service d'urgence.

2.1.3 Le groupe de travail sur l'articulation entre secteur sanitaire, social et médico-social a proposé des axes de changement qui concernent la mise en cohérence de l'ensemble de l'offre de service sur le pays en l'articulant plus étroitement avec l'offre de santé de première ligne et hospitalière.

En partant du constat qu'aujourd'hui les mécanismes de coordination procèdent plus d'une logique d'ajustement mutuel entre les différents « services », il est proposé d'instituer des liens explicites visant à structurer une plus grande cohérence et visibilité de l'offre de services pour la population.

Renforcer la filière gériatrique d'une part et créer d'autre part un réseau gériatrique sont les aspects saillants du dispositif souhaité.

Le renforcement de la filière gériatrique passe par l'intégration prévue en septembre 2009 d'une offre nouvelle en matière de prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées à *La Chargière*, le projet de garde itinérante de nuit à domicile, le développement de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire, l'extension des capacités de l'hôpital en matière de court séjour gériatrique et de longs séjours en complément de l'offre hospitalière déjà existante, la mise en place d'une consultation d'évaluation gériatrique soit à l'hôpital, soit en ambulatoire, couvrant la totalité des besoins de la personne âgée mobilisant les compétences disponibles sur le Diois et permettant, dans une certaine mesure, de prévenir certaines hospitalisations.

La création d'un réseau « gérontologique » qui associerait le réseau des familles relais, le réseau des bénévoles, le réseau des services, le réseau des professions de santé autour d'une plateforme d'Information, d'orientation, d'évaluation et de coordination qui s'appuierait sur l'Hôpital et le CLIC qui se verrait par ailleurs reconnu comme CLIC de niveau 3.

2.2 Dans le champ de la deuxième ligne et de la maternité

2.2.1 Le groupe de travail sur le thème de la grossesse et de la naissance a exploré des axes de changement pour l'avenir. Il n'a pas retenu l'idée d'une maison de naissance puisqu'elle nécessiterait la présence d'un hôpital avec maternité à proximité immédiate. Il n'a pas retenu l'idée d'un centre périnatal de proximité qui lui paraît comme une alternative dont le fonctionnement n'est pas défini.

L'hypothèse d'un maintien dérogatoire de la maternité avec un renforcement des équipes médicales pour fonctionner en toute sécurité soit 4 gynécologues, 2 chirurgiens viscéraux, 4 anesthésistes, 7 sages femmes avec des gardes de 24h, et 2 vacations de pédiatres supplémentaires a été avancée comme étant pleinement justifiée. A noter que cette organisation ne répondrait toujours pas aux

normes réglementaires (la continuité de la permanence pédiatrique n'étant toujours pas assurée dans ces conditions).

En ce qui concerne la collaboration avec les CH de Crest et de Valence, le groupe retient l'hypothèse comme intéressante sous réserve qu'elle soit effective c'est-à-dire reposant sur un vrai contrat de réciprocité respecté par tous. Le travail d'équipe s'en trouverait dès lors facilité et permettrait d'atteindre une meilleure efficacité. La complémentarité et la collaboration au sein d'une fédération de chirurgie, comme relevé plus haut, reliant les trois établissements seraient également souhaitables pour le groupe.

2.2.2 Le groupe de travail sur la deuxième ligne a proposé de développer, maintenir, étoffer, et réorganiser une offre de soins qui réponde aux besoins de la population Dioise à trois niveaux : celle de la population active (pathologie aiguë, traumatologie liée au sport, travail ...), celle de la population infantine, celle de la population âgée avec des poly-pathologies beaucoup plus lourdes et chroniques.

Pour faire évoluer l'offre de soins, le groupe propose comme moyen d'action de réduire sensiblement les fuites en renforçant la structure générale de l'Hôpital de Die (plateau technique et personnel notamment) et en développant son efficacité et son attractivité. Pour cela il suggère 8 axes de travail :

Sur le thème de l'urgence et de la régulation de l'accès aux soins, il suggère, tout en constatant que la régulation par le 15 est globalement efficace, de pouvoir redresser certaines déviations de façon à ce qu'aucune fuite ne s'organise par l'intermédiaire des transferts. Par ailleurs, il insiste sur la nécessité d'engager une réflexion sur la présence d'une antenne SMUR à Die.

Sur la question de la chirurgie, le groupe constatant que le plateau technique actuel est adapté et que les conditions de sécurité sont assurées, propose de développer toutes les autres possibilités chirurgicales telles la chirurgie ophtalmologique, l'ORL, l'urologie, l'ambulatoire ... et de développer la chirurgie orthopédique endoscopique.

Sur la question de la médecine, il est avancé un redéveloppement de la chimiothérapie, de la diabétologie, des soins palliatifs.

Le secteur des soins de suite et de réadaptation doit être réactivé, les pôles de consultation doivent être consolidés notamment sur des disciplines non couvertes actuellement.

L'imagerie médicale doit être renforcée par la présence d'un scanner et d'un système de télé-imagerie.

Le pôle de gériatrie doit être renforcé par l'installation de lits de court séjour gériatrique et enfin un pôle de formation pourrait voir le jour à travers la création d'une école d'aide soignante et du renforcement de sessions de formation continue des chirurgiens de l'hôpital vis-à-vis de leurs confrères en ville. Il a été question également de communiquer afin de ne pas créer d'image négative de la campagne.

2.3 Construction d'un cadre d'interprétation et analyse des propositions

La figure du projet oscille entre une réaffirmation identitaire perçue comme vitale (ce sur quoi un « nous communautaire » peut se construire) et une reconnaissance de ce qui est « autre » et qui procède de logiques avec lesquelles il faudra composer.

Dans cette perspective il nous a semblé opportun de proposer un cadre d'interprétation à trois niveaux:

Ce qui relève de ce dont peuvent se saisir les acteurs du Diois et qui s'appuie principalement sur leur dynamique et responsabilité aujourd'hui.

Ce qui s'impose aux acteurs du Diois et qui relève d'autres champs de forces et d'autres logiques.

Ce qui pourrait se concevoir si l'espace des possibles se construisait au travers d'une autre configuration identitaire que le seul Pays Diois.

2.3.1 Que peuvent saisir les acteurs du Diois et qui relève principalement de leur dynamique

Les médecins libéraux du Diois remplissent depuis de nombreuses années leur rôle dans le système de santé de proximité. Ils ont assumé jusqu'en 2008 une permanence de soins les amenant parfois loin de leurs bases ; ils ont assuré une prise en charge de la santé de leur clientèle de qualité et à cet égard se sont toujours montrés vigilants pour l'orienter au mieux lorsqu'il s'agissait du recours à la deuxième ligne. Il persiste toutefois aujourd'hui deux éléments qui rendent problématique leur succession :

L'absence d'un mode d'organisation du dispositif de santé de première ligne qui soit suffisamment structuré et organisé pour attirer de jeunes successeurs, dont on sait que les exigences de fonctionnement entre eux passent par des modalités de coordination et de coopération plus instituées.

La fragilité des mécanismes de coopération avec l'établissement hospitalier de Die qui ne présente à leurs yeux que l'avantage de la permanence des soins pour les consultations de médecine générale non programmée en semaine, les nuits et les week-ends.

Il nous semble que le premier axe de travail, dans le champ de la première ligne, serait de favoriser l'émergence d'un *leadership* sur le projet de réorganisation articulant les différentes propositions qui ont été faites par le groupe de travail. Sans *leadership* et sans système d'autorité et/ou d'incitation adapté, le portage d'un projet ne peut s'envisager. Il s'agit d'induire une logique de management de projet et non pas une logique visant à faire émerger spontanément des forces plus ou moins vives intéressées. Faire naître ce *leadership* est entièrement de la responsabilité du Pays Diois et de son engagement visant à restructurer l'offre de première ligne. Comme le groupe l'a évoqué, les collectivités territoriales doivent développer des systèmes d'incitation qui viendront compléter ceux que pourront promouvoir les autorités de régulation du système de santé.

Il semble que la question du management de projet soit au cœur de la réorganisation de la première ligne en Pays Diois. Si les cabinets d'infirmiers libéraux à l'organisation collective robuste ont pu se constituer au cours du temps, c'est très clairement parce qu'il existait une volonté d'entreprendre ensemble et une capacité à adhérer à des règles communes.

Les conditions de légitimation d'un *leadership* sur le projet reposent principalement sur le fait d'être reconnu par les pairs en disposant d'une capacité à mobiliser en s'appuyant sur des incitatifs clairement identifiés.

L'exemple du bassin de vie de Crest et l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation pourrait être utilement interrogé pour pouvoir s'en inspirer, voir s'y associer ce qui permettrait de structurer des liens qui concerneraient le pilotage de projet et sa mise en œuvre. En notant qu'une partie des ressources de prise en charge au domicile dans le champ médical et médico-social sont articulées entre les deux bassins de vie (HAD, soins palliatifs, ADES) et que certains services comme le SSIAD du Diois descendent la vallée jusqu'à Saillans.

Il nous semble que le deuxième axe de travail serait de détailler étape par étape ce que les acteurs du Diois de la première ligne pourraient structurer en prenant en compte la nécessité d'assurer sur le pays une permanence des soins non programmés et ce en lien éventuellement avec les ressources logistiques et techniques dont dispose l'hôpital aujourd'hui, qui pourrait constituer un premier pas tangible vers une mise en cohérence des ressources existantes.

Par ailleurs, la dynamique communautaire qui s'est faite jour autour de l'idée d'un projet d'une santé durable et qui semble très mobilisatrice et intéressante devrait être soutenue, pour autant qu'un travail visant à mettre en avant de façon argumentée les facteurs environnementaux et comportementaux qui donne un caractère particulier à la vallée notamment en matière d'incidence des maladies chroniques et d'espérance de vie en bonne santé, soit conduit.

Saisir les nouvelles attentes d'une société qui s'interrogerait sur les liens entre santé et environnement en affirmant que le statut d'arrière pays de l'époque moderne peut se métamorphoser en territoire d'avant garde dans une société post-moderne est une véritable orientation stratégique que les acteurs du Diois, si c'est leur conviction, devrait promouvoir.

Le rapport Précarité et Santé dans la Drôme publié par l'ORS de Rhône-Alpes en octobre 2008 mettait en avant l'importance du nombre de retraités sur le Pays Diois relevant du minimum vieillesse, qui peut concerner, sur certains cantons, plus d'un retraités sur deux. Par ailleurs, dans ce même rapport, il apparaît que le taux de personnes relevant de la CMU se situe entre 7,4% et 10,2% sur les cantons de l'Est du département soit un taux plus élevé que la moyenne du département. Par ailleurs la part de population vieillissante sur le Pays Diois est élevée comparée au reste du département.

Enfin, le projet de renforcement de la filière gériatrique et la création d'un réseau coordonné en Gériatrie sur le Diois paraît être une initiative qui peut, pour une bonne partie, être soutenue par la communauté locale et le Conseil Général de la Drôme (en dehors des aspects purement sanitaires de renforcement en lits de Court Séjour gériatrique). Il apparaît par ailleurs que la mise en synergie des moyens, déjà bien réelle entre les bassins de vie de Crest et de Die, pourrait être renforcée, tout en servant de point d'appui à des raisonnements sur l'offre de première ligne.

2.3.2 Ce qui s'impose aux acteurs du Diois et qui relève d'autres champs de forces et d'autres logiques

Le Pays Diois est, comme d'autres territoires, soumis à des champs de force qui s'imposent à lui et avec lesquels il doit composer.

La démographie des médecins est actuellement à son apogée et va décliner. Ce phénomène constitue une nouvelle donne face à laquelle les pouvoirs publics ont décidé de réagir mais les conséquences attendues des politiques publiques en la matière ne produiront leurs effets qu'à moyen terme.

Les modes de consommation de soins qui se sont développés en France, dans un contexte de croissance d'une offre médicale libérale disponible notamment en première ligne, doivent être repensés. L'institutionnalisation de l'éducation et de la prévention, dans la perspective d'induire des comportements plus responsables vis-à-vis des risques sont envisagés, mais il s'agit d'une transformation culturelle portant sur le long terme.

La question des réorganisations possibles du travail entre professionnels de santé (glissements de tâches et de compétences ...) peut également s'inscrire comme une orientation possible mais la maîtrise d'ouvrage de ces réorganisations ne peut pas s'envisager sans un accord entre les parties prenantes au sein de la Haute Autorité de Santé. Des expérimentations seront possibles mais encadrées réglementairement.

Les volumes d'activités de la seconde ligne spécialisée ne peuvent dépasser un certain seuil compte tenu d'une densité faible de population sur un bassin de vie malgré tout étendu.

Le nombre d'accouchements de femmes domiciliées sur le seul Pays Diois qui plafonne à 70 depuis quelques années constitue un véritable point d'interrogation. Dans un contexte d'évolution des repères sur la sécurité des naissances voulus par la profession des gynécologues obstétriciens et des pédiatres, la question de l'accessibilité géographique doit être modulée par la possibilité d'offrir des conditions de prise en charge satisfaisant a minima aux canons édictés pour une maternité de niveau 1.

Depuis quelques années, de nombreuses conventions ont été élaborées pour favoriser la coopération entre professionnels de santé des établissements du bassin de santé de Valence. Mais l'asymétrie des positions respectives dues tant aux différences de niveau de recours de chacun des 2 plateaux techniques qu'aux faibles volumes d'activité du CH de Die a contribué à dénaturer l'esprit même d'une coopération soutenue. La dynamique d'un établissement comme celui de Valence, confronté lui

aussi à une difficulté de recrutement de professionnels de santé ne peut, semble-t-il, se nourrir d'une coopération avec un retour sur investissement professionnel malgré tout assez faible.

La communauté médicale hospitalière actuelle de Die a, dans le secteur de la chirurgie, une conception assez autarcique de son fonctionnement. Il apparaît en effet que ce qui caractérise l'identité professionnelle sur le Centre Hospitalier de Die c'est la volonté de promouvoir une vision généraliste d'un exercice chirurgical de proximité qui pourrait s'abstraire de toutes les évolutions actuelles concernant la segmentation en champs spécialisés de la chirurgie et qui s'impose à l'ensemble de la communauté professionnelle. Par exemple les volumes d'activité nécessaire à l'entretien de la compétence et le fait de devoir pratiquer au sein d'équipes fonctionnant de façon collégiale. La problématique des techniques et technologies innovantes en chirurgie, n'a pas été abordée.

En outre il semble assez évident que la mise en place d'un système de tarification à la pathologie qui vise à valoriser financièrement les établissements de santé qui prennent en charge des volumes suffisants d'activités impose au CH de Die ses règles.

L'ensemble de ces contraintes qu'elles soient le fait de l'évolution de la demande sociale, le fait de l'évolution des repères professionnels, le fait des changements des modalités tarifaires constituent un horizon assez indépassable si on se limite aux seules dynamiques du Pays Diois.

2.3.3 Ce qui pourrait se concevoir si l'espace des possibles se construisait au travers d'une autre configuration identitaire que le seul Pays Diois

La question de la proximité et la question de l'insuffisance des niveaux d'activité enferment depuis quelques années l'ensemble des acteurs du Diois dans un dilemme sans réponse durable. Pour envisager l'avenir il semblerait judicieux de concevoir un autre espace territorial plus adapté qui recouvrirait les bassins de vie de Crest et de Die soit l'arrondissement de Die.

Avec une population totale de plus de 40 000 habitants, l'espace des possibles s'élargit clairement puisque les questions soulevées par l'insuffisance des niveaux d'activités sur le Diois et par la proximité pourraient s'aborder sous un autre angle.

Il s'agit en effet d'entrer dans une spirale vertueuse visant à coordonner les moyens de ces deux bassins de vie, tout en constituant une masse critique d'activités suffisantes pour poser les bases d'un véritable système de soins de proximité.

Il s'agit également de préparer les fondations d'une future communauté hospitalière de territoire visant un certain équilibre entre des établissements aux rôles précisés et aux ressources clairement autorisées.

Il s'agit aussi d'établir une lisibilité, pour la population de ces deux bassins de vie, des dispositifs structurant le recours aux soins de première ligne, leur articulation avec le champ médicosocial, leur coordination avec les soins de deuxième recours de proximité.

Il s'agit enfin de faire naître, ce qui n'a pas été possible ces dernières années, un climat de confiance visant l'accord des parties prenantes sur une organisation à l'avenir pérenne parce qu'échappant enfin aux bricolages incertains.

Dans ce cadre territorial renouvelé, les questions de l'organisation de la permanence des soins, de la continuité des soins, des urgences, d'une chirurgie programmée, de la prise en charge des grossesses à bas risque jusqu'à leur terme, de la coordination de tous les dispositifs d'accompagnement des personnes dépendantes, de la mise en œuvre de programmes d'action destinés à proposer de nouveaux repères à la population en matière de santé et de consommation de soins pourraient être abordées plus sereinement qu'aujourd'hui.

L'extension territoriale n'est pas en soi la réponse aux différentes questions qui ont été posées lors de l'élaboration par les groupes de propositions pour un projet de santé de territoire. Elle est probablement et toutefois l'un des meilleurs chemins visant la recherche de solutions convergentes mutualisant les moyens dans un cadre de ressources contraintes. L'un des meilleurs chemins également pour ne pas devoir s'arc-bouter sur une posture qui limiterait potentiellement le rôle d'un établissement de santé à ne servir que les politiques d'aménagement du territoire sans souci de sa dynamique propre au sein du système de santé.

2.4 Les scénarios d'une mise en mouvement

Dans la perspective de travailler sur le devenir du système de santé en Pays Diois, la majorité des groupes ont retenu in fine l'idée qu'un lien de coopération – collaboration devait être créé, à l'avenir, entre les deux bassins de vie de Crest et de Die. C'est en partant de la question de l'organisation des urgences et de la présence d'un SMUR sur le pays Diois que le groupe travaillant sur la première ligne a évoqué cette idée d'un bassin de santé élargie comprenant le Diois, Saillans et Crest. Le groupe

travaillant sur l'articulation du sanitaire et du médicosocial a également retenu cette idée mais en intégrant seulement Saillans. Le groupe en charge de la deuxième ligne a abordé cette idée d'un territoire élargi dans sa conclusion, en soulignant, compte tenu du fait qu'il propose un renfort de l'activité générale de l'hôpital de Die, la nécessité pour l'hôpital de Crest et de Die de construire désormais leur avenir ensemble pour offrir « une bien meilleure qualité des soins dans la prise en charge des patients de la vallée » qu'il évalue à **55 000 personnes**. Le groupe en charge de la grossesse et de la naissance, même s'il constate que la moitié des naissances à Die proviennent du pays Crestois, ne pose la question de la coopération avec Crest et Valence que comme une piste à explorer, au terme de sa contribution.

Il ne paraît donc pas inopportun de formuler trois scénarios d'évolution possible pour l'avenir qui tentent d'articuler suivant des modalités différentes les offres de santé dans la vallée de la Drôme. Il s'agit, dès lors, d'organiser un système de soins de proximité pour un bassin de vie dépassant les 40 000 personnes.

Ces scénarios reprennent les différentes propositions énoncées par les groupes de travail, en tentant d'articuler au mieux ce qui semble du domaine du souhaitable et ce qui relève du possible. La totalité de ces propositions ainsi que les raisonnements préalables qui les ont fait émerger, sont référés dans les travaux des groupes déjà cités comme figurant en annexe.

Les propositions que nous tentons d'articuler en trois scénarios sont les suivantes :

La nécessité d'organiser sur la vallée de la Drôme un accueil de l'urgence et un accueil des soins non programmés.

La volonté affichée des professionnels de santé de première ligne de coopérer autour d'un dispositif de santé pluridisciplinaire incluant l'articulation avec l'offre de service pour les personnes dépendantes.

L'organisation d'une offre de santé de deuxième recours programmables nécessitant l'accès à des compétences spécialisées.

L'accès aux ressources d'exploration complémentaire destinée à approfondir le diagnostic clinique

Le suivi de grossesse et la naissance

Le développement d'une approche expérimentale autour de la « santé durable » destinée à faire prévaloir une recherche d'équilibre entre ce que la médecine peut apporter et ce qui pourrait ne pas en relever lorsqu'il s'agit de traiter d'une demande sociale de « bien être » aux contours parfois incertains.

Le renforcement d'une offre de prise en charge des personnes âgées

Le développement d'une offre de deuxième ligne en proximité permettant d'élargir les registres possibles d'une organisation des soins qui pourrait ainsi ne plus peser que sur les seuls Etablissements de Santé du Valentinois.

Par ailleurs nous rappelons, après la présentation des trois scénarios que nous avons élaborés, ce qui semblait devoir s'imposer à tous comme projet pour le CH de Die, si la perspective d'élargir la réflexion, au-delà du seul bassin de vie du Diois, ne s'était pas progressivement imposée, chemin faisant.

2.4.1 - Le scénario du renforcement de l'offre de soins de deuxième ligne sur le CH de Crest et de l'ouverture d'une maison du premier recours et des solidarités sur le Pays Diois.

Ce scénario s'appuie sur le fait que la densité de population vieillissante s'accroît et qu'elle nécessite une prise en charge de proximité renforcée en articulation étroite avec un dispositif de santé de première ligne organisé autour d'une vision pluridisciplinaire mais également sur le constat que les densités de population sur les deux bassins de vie imposent un repositionnement sur le Pays Crestois de l'offre de deuxième ligne. L'établissement hospitalier de Die voit sa capacité renforcée en médecine gériatrique de court et long séjour.

Les autorisations d'activités portant sur la Chirurgie et l'Obstétrique du CH de Die sont supprimées et transférées sur le CH de Crest qui développe un projet d'établissement sur un bassin de vie prenant en compte une population estimée à plus de 40 000 personnes. Le CH de Crest est doté également d'un véritable service d'urgence avec une antenne SMUR fonctionnant de façon étroite avec Valence. La communauté hospitalière de territoire se constitue entre Valence, Crest et Romans pour la zone Nord de la Drôme.

Un dispositif de santé de première ligne pluridisciplinaire articulé avec l'offre de service dans le champ médico-social est mis en place sur le Pays Diois et un système de consultations spécialisées dans le cadre de filières déjà existantes ou à créer s'organise sous la responsabilité des médecins de

première ligne. Ce dispositif prend la forme d'une **maison de premier recours et des solidarités** parce que s'y développe simultanément une approche orientée vers la santé durable et vers le lien social. Cette maison du premier recours et des solidarités du Diois constitue une plateforme qui permet de concilier quatre pôles (bien être, médical, social, associatif) dont les activités sont orientées vers le partage des compétences, des savoirs, des informations en fédérant les moyens humains et techniques locaux. La dynamique structurante de ce dispositif permet d'attirer de jeunes professionnels de santé qui viennent se former et pratiquer une médecine plus responsable et engagée vis à vis de la santé de la population locale notamment parce que des missions d'intérêt général lui sont confiés et que des dispositifs d'évaluation expérimentaux des projets sont institués.

Ce scénario suppose un investissement important sur la maison du premier recours et des solidarités notamment parce que ce dispositif devient le pilier de l'organisation sanitaire et médico-sociale locale ce qui suppose de lui garantir des ressources adaptées pour ce rôle et notamment la conception de systèmes de formation et de rémunération innovants pour les professions de santé. La mise en place d'un dossier médical commun informatisé vient soutenir localement une véritable continuité des soins et un système de transmission d'image permet le diagnostic spécialisé à distance.

2.4.2 – Le scénario «Partenariat étendu entre le CH de Crest et le CH de Die » entraînant la redistribution des activités entre les deux sites.

Ce scénario repose sur l'idée qu'il existe une unité territoriale de planification de l'offre de soins hospitalière à partager entre les deux bassins de vie et qui doit donc conduire à une mise en synergie des deux établissements. La question du renforcement du dispositif libéral de première ligne n'est plus d'actualité puisqu'il s'agit de structurer l'offre de soins autour de chaque établissement de santé qui devient en quelque sorte l'établissement « traitant ». La question de l'accès à une médecine libérale en premier recours ne peut s'argumenter compte tenu de la relative « désertification » du Pays Diois. L'hôpital de Pays assume cette mission de première ligne et de santé publique en offrant un cadre de travail institué à des médecins qui ne souhaitent pas s'organiser en travailleur libéral et indépendant.

Les deux hôpitaux de Pays se partagent, outre la responsabilité de l'organisation de la première ligne, les différentes activités. Le CH de Crest organise l'accueil de l'urgence et dispose d'une antenne SMUR, il organise une activité chirurgicale programmée. Le CH de Die accueille la maternité. Il s'organise pour accroître son activité en accueillant la totalité des grossesses à bas risque de la vallée de la Drôme. Il organise une permanence des soins obstétricaux (sages femmes, gynécologues

obstétriciens à compétence chirurgicale, anesthésiste). Le CH de Crest dispose d'un équipement d'imagerie connecté pour des interprétations à distance et accueille les consultations externes des spécialités.

Une plateforme de coordination concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes est créée pour l'ensemble de la vallée de la Drôme sur l'un des deux sites. Elle coordonne l'ensemble des services à la personne en articulant l'offre de soins hospitaliers gériatrique, l'offre en EHPAD, le SSIAD, l'HAD, l'ADES, etc. Les deux établissements hospitaliers actuels consolident leurs activités de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Ce scénario s'appuie sur une organisation coordonnée entre les deux établissements notamment pour les activités transversales comme la gestion de l'information médicale, l'hygiène, la qualité, etc.

2.4.3 – Le scénario « Regroupement des activités de MCO sur un seul site » avec mise en place d'un dispositif de santé de première ligne coordonné sur la vallée de la Drôme

Ce scénario repose sur l'idée qu'un territoire aussi étendu regroupant deux bassins de vie doit organiser et mettre en cohérence son système de premier recours et de deuxième recours pour offrir à 40 000 personnes une organisation de l'offre de soins répondant de façon coordonnée aux besoins de santé.

Un Centre Hospitalier Intercommunal est créé dans la vallée de la Drôme sur un site en amont de Crest, prenant en compte la densité de population répartie sur les deux bassins de vie.

L'ensemble des activités actuellement autorisées en MCO sur Crest et Die se déploie sur cet établissement qui s'intègre dans une Communauté Hospitalière regroupant également Valence et Romans.

Un dispositif du premier recours et des solidarités est mis en place couvrant les deux pays. Ce dispositif conduit à créer une plateforme de coordination et de régulation de la demande de soins de premier recours articulé avec l'offre de service pour les personnes âgées dépendantes. Une maison de santé pluridisciplinaire est créée à Die qui vient compléter celle qui est en projet à Aouste sur Sye. Les bâtiments de l'hôpital actuel de Die se destinent à accueillir la maison de santé et se voient consolidés dans leur rôle d'accueil et de prise en charge des personnes âgées.

2.4.4 – Rappel du scénario envisagé en septembre 2008 pour le CH de Die

Création d'un centre périnatal de proximité couvrant les besoins de la mère et de l'enfant hors accouchement y compris en allant vers les personnes les plus isolées. (Les services de PMI sont présents sur le diois ainsi que le planning familial).

Arrêt de la chirurgie en hospitalisation complète avec éventuellement maintien chirurgie ambulatoire si les conditions de sécurité le permettent et renforcement des consultations avancées de spécialistes notamment à partir du CH Valence mais aussi avec des praticiens libéraux (ex : imagerie, dopplers, ophtalmologie...).

Sécurisation des transports médicalisés avec coopération entre le SAMU de Valence et le SDIS (cf : travaux fin août 2008/ DDASS+SDIS) : antenne SMUR, comprenant une fédération urgences entre les CH de Valence et Die (et Crest).

Création d'une communauté hospitalière de territoire avec Valence, Romans et Crest permettant de développer les mutualisations nécessaires (managériales, médicales, paramédicales, logistiques, technologiques et administratives) et fluidifier les filières de soins à la hauteur des enjeux actuels.

Développement de la filière gériatrique en lien avec le centre hospitalier de référence, le CH de Valence (court séjour gériatrique, SSR gériatrique, USLD avec permanence gériatrique organisée, accès à l'imagerie 24/24 –IRM/scanner), en développant les structures d'aval : extension du SSR avec vocation principalement gériatrique, en organisant le dépistage précoce des troubles démentiels (hôpital de jour avec consultations pluridisciplinaires) et contribution des spécialistes intervenant dans le cadre des consultations avancées, en mettant en œuvre une plateforme mixte médico-sociale en lien et avec la contribution du conseil général coordonnant l'intervention auprès des personnes âgées fragiles, malades poly-pathologiques ou atteintes de syndrome démentiel et intégrant non seulement les établissements mais aussi services et professionnels libéraux, de façon à faciliter le retour à domicile et la prise en charge multidimensionnelle des personnes fragiles.

En conclusion

Il apparait que la pérennité d'une offre de soins indispensable à la population des deux bassins de vie de Die et Crest ne peut raisonnablement se concevoir qu'à l'échelle de la Vallée de la Drôme.

La consolidation d'une offre structurée de deuxième ligne desservant la population de la Vallée de la Drôme et articulée avec une première ligne renforcée dans ses missions, permettrait d'élargir les registres possibles d'organisation des filières de soins qui pourraient ainsi ne plus peser que sur les seuls établissements de santé du Valentinois.

Il appartient aux différents acteurs (décideurs, professionnels, élus, citoyens) de travailler à la meilleure articulation possible entre les différentes contraintes évoquées afin d'obtenir LA réponse satisfaisante en termes de qualité, sécurité, accessibilité et efficience pour la population.

Annexes

Annexe 1 : Première note d'étape

Monsieur le directeur de l'ARH,

Vous nous avez chargés d'une mission concernant l'accompagnement de l'élaboration d'un projet de santé de territoire sur le Pays Diois en concertation avec l'ensemble des parties prenantes.

Vous avez souhaité que cette concertation puisse se dérouler dans un climat serein permettant d'aborder les questions de fond.

Nous vous adressons une première note qui vise à faire un point d'étape sur le déroulement de la mission. Nous nous sommes rendus à Die entre le 8 décembre 2008 et le 12 décembre et le 16 et 17 décembre. Lors de ces déplacements nous avons pu rencontrer en entretien une partie des acteurs potentiellement concernés par le développement du projet de santé de territoire et nous avons installé le comité de pilotage lors d'une première réunion à la sous-préfecture de Die.

Même si certains événements ont contribué à tendre les relations, notamment lors de la tenue de la première réunion d'installation du comité de pilotage, il nous semble que l'ensemble des parties prenantes souhaite mener à bien cette réflexion sur les problèmes de fond que vous appelez de vos vœux. Votre volonté d'ouvrir le dialogue a été entendue sur le terrain.

La concertation avec l'ensemble des parties prenantes est, en effet, au cœur de l'élaboration d'un projet de santé de territoire. Nous avons découvert, au travers de nos premiers entretiens, que la seule question qui importait à l'ensemble des personnes rencontrées pouvait s'énoncer de la façon suivante: Comment améliorer la santé et l'accès aux soins de la population du Diois ?

Certes cette question ne s'est jamais imposée de façon aussi évidente, au début de nos diverses rencontres, mais elle s'est progressivement construite, au travers des échanges, comme le fil conducteur de nos travaux à venir. Il existe de façon claire, un désir partagé par tous, de faire évoluer l'organisation de la santé sur le pays Diois pour qu'elle réponde de façon adaptée et efficiente aux besoins de la population et qu'elle soit le reflet de la dynamique communautaire.

Appréciant cette ouverture d'esprit et mesurant malgré tout la difficulté de mener à bien un processus de concertation qui puisse dépasser les crispations identitaires encore présentes, nous sommes en mesure de vous présenter un programme de travail, qui sera soumis au comité de pilotage lors de sa prochaine séance, pour accompagner l'élaboration d'un projet de santé de territoire sur le Diois.

Ce programme de travail repose sur deux principes :

- Une concertation organisée, large et ouverte visant l'expression des points de vue de l'ensemble des parties prenantes, citoyens, élus, professionnels intervenant dans le champ sanitaire, social et médicosocial, organismes de tutelle. Concertation qui pourra également faire appel à des compétences externes visant l'approfondissement des connaissances sur tel ou tel aspect du projet de santé.

- Un suivi, par le comité de pilotage, du déroulement de la concertation. Ce qui signifie une définition des thèmes de travail et de l'échéancier assignés au processus de concertation. Cette définition des thèmes permettra au comité de pilotage d'organiser la division du travail de concertation en sous groupe, de suivre les productions de chaque sous groupe eu égard à l'échéancier prévisionnel, et d'apprécier la pertinence, la robustesse, la transparence des travaux vis à vis de ses attentes.

Autour de ces deux principes nous proposerons lors de notre prochain comité de pilotage une méthode de travail visant d'une part à positionner le rôle des « experts », des groupes de travail, et du comité de pilotage, et d'autre part à structurer le dispositif d'accompagnement de l'élaboration du projet dans ses aspects logistiques et fonctionnels.

La présente note d'étape est organisée autour de trois types de questions et propositions :

- Celles posées par le suivi du déroulement de l'élaboration du projet par le comité de pilotage.
- Celles soulevées par la définition des thèmes d'un projet de santé de territoire sur le Diois.
- Celles de la mise en œuvre opérationnelle d'un processus de concertation permettant de faire advenir les points de vue des uns et des autres et les logiques qu'elles sous tendent en matière de développement d'une organisation prenant en charge la santé.

En souhaitant que la mission se déroule dans la clarté et le respect des opinions des différents participants, nous croyons utile, dans ce même esprit, de préciser le statut de cette première note qui engage notre signature. Il ne s'agit pas d'un texte adopté mot à mot par l'ensemble des acteurs entendus. Il n'exprime pas non plus des idées purement personnelles car nous nous sommes efforcés de tenir le plus grand compte de ce que nous avons entendu. Il s'agit donc d'une proposition de programme d'action qui nous semble pouvoir répondre à la fois à ce que nous avons pu comprendre des attentes des uns et des autres et d'un choix qui nous appartient et que nous proposerons au comité de pilotage à la lumière de ce qui nous paraît conforme à l'intérêt général.

Cela étant, cette première note n'a pas l'ambition de constituer un programme de travail complet et détaillé puisqu'il appartiendra au comité de pilotage de se prononcer sur les propositions qui lui seront faites et de les enrichir.

Nous exprimons enfin le souhait que cette concertation se déroule le plus possible dans la discrétion, pour pouvoir œuvrer au-delà de certains clivages publics, dans un climat de confiance.

En vous remerciant de nous avoir fait l'honneur et la confiance de cette mission, nous espérons que le programme de travail que nous proposerons au comité de pilotage puisse soutenir la mise en œuvre d'une action publique innovante engageant la communauté du Pays Diois.

Nous vous prions de bien vouloir accepter, Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'expression de notre respectueuse considération.

Marc Bremond

Alain Gaillard

Première note d'étape
«Projet de santé de territoire »
Pays Diois

Introduction

Aujourd'hui le domaine de la santé est investi par de nombreux acteurs, qui développent des modes de régulation le plus souvent complémentaires et coordonnés, mais parfois distincts. A côté du dispositif classique (régional et départemental) dédiée à la santé publique et à l'offre de soins, les collectivités territoriales prennent de plus en plus en compte les problématiques de santé, et les citoyens qui sont eux-mêmes souvent organisés sous la forme d'associations, de comités de défense, etc. et sont des interlocuteurs de plus en plus présents dans le débat public.

Par ailleurs la répartition géographique de l'offre de santé et de soins, tant hospitalière que des professionnels de santé libéraux, est le résultat d'une confrontation entre différentes logiques comme par exemple la sécurité et l'accessibilité aux soins versus le maintien des emplois locaux, ou la liberté d'installation versus l'égalité d'accès aux soins, etc.

L'élaboration d'un projet de santé de territoire devra donc prendre en compte tous les aspects qui sous tendent les choix collectifs en matière de soins et de santé sur le territoire en question. Ce processus devra rendre lisible à l'ensemble des parties prenantes les critères et les raisonnements sur lesquels se fonderont les choix d'actions et de programmations pour l'avenir.

C'est dire l'importance de la mise en forme d'une méthode de concertation attentive à l'expression de l'ensemble des logiques sur lesquelles devront se fonder les choix collectifs dans le respect de l'intérêt général.

1 - Le rôle du comité de pilotage dans le suivi du déroulement de l'élaboration du projet

Pour favoriser le développement de cette concertation, il conviendrait donc que le comité de pilotage puisse :

1 - Valider la formation des groupes de travail qui seraient constitués de représentants des organismes tutélaires, de professionnels intervenant localement sur les champs du sanitaire, du social, du médico-social, de personnes « expertes » ayant acquis une compétence d'organisation sur le thème, de représentants du tissu associatif local impliqués dans le développement d'actions intéressant le thème, de représentants des collectivités. Ces groupes de travail se constituant autour d'objectifs sur lesquels s'accorderait le comité de pilotage (cf paragraphe suivant)

2 - Définir un calendrier des rencontres de ces groupes de travail compatible avec une production suffisamment élaboré pour permettre de progresser d'un diagnostic de la situation initiale vers des propositions de plan d'actions. Ce qui signifie pour chacun des sous groupe, la présence d'un animateur et d'un rapporteur qui auront comme rôle de fixer un ordre du jour à chacune des réunions, d'assurer un compte rendu des travaux et de faire évoluer le travail au cours du temps pour qu'il puisse nourrir in fine des propositions de plans d'action. La validation du choix des animateur et rapporteur de chaque groupe de travail incombant au groupe de travail.

Une cellule technique sera chargée de rédiger l'ordre du jour des séances du comité de pilotage en fonction de l'état d'avancement des travaux, de diffuser les documents de travail, d'assurer les convocations, de s'assurer de la rédaction et de la diffusion des compte rendus des travaux proposés au comité de pilotage, de soutenir le travail des animateur et rapporteur de chaque groupe, de s'assurer du respect de l'expression de toutes les logiques, de solliciter les avis ou la présence d'experts « référents » sur tel ou tel champ. Cette cellule technique devrait pouvoir s'appuyer sur les ressources administratives des services déconcentrés de l'Etat et/ou du Centre Hospitalier de Die et/ou des collectivités locales. Cette cellule technique étant placée sous la responsabilité de Messieurs Bremond et Gaillard.

2 Définir les thèmes du travail du projet de santé de territoire sur le Diois.

A la suite de nos premières rencontres avec les uns et les autres nous avons pu entendre la volonté de chacun de travailler à des solutions durables en matière de santé sur le Pays Diois. Les incertitudes sur le destin du système de santé de proximité se sont depuis trop longtemps installées dans la conscience collective et doivent être levées pour envisager sereinement l'avenir. Nous avons souhaité décrire, dans un premier temps, en les synthétisant, les différentes questions qui nous ont été posées concernant l'élaboration du Projet de Santé de Territoire. Il appartiendra au comité de pilotage d'établir la liste de ce qui doit être travaillé et de façonner l'énoncé des thèmes de travail avec Messieurs Gaillard et Bremond.

Les questions de sécurité et d'accessibilité aux soins doivent être posées dans un cadre ne se limitant pas au seul hôpital mais doivent être étendues à l'ensemble de l'offre de soins du Diois. Ce qui suppose notamment de travailler sur la régulation de l'accès aux urgences et à la permanence des soins, sur les questions de transports sécurisés, sur les questions du cadre de compétences en matière de traitement de l'urgence.

Les questions posées par les processus de coopération autour de spécialités médicales et chirurgicales envisagés entre établissements de santé de la Drôme n'ont pas, malgré parfois des accords écrits, toujours été suivis d'effets ce qui amène à se poser la question de la façon d'ancrer les processus de collaboration et de coopération à envisager dans la durée pour pouvoir situer l'ensemble des filières de soins offertes à la population.

La question de la sécurisation de la naissance sur le Pays Diois qui est au cœur des préoccupations de chacun, doit se travailler en prenant en compte toutes les possibilités réglementaires existantes notamment en matière d'expérimentation organisationnelle innovante et toutes les collaborations possibles tant en lien avec l'ensemble des établissements de santé de la Drôme qu'avec les médecins spécialistes et les sages femmes du secteur libéral.

L'évolution du dispositif de santé de première ligne visant à structurer une réponse adéquate aux besoins de santé dit « primaire » de la population est également au cœur des préoccupations de chacun. Même si les médecins généralistes et les infirmières libérales prennent en charge aujourd'hui cette demande, l'évolution de la démographie médicale et les représentations nouvelles que portent les jeunes médecins en matière d'exercice de la

médecine doivent faire réfléchir aux transformations à apporter au dispositif actuel pour favoriser l'attractivité du Pays vis-à-vis des professionnels de santé. Par ailleurs les expériences de maillage déjà mise en œuvre sur le territoire du Diois autour de la santé et de la précarité ou autour du suicide constitue des initiatives intéressantes qui doivent pouvoir être transposables à d'autres thématiques donnant par là même une visibilité renforcée d'une prise en charge communautaire de la santé.

Le développement d'une offre de prise en charge des problèmes de santé soulevés par le vieillissement de la population pose également question. Le renforcement de la gamme de services ambulatoires coordonnés avec la prise en charge hospitalière est soulevé comme celui de l'offre hospitalière elle-même. Les liens de complémentarité entre les offres de service du secteur sanitaire, social et médico-social, qui existent déjà, ont été présentés par certains comme devant être coordonnés de façon plus active.

L'approche des problèmes de santé publique spécifiquement liés au Diois notamment autour des questions d'environnement et au développement, dit-on, du recours aux pratiques thérapeutiques dites « parallèles » doit être envisagée. Par ailleurs il a été évoqué la nécessité d'explorer les pistes visant à mettre en valeur les bienfaits sur la santé du vivre en pays Diois.

La dynamique communautaire du Pays Diois et la dynamique de son système de santé devraient être également appréhendées dans leurs relations. Il a souvent été fait référence au rôle central joué par l'hôpital comme catalyseur d'une dynamique socio-économique et il conviendrait d'élargir cette question à l'ensemble de l'offre de soins. L'attachement de la communauté à « son hôpital » a été constamment évoqué.

L'efficience de l'offre de soins en Pays Diois pourrait être également abordée et les questions budgétaires mises à plat. Malgré parfois des prises de position assez radicales contre l'intérêt de s'interroger sur cette question, il semblerait utile de travailler sur les flux financiers qui irriguent actuellement le système de santé de proximité ne seraient ce que pour réfléchir aux conditions possibles de réarrangement de ces flux en fonction des évolutions possibles de l'offre de santé sur le territoire.

La communication sur « Comment cela fonctionne l'offre de soins sur et au-delà du territoire ? » auprès de la population devrait faire l'objet d'une réflexion. Cette offre

apparaissant parfois labyrinthique et pas seulement pour des raisons d'incertitude sur l'avenir, il conviendrait d'aborder cette question également.

Les rôles effectifs et potentiels susceptibles d'être joués par les technologies de l'information et de la communication, notamment dans le cadre de la télésanté ou de maintien du lien social pour les personnes handicapées ou dépendantes ont été également évoqués. Cette piste de travail pourra être également explorée en tentant de raisonner autour des outils disponibles au niveau régional (Plateforme SISRA et DPPR notamment).

3 – La méthode proposée aux groupes de travail

L'objectif assigné aux groupes de travail est d'explorer chacun un (ou plusieurs) des thèmes définis par le comité de pilotage. Au décours de ce travail, ils doivent s'interroger sur les leviers d'action et les marges de manœuvre dont dispose le Pays Diois pour faire évoluer la situation actuelle. Pour conduire ce travail nous proposons la trame suivante :

- un aspect « diagnostique » qui recouvre la formulation d'un problème ou plusieurs problèmes à traiter dont les solutions vont engager durablement le territoire et la responsabilité des parties prenantes (collectivités locales, instances tutélaires, établissements et professionnels du secteur social, sanitaire et médico-social)
- un aspect « analyse des solutions » qui détaille l'explicitation du choix d'un (ou des) programme(s) d'actions face au problème à traiter,
- un aspect « conduite du changement » qui recouvre la négociation sur le terrain de la mise en œuvre du changement que pourraient dicter les programmes d'actions envisagés.

Ces trois aspects structurent l'ordre séquentiel dans lequel devraient pouvoir se dérouler les différentes réunions.

Dans la vraie vie, ces trois dimensions ne s'abordent pas en général de façon séquentielle. En effet, les contraintes de temps obligent souvent à travailler sur les trois dimensions de manière quasi simultanée puisque, d'une part, le souhaitable, en matière de programme d'actions, est souvent contraint par le possible et que, d'autre part, les propositions de solutions sont souvent construites avant même l'analyse du problème...

Le travail a comme objectif une prise de recul par rapport à une réalité sur laquelle on ne peut pas toujours agir sans avoir pris en compte l'ensemble des données et des logiques d'actions.

Cela suppose de perpétuels allers et retours entre une vision intégrée (diagnostic-solution-changement) du thème qui peut être portée par ceux qui dispose de la vision « du dessus » voire systémique et une approche séquentielle des étapes de construction de la situation qui permet le travail d'appropriation par ceux « du dedans » voir du monde vécu qui auront à accompagner le changement.

« Réfléchir, Choisir, Construire pour Agir », telle pourrait être résumée la démarche, tout en reconnaissant que la question du changement en matière d'organisation ne repose pas seulement sur un travail d'apprentissage de la part de ceux qui vont agir mais aussi sur un travail de construction/déconstruction du sens de l'action pour ceux qui la pilote.

L'Agir Collectif se construit sur des convictions communes, sur une représentation partagée du sens et des finalités de l'action. Néanmoins, simultanément, ces convictions peuvent constituer des filtres imperméables à certains signaux qui ne peuvent dès lors plus être interprétés.

Le pilotage du changement se nourrit de convictions sans oublier qu'elles ne peuvent, ni ne doivent métaboliser les incertitudes en non-sens.

L'exercice proposé a comme objectif de prendre conscience de la nature relative et contingente qui pèse sur le mot « projet » et sur l'expression « sens de l'action » dans le champ sanitaire, social et médico-social.

Autrement dit, la légitimité de ceux qui ont la responsabilité d'engager la communauté dans le changement repose tout autant sur leur capacité à appréhender la culture identitaire (conçue comme un réservoir d'interprétations partageables du sens de ce qui s'y construit) que sur la

position hiérarchique dans laquelle ils sont institués et qui leur donne la possibilité de réguler les possibilités et les modalités de faire advenir ou non le changement.

La vraie richesse d'un territoire, dans le champ qui nous préoccupe, repose sur la dynamique de ses professionnels et sur leur loyauté vis-à-vis des formes d'organisation qui sont institués sur le territoire. C'est dire que la fonction de ceux qui assurent la responsabilité politique consiste avant tout à favoriser cette dynamique et cette loyauté.

Lors de la première étape « diagnostique » les questions auxquelles il faudrait pouvoir répondre sont les suivantes :

1. Quels sont les faits observés qui justifient que ce thème soit opportun dans le cadre de l'élaboration du projet de santé de territoire?
2. Quels sont les acteurs qui sont impliqués sur ce thème?
3. La temporalité peut-elle être identifiée ? (depuis quand ce thème doit-il être travaillé ?, existe-t-il des délais qui imposent la mise en œuvre d'un changement ?)
4. Quels sont les enjeux et objectifs d'une mise en œuvre d'un changement ?
5. Sur quelles ressources s'appuyer pour travailler ce thème (informations, compétences, etc) ?
6. Quelles sont les informations sur lesquelles on peut s'appuyer pour assurer un diagnostic préalable à l'élaboration des pistes de changement ?
7. Sous quelle forme restituer et communiquer le diagnostic posé sur le thème au comité de pilotage et plus largement à la communauté?

Lors de la deuxième étape « analyse des solutions » les questions auxquelles il faudrait pouvoir répondre sont les suivantes :

8. Quelles sont les pistes de changement sur lesquelles s'accordent les membres du groupe de travail ?
9. Quels sont les critères sur lesquels il est possible d'évaluer comparativement les différentes pistes de changement ?
10. Quelle est l'importance relative accordée à chacun des critères par le groupe ?
11. Quelles informations sur les pistes de changement proposées et sur les critères sélectionnées sont disponibles et accessibles?
12. Sous quelle forme restituer et communiquer l'analyse des solutions sur le thème au comité de pilotage et plus largement à la communauté?

Lors de la troisième étape « conduite du changement » les questions auxquelles il faudrait pouvoir répondre sont les suivantes

13. Quels sont les acteurs (agents) qui, du point de vue du groupe de travail, devraient être associés à ou s'impliquer dans la dynamique de changement ? Quels sont les champs de force qui pèsent sur eux, quels sont leurs objectifs et souhaits, leurs marges de manœuvre ?
14. Comment vont-ils adhérer à l'idée de changement ? Qui va porter le changement ? Où sont les limites de cette adhésion ?
15. Quelles sont les contraintes qu'ils vont devoir affronter ? Quelles sont les ressources dont ils disposent ? Quelles sont les résistances qui peuvent naître ?
16. Sous quelle forme restituer et communiquer sur la question de la conduite du changement sur le thème au comité de pilotage et plus largement à la communauté ?
17. Sous quelle forme restituer et communiquer une synthèse de l'ensemble de la démarche sur le thème au comité de pilotage et plus largement à la communauté ?

Annexe 2 : Synthèse des travaux groupe 1

Projet de santé de territoire Pays Diois

Groupe de travail N°1 « Sécurité, accessibilité, dispositif de santé première ligne »

Compte rendu des réunions des 4, 19 février, 4 et 17 mars, 8 avril 2009

Relevé de conclusions

Plan du compte rendu

1 – Méthodologie, calendrier :

2 – Première phase : le diagnostic :

2-1 : Définition des champs de réflexion :

2-2 : Les faits observés

2-2-1 : Démographie médicale

2-2-2 : Caractéristiques de la population dioise

2-2-3 : Caractéristiques géographiques

2-2-4 : La permanence des soins

2-2-5 : Problèmes de communication

2-2-6 : Remarques par métier

a) : Les kinésithérapeutes

b): Les infirmiers

c): Les médecins généralistes

d): Les pharmaciens

e): L'offre de soins alternative

f): Les pompiers

g): Les urgences (voir compte-rendu séparé)

2-2-7 : Les problèmes « administratifs ou réglementaires »

2-2-8 : Le contexte institutionnel

2-3 : Les acteurs impliqués (approche quantitative)

2-3-1 : Les kinésithérapeutes

2-3-2 : Les infirmiers

2-3-3 : Les médecins généralistes

2-3-4 : Les pharmaciens

2-3-5 : L'offre de soins alternative

2-3-6 : Les pompiers, les ambulanciers

2-3-7 : Les intervenants médicosociaux

2-3-8 : Les sages - femmes, obstétriciens

2-3-9 : Le psychiatre et l'ophtalmologue de l'hôpital de Die

2-3-10 : Les chirurgiens dentistes

2-3-11 : Le laboratoire d'analyses médicales

2-3-12 : Divers.

2-4 : Conclusion et synthèse des objectifs

A : Les besoins déduits et exprimés

B : L'offre de soins

C : Problématique

3 – Analyse des solutions :

3-1 : Assurer la succession des généralistes

3-1-1 : Revaloriser la profession de médecin généraliste

3-1-2 : Utiliser des incitations décidées au plan national

3-1-3 : Mettre en place des incitations au niveau local

3-1-4 : Faire découvrir aux étudiants la pratique des soins de premier recours

3-1-5 : Développer des « Projets de Santé » globaux spécifiques au Diois

- a) La santé inscrite dans le développement durable (cf. Annexe 1)
- b) Un projet de santé inscrit dans une démarche humanitaire
- c) Développer des structures d'exercice regroupé de la médecine
- d) Développer des projets d'établissements spécialisés

- e) Approfondir la coordination entre médecine de ville et hôpital

- f) Obtenir un statut particulier pour un territoire d'exception

3-2 : Réfléchir à la permanence des soins

3-3 : Organiser le traitement des urgences vitales ; créer un SMUR.

Synthèse générale

Projet de santé de territoire
Pays Diois

Groupe de travail N°1 « Sécurité, accessibilité, dispositif de santé première ligne »

Compte rendu des réunions des 4, 19 février, 4 et 17 mars, 8 avril 2009

Relevé de conclusions

Référents :

Dr Eric-Emmanuel Grison, Jean-Marc Daubos

Sont désignés, comme **animateur** (et modérateur) : Dr Thierry Buffel

comme **rapporteurs** : Myriam Bonjean

Serge Baude.

Participants : voir feuille de présence en annexe

1 – Méthodologie, calendrier :

Le groupe prend connaissance et adopte les recommandations du comité de pilotage ; **les travaux seront conduits en trois phases** dont les échéances sont définies en fonction du calendrier du Comité de Pilotage :

- 1- Pour le jeudi 19 février : aspect « **diagnostic** »
- 2- Pour le mercredi 4 mars : aspect « **analyse des solutions** »
- 3- Pour le mardi 17 mars : aspect « **conduite du changement** » (faisabilité et validation des solutions).

Le groupe de travail se réunira et établira un compte rendu pour chacune de ces étapes. Toutes les opinions, propositions, réflexions seront reprises et retranscrites le plus fidèlement possible.

D'autre part un sous-groupe « urgences » est constitué : Dr Girain, Dr Buffel, Mme Bortoloni (élue), Mme Comte (IDE), Mme Moucheron (assistante sociale), M. Daubos.

Le tour de table de présentation permet de constater que la réflexion sur la santé dans le Diois constitue une **source d'inquiétude, mais qu'établir un projet est porteur d'espoirs et d'envie de participer à la recherche de solutions.**

Il est regretté que parmi les textes établis par les experts et remis aux participants, certains passages soient écrits dans un style assez hermétique. *A contraria*, le groupe se propose d'essayer de produire ses comptes-rendus dans une formulation aussi simple que possible et compréhensible par tous : professionnel ou non de la santé.

Dans le groupe figurent des représentants des différentes professions médicales, des élus de collectivités, et des usagers de l'offre de soins. Personnes malades ou patients qui revendiquent ce titre plutôt que celui d'usager et qui sont présents afin que leurs besoins et leurs intérêts ne soient pas oubliés dans le projet.

Questionnement du groupe sur la zone géographique à définir : L'étude est conduite principalement sur la zone géographique dénommée « Diois » comprenant les cantons de Châtillon en Diois, Luc en Diois et Die. Participation d'acteurs de Saillans, donc prise en compte de leur intervention. Pas d'intervenants des cantons de Lus La Croix Haute et de La Motte Chalancon qui sont de ce fait exclus de l'étude. Le groupe fait remarquer que le territoire ainsi défini n'est pas complètement représentatif des questions de santé. Dans les faits il semble n'y avoir aucun patient de Lus La Croix Haute sur le Diois, une partie vient de la Motte Chalancon, une partie de Saillans et du proche Vercors.

2 – Première phase : le diagnostic :

2-1 : Définition des champs de réflexion :

- Les soins de première ligne ont été définis par le conseil médical de la recherche en Angleterre en 1997 comme : « **des soins de premier contact, continus, globaux et coordonnés** ». Ils concernent : la médecine familiale, les soins infirmiers, pharmacie, kinésithérapie, diététique, travail social, santé mentale, prévention, médecine d'urgence, ...

- Les soins de première ligne reprennent des préoccupations communes avec les soins de santé primaires qui ont été définis par l'OMS en 1978 :

- **La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social**

- **Permettre l'accessibilité à la santé pour tous**

- **Accorder à la prévention la même importance qu'aux soins.**

- Et plus récemment, thématique centrale des EGOS (États Généraux de l'Organisation de la Santé) en 2008 : Offre de soins de « 1^{er} recours ».

- Rapport parlementaire du Dr Marc Bernier (synthèse de ce rapport remis aux participants du groupe 1)

Avec, chaque fois, la dimension : prise en compte de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

2-2 : Les faits observés :

2-2-1 : Démographie médicale :

L'offre de soins (les professionnels de la santé) s'est profondément modifiée ces dernières années, et cette évolution va se poursuivre :

- La baisse du nombre de médecins à l'horizon 2025 est estimée à 30% (conséquence pour partie du *numerus clausus*). Il y a aujourd'hui 50000 médecins généralistes en France, soit 0,8 médecin pour 1000 habitants. Ce ratio passera à 0,5 / 1000 habitants en 2025.
- La liberté d'installation des professionnels de santé crée des déséquilibres entre les régions. Certains s'interrogent sur la légitimité de cette liberté d'installation. Les débats en cours à l'Assemblée Nationale indiquent bien que le problème est clairement posé et que le gouvernement semble se diriger vers des mesures incitatives plutôt que vers des mesures coercitives.
- La démographie de l'offre va accélérer la diminution du nombre de médecins ; compte tenu de leur âge, 50 % des médecins installés partiront en retraite d'ici à 10 ans.
- La profession de médecin s'est féminisée : 60% des étudiants en médecine sont des femmes. Les femmes affichent pour leur métier une moindre disponibilité que les hommes.
- Les jeunes médecins dans leur ensemble ne souhaitent pas consacrer à leur activité professionnelle autant de temps que leurs aînés.
- Les attentes des jeunes praticiens sont de moins en moins compatibles avec le mode d'exercice traditionnel de la médecine générale dans les zones sous dotées.
- 90 % des étudiants en médecine déclarent refuser de travailler seul (préférence explicite pour le travail en groupe).

2-2-2: Caractéristiques de la population dioise: Réf.1 : Expertise médicoéconomique de territoire bassin de santé N° 2 rapport final de mars 2008, ARH Rhône-Alpes et réf. 2 : rapport de la CAF, diagnostique territorial du diois, reçu par les partenaires en décembre 2008) :

Le territoire étudié comporte environ 10000 habitants ; comme cela a été précisé au chapitre 1, ce territoire ne rend pas compte de la zone géographique réellement concernée par les services de l'hôpital. Il faut y rajouter tout ou partie de Lus la Croix Haute, La Motte Chalancon et Saillans, soit 2700 habitants de plus. Enfin, il faut signaler que le Diois est en interactivité avec le Crestois et que ces deux territoires devraient dans certains cas être associés pour mettre en œuvre des solutions communes

1: Mobilité réduite

- Précarité : personne seule, CMU, RMI, Chômage, travail saisonnier....
- Forte proportion de personnes âgées et de personnes avec handicap ou en invalidité qui ne peuvent pas ou peu se déplacer : Il conviendrait de réfléchir à la mise en place d'un réseau local de « repérage des situations ».

Le dispositif actuel fait appel au secteur libéral, Service de Soins Infirmiers A Domicile (SIAD), Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), et aux projets antenne Hospitalisation À Domicile (HAD), Garde Itinérante de Nuit à Domicile (GIND).

- Proportion importante de personnes avec handicap ou en invalidité.

2: Variabilité et diversité

- Familles
- Retraités
- Touristes
- Saisonniers
- Sportifs et activités à risques.

3: Tissu social dense et dynamique

2-2-3 : Caractéristiques géographiques

1: Distances importantes, + de 60 km avec les grandes villes :

Les hameaux les plus éloignés sont à 30 km de Luc ou de Châtillon en Diois, et donc à près d'une heure de trajet de Die, une heure trente de Saillans, et près de deux heures de Valence.

La notion de « désert médical » n'est pas seulement liée au nombre de médecins mais aussi aux difficultés d'accès aux soins liées à l'éloignement géographique des professionnels de santé.

Les difficultés et les inégalités dans l'accès aux soins de premier recours pourraient s'aggraver à court terme

2: Routes de montagne, pas d'autoroute :

L'hiver, même si les routes sont correctement entretenues et déneigées, les temps de parcours peuvent être rallongés d'une heure ou plus.

2-2-4 : La permanence des soins :

Il n'y a plus de gardes assurées le week-end sur le haut diois et la permanence des soins par les généralistes a été supprimée sur Die et sa couronne, par arrêté préfectoral, depuis septembre 2006.

→ *En séance plénière du Comité de Pilotage du 15 avril, Mme la Directrice de la DDASS – ARH, rappelle son intervention précédente quant au contexte et à la rédaction sur ce point.*

La conséquence de ces changements, et en particulier de la non permanence des soins c'est, pour l'utilisateur, le **recours au Service d'Urgences de l'hôpital de Die de manière « inhabituelle »**. Pour l'utilisateur, au terme d'urgence était en principe associée la notion de gravité, voire de caractère vital. Le **Service d'Urgences est en fait devenu, outre sa fonction historique, un lieu de consultation médicale classique** aux moments où

les généralistes sont indisponibles, mais également pendant leurs périodes d'activité (voir chapitre consacré aux Urgences).

La qualité du Service d'Urgences de l'hôpital de Die est soulignée à partir d'expériences personnelles relatées au cours de la discussion.

Les enquêtes réalisées montrent que la population la plus fréquemment accueillie au service d'urgences de l'hôpital de Die, est celle des enfants de 10 – 20 ans, puis des 1 à 10 ans, 20 – 30 ans, 30-40 ans : les soins sont assurés sans rendez-vous, à toutes heures, et ressentis comme « gratuits » (en réalité sans « avance de frais ») ; la population la moins représentée est celle des personnes âgées à partir de 60 ans : celles-ci préfèrent attendre le lendemain ou la fin du week-end pour rencontrer leur médecin traitant, auquel elle restent très attachées.

Ce nouveau rapport entre médecin généraliste et Urgences s'est créé progressivement et la population a modifié son recours à l'offre de soins. Se pose donc le problème de la réadaptation entre l'offre de soin et le comportement des usagers. **la prévention et l'éducation pourraient permettre de retrouver du bon sens dans la prise en charge autonome par le patient de toute la « bobologie ». les soignants pourraient peut être dégager un peu de temps malgré la paperasse, pour ne plus être seulement dans la réponse immédiate de soins mais pour aussi travailler sur l'éducation et l'hygiène de vie, sur la prévention, sur l'accompagnement. Le problème reste que tous ces aspects très importants et qui demandent souvent du temps ne sont pas reconnus, pas valorisés et pas cotés : exemple des heures passées avec un patient en fin de vie et sa famille, du temps passé avec une personne en détresse et...**

D'autre part il est noté la volonté des médecins généralistes de répondre positivement à la permanence des soins à condition qu'ils soient assez nombreux et que leurs missions soient bien définies. Par exemple : **La prise en charge de l'urgence vitale n'est pas du ressort du généraliste ; elle doit être traitée par un urgentiste qui se déplace sur le lieu de survenue.**

Pour le Diois il est supposé venir de Valence. On peut s'interroger sur la réelle efficacité de ce dispositif du fait de la distance, de la géographie et du délai d'intervention. Même problème pour un **accouchement qui se déclenche inopinément. Qui doit prendre en charge cette urgence ? (Problème de la proximité des structures de soins).**

Au cours de la discussion, il a été précisé que **la non permanence des soins par les généralistes pénalise également la mise en place de soins palliatifs à domicile ; de ce fait les personnes qui voudraient mourir chez elles ne le peuvent pas toujours. Par exemple : dans certaines situations, les infirmières ne peuvent pas assumer seules cette lourde prise en charge, la nuit et le week-end.**

Le rétablissement de la permanence des soins passe par la recherche d'organisations nouvelles, d'une cohabitation ou plutôt d'une **collaboration à inventer ou réinventer entre le secteur hospitalier et le secteur libéral.**

Pour certains il n'y a pas assez de communication entre ces deux secteurs (voir paragraphe suivant).

La permanence des soins n'est pas assurée non plus en kinésithérapie notamment pour la kinésithérapie respiratoire.

Par contre la permanence des soins est assurée par les infirmiers sur « Die-et-environs » et par les pharmacies sur l'ensemble du territoire (Saillans compris) (une semaine de garde à tour de rôle). Dans le projet d'aménagement de l'hôpital (urgences, imagerie médicale, consultations externes), il existe un local dénommé « maison des médecins » et une « maison des usagers », locaux dans lesquels pourraient s'installer ces nouvelles formes de collaboration.

À ce titre, il est évoqué des solutions mises en place par des médecins libéraux qui utilisent un local à l'intérieur d'un hôpital pour assurer la permanence des soins (médecins de Solesmes et hôpital de Le Cateau dans le Nord). Ou encore la création d'un cabinet (ou d'une maison médicale) virtuel : plateau téléphonique commun à plusieurs médecins qui renvoie les patients sur l'un d'entre eux.

2-2-5 : Problèmes de communication :

Il est fait état de problèmes de communication ou de manque de coordination entre médecine libérale et médecine hospitalière, mais aussi entre libéraux de même profession, ou entre libéraux de professions différentes. Pourtant **« puisque les deux systèmes libéraux et publics fonctionnent à partir de la même caisse socialisée, la moindre des choses c'est de leur demander de travailler ensemble et de redéfinir leurs droits et leurs devoirs »** (extrait de l'émission « C dans l'air » du 13 (?) / 02).

Par exemple :

-Il n'y a pas de visibilité sur le nombre de poste de kinésithérapeutes pourvus à l'hôpital, par rapport au nombre de postes budgétés (2,5 en principe). L'hôpital semble manquer d'attractivité (intérêt professionnel et rémunération) et les candidats sont en nombre insuffisant.

Mais par ailleurs les kinésithérapeutes libéraux du Diois seraient disponibles du fait notamment d'une démographie importante. Mais se pose entre autre la question des modalités pouvant permettre un partenariat (contrat de quel type ? suivi de patient à l'hôpital et possibilité de paiement à l'acte ?...)

Précision du Directeur de l'hôpital : Postes de kinésithérapeutes = transparence CH. Rémunération à l'acte pas possible, sauf en hôpital local. Un seul MK accepte de travailler forfaitairement à l'hôpital, malgré diverses propositions de la part de l'établissement, qui a connu une pénurie criante.

↳ Plus généralement les professionnels de santé ignorent quels sont les spécialistes qui interviennent à l'hôpital.

↳ Le livret d'accueil de l'hôpital, destiné aux patients, et dont on dit qu'il est plutôt bien réalisé, est méconnu des professionnels de santé.

↳ Les infirmières libérales regrettent un manque de communication avec l'hôpital, mais aussi avec les autres professionnels de la santé : « on se cause dans la rue, au hasard de nos rencontres ». Cependant, sur « Die-et-environs » une communication intéressante s'est mise en place avec les médecins généralistes et les infirmières via internet.

Précision du Directeur de l'hôpital : réunions avec les infirmières programmées : ce jour même : GIND, groupe 1.

↳ Il existe des structures de prévention, par exemple à la mairie de Die, à l'espace social et à l'hôpital sur les questions d'addiction (drogue, alcool) ou de prévention du suicide, mais sait-on exactement de quoi il s'agit, et qui fait quoi ? Sentiment pour certains d'un manque de transparence volontaire, de non ouverture pour éviter certains indésirables par exemple. Questions sur la prévention en matière d'hygiène de vie ou d'alimentation, de prise en charge de la « bobologie » en milieu scolaire et de savoir qui s'en occupe ? Proposition de bénévolat.

↳ Pourquoi les pharmaciens n'ont-ils pas été impliqués dans la mise en place de l'HAD (Hospitalisation A Domicile) ? Problème des prestataires de service utilisés par les CHU notamment qui favorisent le gaspillage, les démarches aberrante pour les familles (exemple de la nécessité d'un père d'aller à Lyon chercher un médicament qui était sur le diois), et qui court-circuitent les structures locales et de proximité qui doivent travailler pour subsister. Ce problème est connu et identifié ; il fait l'objet de discussions et des solutions sont à l'étude.

Précision du Directeur de l'hôpital : Projet antenne HAD : volonté d'intégrer les pharmaciens d'officine dès la 1^{re} réunion CME CH Die 26 novembre 2008 et rencontres médecins et infirmières libéraux. Contraintes T2A : ciblage des dépenses.

2-2-6 : Remarques par métier :

a) : Les kinésithérapeutes :

- Les soins à domicile sont moins efficaces qu'en cabinet (absence de matériel ou d'appareils) ; il faudrait faciliter l'accès aux cabinets aux personnes âgées ou dépendantes, elles y recevraient de meilleurs soins.

- Il manque dans le « Diois » un plateau technique étoffé, accessible à tous les kinésithérapeutes en partenariat, pour créer un véritable Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) exemple d'une piscine de rééducation.

- Il manque une garde de kinésithérapie respiratoire et plus général dans certains cas.

- Les kinésithérapeutes font part de leur inquiétude et de leur angoisse à propos de la non permanence des soins d'une part, et des menaces qui semblent peser sur les Urgences et le Service d'Imagerie Médicale de l'hôpital de Die d'autre part.

- Certains partant du principe que l'ère où l'Etat apportait tout étant révolue, d'autres modes de fonctionnement doivent être explorés. Proposition d'une vision humanitaire qui sera développée dans la phase proposition de solution.

b): Les infirmiers :

✧ Les actes médicaux (AMI) sont en développement et finissent par saturer l'emploi du temps des infirmières. Du fait en parti des soins infirmiers à domicile de plus en plus lourds, conséquences de l'application de la tarification à l'acte dans les hôpitaux publics qui entraîne des retour à domicile de plus en plus précoce. Dans ce contexte il y a une importante demande de soins AIS (toilettes) non satisfaite sur Die et sa couronne.

Certains patients « n'ont droit qu'à une toilette par semaine », et les plus éloignés sont les plus pénalisés. Ces besoins sont partiellement traités par le « Service de Soins Infirmiers à Domicile » (SSIAD), service hospitalier, mais dans le cadre d'une dotation annuelle d'interventions actuellement limitée à 100. Les demandes non satisfaites sont orientées en partie vers les auxiliaires de vie (ADES). Questionnement et inquiétude sur la conséquence de la multiplication des intervenants pour un même patient et sur d'éventuel manque de formation, de cadre légal et de manque de qualification.

Il y a un manque d'aides soignants.

✧ Les infirmiers sont demandeurs d'un **élargissement de leur droit à la prescription** (aberration de la possibilité de prescrire des pansements mais pas d'antiseptiques, par exemple).

c): Les médecins généralistes :

- La plupart des médecins du territoire sont quinquenaire voire sexagénaires et certains prendront leur retraite à court terme. **Se pose inévitablement un problème de succession.**

- La question de la difficulté à joindre certains médecins généralistes est évoquée (ligne téléphonique occupée, répondeur téléphonique, invitation à rappeler plus tard...) et constitue un handicap d'accès aux soins de première ligne.

- **Le Diois est sinistré au niveau de la santé mentale** et pourtant c'est une partie importante de la prise en charge de la santé. Ce d'autant que la population Dioise a des caractéristiques particulières :

1 : Fort taux de chômage, de RMI, de CMU, de précarité, de personne de plus de 75 ans, de personnes avec handicap ou avec invalidité par rapport au moyenne nationale, régionale et même départementale. (Réf. 1 et 2)

2 : Indices « état de santé » et « santé globale » (comprenant : état de santé+offre+indice socioéconomique) en situation défavorable pour le diois. Réf. : 1)

À proximité il n'existe qu'un seul psychiatre intervenant à l'hôpital et qui prend en charge les pathologies lourdes et leurs traitements. Deux psychologues intervenants aussi dans le cadre de l'hôpital de Die et qui

sont saturées. Antenne CMP avec une disponibilité limitée et des intervenants dont la présence semble aléatoire (pédopsychiatre pas toujours présent)

- Les généralistes sont **surchargés par la paperasse et les demandes de soins immédiats avec des consultations en « bobologie »** dont ils pourraient être soulagés. Des solutions opérationnelles simples sont à imaginer. Pouvoir dégager du temps pour la prévention, la coordination ... sans oublier la vie personnelle et de famille !

- Concernant les soins palliatifs, il est constaté qu'il n'y a pas de lits affectés à l'hôpital de Die et que les interventions y sont réalisées par l'antenne mobile de l'hôpital de Crest. Il y a une nécessité réelle de **créer un réseau de soins palliatifs de proximité**. Le docteur Buffel déclare souhaiter dégager du temps pour réfléchir à cette question, en particulier dans le cadre d'un projet de réseau (Cf. infra).

- Discussion sur les réseaux et leurs intérêts : plus grande réussite et efficacité des réseaux créés à l'initiative des intervenants d'un territoire dont la préoccupation première est de répondre et de s'adapter aux besoins de la population locale spécifique, plutôt que les réseaux conçus « d'en haut » avec « les histoires de gros sous » qui peuvent prendre le pas sur l'intérêt du patient. Problématique des temps de réunion, des outils pas assez pratiques : « questionnaires à rallonge, échelles complexes ... éviter le morcellement

d): Les pharmaciens :

✓ Ils posent le problème des **livraisons de médicament et de matériel médical faites directement aux malades** soit par le service HAD de Crest ou d'autres prestataires, soit par des hôpitaux éloignés, alors qu'ils sont disponibles sur place pour assurer ce service (pérenniser l'existant).

✓ Ils pensent que si les nouveaux droits de prescriptions des sages-femmes, infirmières et kinésithérapeutes étaient plus en adéquation avec leurs spécialités et (ces prescriptions) plus reconnues, cela pourrait décharger les généralistes de paperasses à des fins de « régularisation de dossier patient ».

✓ Les pharmaciens sont prêts à tenir le rôle de **coordinateurs pour les patients qui les désignent**. Ils sont le **carrefour entre les différents acteurs de santé (différents services hospitaliers parfois de deux hôpitaux différents, médecins, laboratoire de biologie, soignants), mais aussi des patients, des proches**

des patients, des associations aidant les patients, des acteurs sociaux, des organismes de tutelles (régimes obligatoires, complémentaires de santé).

Exemples :

- Lors des sorties d'hospitalisation, ils demandent à être prévenus dans la demie journée qui précède afin de pouvoir honorer en totalité la prescription dans la sérénité, ce qui rassurera le patient.

- Les nouvelles thérapeutiques (transfert de coût exorbitant du public vers le privé) sorties récemment du milieu hospitalier nécessitent la mise en œuvre d'une telle collaboration si on veut atteindre une réelle efficacité (observance, effets secondaires, interactions médicamenteuses). Cette coordination doit être une réelle collaboration à laquelle les pharmaciens peuvent efficacement participer grâce à l'élaboration d'un nouvel outil sécurisé et confidentiel pour le patient : le « DP », dossier pharmaceutique.

✓ Les pharmaciens souhaitent enfin participer au service public de la permanence des soins, aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les autorités de santé, à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement des patients : hygiène, nutrition, soins quotidiens du nourrisson, sevrage tabagique, ... La place du pharmacien est là encore au carrefour entre le « pôle médical » et le « pôle bien-être » ; il est à même de jouer le rôle « d'aiguilleur » pour l'accès au soins de premier recours ; il joue déjà ce rôle de façon spontanée, mais si l'on veut le mettre plus en avant, ce rôle doit être reconnu.

e): L'offre de soins alternative :

▫ Cette offre s'est considérablement développée ces dix dernières années et on recense, sur le Diois, 45 thérapeutes toutes sensibilités confondues. Ce développement semble être assez spécifique au Diois, mais on ne dispose pas de données en la matière. Qu'on soit pour ou contre, ces thérapeutes répondent à un **besoin de la population non ou mal satisfait.**

▫ Questionnement sur la qualité des formations.

f): Les pompiers :

☞ 4 casernes : Luc, Châtillon, Die, Saillans.

☞ Fonctionnement basé sur le volontariat.

☞ Problème de la médicalisation et de la succession des médecins sapeurs-pompiers. Il y a actuellement 4 médecins pompiers sur le Diois : les docteurs Bar, Gabard, Girain et Védrine. Ils sont tous relativement âgés. Qui les remplacera ?

☞ Problème de la disponibilité de personnes en activité professionnelle. Se pose la difficulté de monopoliser une équipe pour des transports longs.

Les pompiers sont tenus à un devoir de réserve et n'ont pu participer aux réunions du groupe 1. Leur avis sera recueilli directement par les experts de la santé appartenant au Comité de pilotage.

Il est signalé qu'il y a un déficit de pompiers volontaires sur le Diois.

→ Il est bien précisé en Comité de Pilotage, que le SDIS de la Drôme a simplement voulu indiquer qu'il ne s'agit pas pour lui d'être le transporteur ou le chauffeur du CH. Il n'y a pas par ailleurs de difficultés particulières entre « blancs » & « rouges » pour un travail en commun sur les urgences à Die.

g): Les urgences (voir compte-rendu séparé) :

- Le service d'Urgences de l'hôpital de Die réalise près de 7000 interventions par an dont 1000 de nuit (tranche de 20 heures à 8 heures). Il serait utile de connaître le nombre d'interventions réalisées le week-end et donc de mesurer les interventions qui sont réalisées pendant les périodes d'activité des médecins généralistes.

2-2-7 : Les problèmes « administratifs ou réglementaires » :

⊘ Les kinésithérapeutes ne peuvent intervenir à l'hôpital avec une rémunération à l'acte. Les malades souhaiteraient pourtant que leur kinésithérapeute puisse y poursuivre ses soins.

⊘ Problème de la tarification à l'acte (T2A) et de sa non connaissance par les usagers. Un malade hospitalisé pour une fracture par exemple ne peut recevoir de l'hôpital des médicaments relatifs à son traitement de longue durée ; il faut qu'il amène ses médicaments (s'il ne veut pas amputer le budget de l'hôpital).

2-2-8 : Le contexte institutionnel :

Le projet de loi HSPT (Hôpital, Santé, Patient, Territoire) compte parmi ses objectifs de renforcer la prise en compte de soins « primaires ». Ce que ne peut ignorer le projet de santé de territoire du Pays Diois.

2-3 : Les acteurs impliqués (approche quantitative) :

2-3-1 : Les kinésithérapeutes :

On recense 4 cabinets, soit 8 kinésithérapeutes à Die et 1 cabinet soit 2 kinésithérapeutes à Luc en Diois. Le Diois comporte donc 10 kinésithérapeutes. D'une façon générale ils sont en demande d'une collaboration avec l'hôpital. (Voir chapitre diagnostic).

2-3-2 : Les infirmiers :

On recense 8 infirmiers à Die, 8 à Châtillon-Luc, et 2 nouvellement installés à Poyols, soit au total 18 infirmiers sur le Diois. (Six sur Saillans)

2-3-3 : Les médecins généralistes :

On identifie 8 médecins généralistes dont 1 à temps partiel, plus 2 médecins qui se sont orientés vers un exercice particulier et déconventionné. (Plus deux sur Saillans)

2-3-4 : Les pharmaciens :

On compte 1 pharmacie à Luc, 1 à Châtillon, et 2 à Die, soit 4 pharmacies au total sur le Diois. (Plus une sur Saillans)

2-3-5 : L'offre de soins alternative :

- On recense
- 7 ostéopathes (toutes écoles confondues)
 - 10 thérapeutes en approche énergétique
 - 8 psychologues et / ou psychothérapeutes
 - 6 thérapeutes de type massage
 - 5 kinésilogues
 - 1 chiropracteur
 - 1 reflexologue
 - 1 naturopathe
 - 5 sophrologues
 - 1 non identifié

Soit 45 thérapeutes en offre alternative. Ils étaient 2 en 1988, et 4 en 1993

2-3-6 : Les pompiers, les ambulanciers :

2-3-7 : Les intervenants médicosociaux : PMI, CLIC, PASS, ADES... (Cf. groupe de travail 4)

2-3-8 : Les sages - femmes, obstétriciens : (Cf. travail du groupe 3)

2-3-9 : Le psychiatre et l'ophtalmologue de l'hôpital de Die

2-3-10 : Les chirurgiens dentistes

2-3-11 : Le laboratoire d'analyses médicales

2-3-12 : divers : Dermatologue, diététiciens, podologues, associations et actions de sensibilisation ou de prévention ...

2-4 : Conclusion et synthèse des objectifs :

Pour que les soins de premiers recours soient efficaces ils doivent permettre l'adaptation de l'offre de soins au plus près des besoins.

A : Les besoins déduits et exprimés :

- 1 : Proximité géographique (distances et temps de parcours).
- 2 : Disponibilité, permanence des soins, interventions à domicile chez les personnes ayant perdu de l'autonomie.
- 3 : Simplicité d'accès aux différents intervenants du système.
- 4 : Réponse rapide et adaptée aux demandes de soins quotidiens (urgents ou pas).
- 5 : Prévention, informations, éducation.
- 6 : Professionnalisme.
- 7 : Diversité et respect des approches de soins différentes.
- 8 : Coût réduit pour accès aux soins pour tous.
- 9 : Égalité d'accès aux soins.

B : L'offre de soins :

1 : De nombreux intervenants sur le Diois.

2 : Volonté d'améliorer le service rendu dans le respect des disponibilités et des compétences de chacun.

C : La problématique :

1 : Comment assurer la succession des médecins généralistes et des médecins sapeurs pompiers ?

2 : Comment recréer la permanence des soins des médecins généralistes et créer celle des kinésithérapeutes (principalement pour les personnes à mobilité réduite, fin de vie ...) ?

3 : Comment prendre en charge l'urgence vitale par un urgentiste, du lieu de survenue du problème jusqu'au lieu de sa prise en charge par la structure appropriée ?

4 : Comment supprimer la carence au niveau intervenants diois dans le domaine de la santé mentale ?

5 : Comment améliorer la concertation, la fédération des moyens humains et techniques des différents intervenants ?

6 : Comment arriver à organiser et à rendre transparent et accessible à tous, facilement, les différents moyens possibles dans l'offre de soins ?

7 : Comment arriver à concilier multiplicité des intervenants et cohérence dans le projet de soin d'un patient ?

8 : Comment organiser prévention, information, éducation ?

3 – Analyse des solutions :

3-1 : Assurer la succession des généralistes :

Il convient de mettre en place dès maintenant les moyens de faire face à la pénurie qui interviendra obligatoirement dans les années à venir.

Les solutions proposées sont de natures différentes et mettent en jeu des responsabilités nationales et/ou locales :

- Revaloriser la profession de médecin généraliste.
- Utiliser des incitations à l'installation dans le Diois.
- Faire découvrir aux étudiants la médecine de premier recours.
- Développer des projets de santé spécifiques au Diois favorisant l'exercice regroupé de la médecine.
- Approfondir la coordination entre médecine de ville et hôpital.
- Obtenir un statut particulier pour un territoire d'exception.

3-1-1 : Revaloriser la profession de médecin généraliste :

La revalorisation de la médecine générale est indispensable : En effet 25 % des postes proposés en médecine générale n'ont pas été choisis par les étudiants ces quatre dernières années. D'où le danger des mesures coercitives même s'il peut être tentant, dans un premier abord, de proposer de limiter la liberté d'installation, ou d'obliger les jeunes médecins à faire quelques années dans les déserts médicaux avant de pouvoir s'installer. Se pose aussi la question de la reconnaissance de la spécialité de médecine générale au niveau rémunération. Pourquoi la consultation est-elle moins cotée que les autres spécialités ?

Le groupe recommande d'adopter certaines propositions du « rapport Bernier »:

✘ Confier aux professionnels de santé de premier recours, aux maisons de santé ou aux centres de santé des « mandats de santé publique » ouvrant droit à des rémunérations forfaitaires, pour valoriser leurs actions de santé publique et le suivi des malades chroniques.

✘ Favoriser la coopération entre les professionnels de santé en leur offrant des formations et des rémunérations attractives et en redéfinissant de façon souple leurs champs de compétence, afin de décharger les médecins de certaines tâches, notamment administratives, qui ne relèvent pas de leur cœur de métier et d'éviter certaines consultations inutiles.

✘ Développer les techniques de télémédecine et les systèmes d'information en santé, qui favorisent la coopération entre professionnels de santé et permettent de prendre en charge les patients dans des conditions alliant proximité et qualité des soins.

✘ Attirer de nouveaux professionnels, en offrant des statuts d'exercice variés et accueillant des stagiaires.

3-1-2 : Utiliser des incitations décidées au plan national :

Lors de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », l'Assemblée Nationale a adopté une mesure prévoyant une « allocation d'engagement de service public » pour les étudiants en médecine qui iront travailler dans les territoires sous dotés. Concrètement, une bourse pouvant atteindre un montant de 1200 € par mois sera proposée aux étudiants dès la deuxième année et jusqu'à la fin de l'internat. Une fois leur diplôme en poche, ils devront s'installer dans une zone prioritaire pour une durée équivalant à celle du versement de l'allocation. Au départ il est prévu 200 bourses, entièrement financées par l'assurance-maladie.

A partir de 2012, des praticiens installés en zones bien pourvues pourront être sanctionnés financièrement s'ils refusent d'exercer, une partie de leur temps, dans les territoires déficitaires.

« La Croix – vendredi 6 mars 2009 »

3-1-3 : Mettre en place des incitations au niveau local :

Mettre en place des incitations telles que la mise à disposition de locaux ou de logements par les collectivités locales, à des médecins désireux de s'implanter dans le Diois. Faire voter par les municipalités une exonération de la taxe professionnelle, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Toutefois la mobilisation des collectivités territoriales doit se faire en veillant à garantir la cohérence et l'équité des interventions publiques en faveur de l'offre de soins de premier recours.

3-1-4 : Faire découvrir aux étudiants la pratique des soins de premier recours :

- ⇒ Faire découvrir aux étudiants la pratique des soins de premier recours par des stages échelonnés au long de leur formation.
- ⇒ Encourager la définition de stages internés pour jeunes praticiens : découverte de la spécialité de médecine générale.
- ⇒ Promouvoir les fonctions de maître de stage chez les médecins généralistes.

3-1-5 : Développer des « Projets de Santé » globaux spécifiques au Diois :

L'organisation de la santé autour de projets innovants et dynamiques serait susceptible de provoquer des vocations à l'installation de médecins qui se reconnaîtraient dans une éthique de fonctionnement particulière et précise. Par ailleurs cela donnerait au territoire une certaine autonomie dans le domaine de la politique de santé.

a) La santé inscrite dans le développement durable (cf. Annexe 1):

Le but serait de remplacer l'image actuelle d'un territoire rural en déclin par l'image d'un territoire dynamique résolument engagé dans une politique de développement durable. Cette politique existe déjà dans le Diois : elle est initiée par des projets tels que «Approche Leader» (Sport, Nature, Santé) et « Biovallée » par exemple. Donc cette autre vision de la santé, qualifiée de « santé durable », devrait s'appuyer sur la potentialisation des ressources locales et sur le développement de l'éducation et de la prévention. Un des objectifs est d'adapter au mieux, offre et demande de soin avec une réflexion particulière sur la consommation des soins en générale.

En tenant compte des particularités du Diois il pourrait par exemple être développé une filière phytothérapie s'appuyant sur une production locale déjà présente et une transmission des savoirs par des personnes compétentes dans ce domaine. Ce concept de « santé durable » pourrait se concrétiser par la création d'un pôle ou d'une « maison de premier recours et des solidarités ». Cette structure comprendrait un pôle central permettant de fédérer, articuler, faire communiquer et coordonner quatre pôles plus ou moins déjà existants mais à renforcer : un pôle médical articulé avec un pôle social, un pôle associatif (solidarité, bénévolat), et un pôle bien-être.

b) Un projet de santé inscrit dans une démarche humanitaire :

Le Diois, territoire rural en difficulté économique, pourrait être traité sur le mode « humanitaire » comme le sont les pays en voie de développement. Dans ce modèle qui ferait appel à des ONG (existantes ou à créer), l'Etat n'interviendrait plus comme « Etat Providence » mais comme partenaire, au même titre d'ailleurs que des Donateurs (extérieurs au territoire concerné), que des Mécènes (des banques par exemple comme dans le plan « banlieues »), et que la CEE.

Les ONG, l'Etat-partenaire, la CEE et les Donateurs seraient appelés à financer des projets médicaux, en association avec la population et les collectivités locales : Dons d'années d'études en échange d'un salaire minimum garanti en début d'activité, stages d'étudiants en médecine, prêts ou aménagement de logements...

La population serait directement impliquée dans ces projets par des dons, du temps à consacrer, des compétences à apporter.

Ce projet médical humanitaire serait donc porté par trois piliers :

- L'Etat Partenaire
- Les ONG, la CEE, les Donateurs « extérieurs »
- Le tissu local (collectivités et population)

(Voir document joint)

c) Développer des structures d'exercice regroupé des métiers de la santé :

▫ Développer les structures dont le mode de fonctionnement favorise la coopération entre les professionnels. Approfondir la coopération entre les professionnels de santé. Privilégier les différentes structures d'exercice regroupé, notamment celles qui procèdent d'une démarche territoriale d'organisation globale de l'offre de soins

▫ Le regroupement des professionnels de santé libéraux peut prendre différentes formes, certaines favorisant plus que d'autres la coopération entre les professionnels de santé. Parmi les structures d'exercice regroupé créées le plus souvent à l'initiative des professionnels de santé soucieux d'améliorer leurs pratiques et leurs conditions de travail, ou des collectivités territoriales confrontées aux risques de désertification médicale, on peut distinguer plusieurs catégories de structures :

▫ La « maison médicale », ou « cabinet de groupe », constitue la forme traditionnelle d'exercice collectif de la médecine libérale. Chaque praticien y garde son indépendance professionnelle.

▫ La « maison médicale de garde » est un lieu fixe de prestations de médecine générale, qui fonctionne aux heures de la permanence des soins, assure une activité de consultation médicale non programmée, et répond à un cahier des charges.

▫ La « maison de santé » définie par le code de la santé publique, ou « maison de santé pluridisciplinaire », est constituée entre différents professionnels de santé et peut associer des personnels médico-sociaux. Elle assure des activités de soins sans hébergement et peut participer à des actions de santé publique.

▫ Structurer l'offre de soins de premier recours en « pôles de santé », en invitant l'ensemble des acteurs des soins de premier recours d'un même bassin de vie – professionnels libéraux, hôpital, structures médico-sociales, etc. – à élaborer un véritable projet médical de territoire.

Il faut préciser que la Mairie de Die, la Communauté des Communes du Diois et l'hôpital de Die ont en cours depuis plus d'un an un projet commun de création d'une « Maison de Santé Pluridisciplinaire ».

Ce projet a pour objectifs de :

- Permettre une souplesse d'exercice du fait du travail en groupe (temps partiel, vacances, formations....)
- Devenir un pôle attractif pour les jeunes médecins et permettre la succession des médecins dont la moyenne d'âge est de plus de 55 ans
- Permettre aux différents acteurs (infirmières, kinésithérapeutes, médecins...) de travailler en concertation.
- Permettre d'attirer des spécialités différentes en partenariat avec l'hôpital : Prospection avec réponse positive d'un pneumologue, d'un dermatologue...
- Permettre des permanences de psychiatres ou psychologues.....

Ces objectifs sont en parfaite adéquation avec les problèmes et les solutions qui sont présentés dans ce rapport.

Le pharmacien de Châtillon souhaite que les discussions en cours soient élargies aux professionnels de santé et aux élus du Haut Diois et que soit posée la question de la localisation de cet établissement.

On peut ajouter que la Maison de Santé Pluridisciplinaire est parfaitement compatible et complémentaire avec le fonctionnement en « réseaux de soins » tel qu'il est vécu dans le Diois :

- Réseau prévention suicide en place avec formations régulières.
- Réseau prévention des conduites addictives : en cours de constitution.
- Réseau de soins palliatifs basé à Crest avec la volonté de différents acteurs Diois d'être des relais locaux (infirmières, médecins...) une infirmière déjà formée sur l'hôpital de Die, convention signé entre l'hôpital de die et ce réseau ainsi qu'avec l'association de bénévoles formés : ACTES
- Discussion en cours sur un réseau de gérontologie ou peut être même plus polyvalent (repris dans le projet « santé durable ») avec intérêt majeur d'avoir un coordinateur qui centralise l'info, fait une synthèse de la problématique (données du patient, famille, proche, intervenant, professionnel...), hiérarchise les priorités et permet aux principaux acteurs d'agir en concertation afin de déterminer une réponse la plus adaptée possible (sociale, médicale....)

Initiative complémentaire :

- Petits-déjeuners « partenaires » à l'initiative de l'Espace Social et Culturel Du Diois (ESCDD) qui permet la rencontre de différents acteurs : social, médical, associatif...

Enfin, la Maison de Santé Pluridisciplinaire pourrait être associée à un « cabinet médical virtuel » organisé par les médecins généralistes en place (mise en commun de moyens : plateau téléphonique, secrétariat, logiciels ...).

d) Développer des projets d'établissements spécialisés :

↳ Projet de centre médico-sportif

↳ Projet d'établissement de cure pour enfants et adultes diabétiques et/ou obèses, avec la particularité de réserver toutes les vacances scolaires pour les enfants diabétiques. Cette structure compléterait les offres de séjour dans les maisons de l'AJD (Association pour Jeunes Diabétiques) en étant plus encadré

médicalement : aider les enfants et leur famille à vivre le mieux possible (théorie/pratique) avec le diabète, apprentissage des techniques de traitement, acquisition de réflexes de surveillance thérapeutiques, diététiques, apprendre à concilier le diabète et les sports orientés nature, diabète et diététique ...

Vu l'importance reconnue au niveau national du problème de l'obésité et de sa prévention, ce projet devrait pouvoir facilement se concrétiser.

Ce projet sera un soutien à l'hôpital de Die, et créateur d'emplois (diététicienne, encadrement sportif, infirmier, cuisinier, ...).

Pour être viable, cette structure nécessite une soixantaine de lits pour des cures de 15 jours à 3 semaines. Si le site du Martouret ne suffit pas ou si dans un deuxième temps on décide de voir plus grand, on peut imaginer que cette structure soit complétée par un deuxième site, pourquoi pas châillonnais.

Ce projet avait été présenté au conseil municipal de Châtillon en Diois, en réunion cantonale, à M. Raud directeur de la DS 26, au docteur Chetail trésorier du RE-POP DA, aux pédiatres endocrinologues Berlier et Revol de la Maisonnée sur Lyon, au docteur Fansoneti-Perrin du centre DOUADI de St hilaire du Touvet, tous étaient d'accord sur le fait que la demande d'une telle structure sur notre région est déjà très importante et ne sera que croissante alors que les offres sont rares.

Nous en étions à un stade où il était indispensable de faire réaliser une étude précise qui permettait de juger la viabilité du dossier. Nous pouvions par la suite le porter devant l'Etat, compétent en matière de santé, et tenter d'obtenir l'autorisation d'ouverture d'une telle structure. Un devis d'étude de 17000 € avait été fourni en février 2006 par le Careps (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de prévention Sanitaire). Afin de financer cette somme, nous devons soit créer une association pouvant demander une aide de financement au Cress (Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire), soit que la commune sollicite des aides auprès du Département et de la Région. Faute de temps et de moyens humains, il n'y plus eu de suite.

Si la communauté des Communes du Diois décide de reprendre ce dossier en main, on peut l'accompagner. Le projet est porteur. Selon le Careps, le soutien financier peut être multiple, il peut provenir d'horizons aussi différents que : l'ARH, l'assurance maladie, mutuelle, DRASS, Fondation de France, investisseurs privés, laboratoires ...

e) Approfondir la coordination entre médecine de ville et hôpital :

- Favoriser l'exercice médical sous des statuts alternatifs, susceptibles de rendre plus attractive la pratique des soins de premier recours. Promouvoir ainsi l'exercice mixte ville / hôpital
- Les difficultés de prise en charge des urgences médicales sont dues en partie au cloisonnement des structures : « Un véritable effort de mutualisation des moyens et des objectifs est donc nécessaire » entre la ville et l'hôpital, concernant notamment les médecins de garde et les plateformes téléphoniques (centres 15, centre de traitement des appels au 18, plateformes libérales de régulation des appels de permanence des soins ou de SOS médecins, etc.)
- Promouvoir l'engagement des libéraux dans les réseaux de santé et l'hospitalisation à domicile (HAD), qui favorisent la coopération ville / hôpital et enrichissent leurs pratiques.

f) Obtenir un statut particulier pour un territoire d'exception :

- Problème de la rémunération du praticien libéral à l'hôpital. Son attractivité financière est limitée par le manque de souplesse des possibilités de rémunérations. Il faut rendre l'activité hospitalière attractive pour le médecin généraliste.

Deux maîtres mots : Organisation et souplesse. Partenariat libéraux - hôpital. Demander un statut particulier pour projet d'exception et expérimental (« MIGAC locales » : financements qui s'ajoutent à la tarification T2A).

- Déroger aux seuils d'activité exigés pour l'autorisation des services hospitaliers, et compenser par des « MIGAC de continuité » les charges résultant pour eux d'une activité faible, lorsqu'une situation d'« exception géographique » rend indispensable le maintien d'un tel service.

3-2 : Réfléchir à la permanence des soins :

Remarques :

- Il serait nécessaire d'organiser la permanence des soins de façon plus efficiente, plus claire pour les patients et plus attractive pour les praticiens. Une permanence des soins bien organisée constitue en outre un élément moteur pour le développement d'un territoire

- La permanence des soins implique une articulation médecine d'urgence / médecins généralistes qui nécessiterait de définir des protocoles stricts de coopération.

- Il y a le problème de l'arrêté préfectoral sur Die qui a créé une disparité de fonctionnement entre Die et le Haut Diois en matière d'organisation des gardes médicales par les médecins généralistes.

Constat :

Les médecins généralistes du Diois ont actuellement une charge de travail qui ne leur permet pas de participer au rétablissement de la permanence des soins dans l'état actuel des choses.

L'indisponibilité pour raison de santé de l'un des leurs a encore aggravé la situation.

Toute solution qui leur demanderait de consacrer du temps supplémentaire à l'organisation de la permanence des soins se révélerait dangereuse, à la fois pour les patients et pour les médecins eux-mêmes.

Cependant, (proposition d'un médecin généraliste et qui ne suscite pas, actuellement, un consensus auprès des autres généralistes) la mise en place de stages en situation d'autonomie (SASPAS de derniers semestre des études médicales), en libérant du temps pour le généraliste maître de stage, pourrait éventuellement permettre -en articulation avec la direction de l'hôpital - de mettre en place à l'hôpital des « gardes » de médecine générale. Le praticien généraliste devrait avoir un statut de Praticien Hospitalier à temps partiel. Il assurerait une consultation non programmée, permettant ainsi au praticien urgentiste de se concentrer sur sa mission. À terme, ce mode de fonctionnement, s'il était étendu (sur un fonctionnement 08h00-20h00 par exemple), et à condition d'aménager les conditions réglementaires, pourrait augurer d'un fonctionnement type SMUR, dans lequel le dit praticien urgentiste serait disponible pour intervenir à l'extérieur de l'hôpital sur une urgence vitale, pendant que le praticien généraliste continuerait d'assurer les urgences tout venant à l'hôpital. On sait bien à ce sujet que plus de 80 % des «urgences tout venant» consultant à l'hôpital relèvent en fait de la médecine générale.

Le rétablissement de la permanence des soins passe donc de toute évidence par l'augmentation du nombre de praticiens.

Cet objectif (augmentation du nombre de praticiens) urgent et important ne peut être atteint de manière durable que par la **mise en œuvre d'un véritable projet de santé** dont nous rappelons les termes essentiels :

- **Organisation de stages destinés aux étudiants en médecine.**
- **Création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire, d'un cabinet médical virtuel ; développement des réseaux de soins.**
- **Promotion et mise en œuvre du « projet de santé inscrit dans le développement durable ».**

3-3 : Organiser le traitement des urgences vitales ; Créer un SMUR :

Le groupe de travail considère qu'il est indispensable de maintenir un Service d'Urgences à l'hôpital de Die, et d'y créer un SMUR :

On l'a déjà constaté plus haut (paragraphe 2-2-3) :

« Les hameaux les plus éloignés sont à 30 km de Luc ou de Châtillon en Diois, et donc à près d'une heure de trajet de Die, une heure trente de Saillans, et près de deux heures de Valence. »

Pour une question de stricte égalité des chances face à l'accès aux soins de premier recours, les Diois doivent disposer d'un Service d'Urgences 24h/24 et d'un SMUR à Die. C'est une réponse adaptée aux besoins et pour la sécurité de la population, qui ne doit pas se substituer à la chirurgie d'urgence ni à la maternité et qui doit donc être complémentaire. Il paraît pour certain étrange que le progrès rime avec régression et perte de chance ce qui peut se passer si on centralise tout sur Valence par exemple.

Cette exigence est bien entendu en opposition avec la politique qui consiste à centraliser des plateaux techniques hospitaliers dans les grands centres urbains et elle résulte d'un choix politique, de santé publique, et un choix financier à faire en fonction des priorités déterminées.

Il est également rappelé que la DDASS a confirmé au cours du Conseil d'Administration de l'hôpital de Die du 24 septembre 2008, qu'il y aurait un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) à l'hôpital de Die, service qui n'existe toujours pas aujourd'hui. Il a été question que ce SMUR de Die reçoive des apports et un soutien des pompiers (le SDIS) et du Centre Hospitalier de Valence. A ce jour il semble plutôt que les pompiers ne souhaitent pas être intégrés dans un projet d'organisation des Urgences avec l'Hôpital de Die.

→ En Comité de Pilotage du 15 avril sont apportées des précisions :

❖ D'une part sur les relations avec le SDIS et les Pompiers. Cf. § f) supra P. 11

❖ Et d'autre part que l'intervention de Mme la Directrice de la DDASS / ARH se situait dans le contexte du projet de Plan d'évolution du centre hospitalier.

Pour autant, il apparaît également aux participants du groupe de travail que les Urgences et le SMUR de l'hôpital de Die doivent servir un bassin de santé élargi comprenant le Diois, Saillans et Crest. C'est dire qu'il est demandé de créer un lien de coopération – collaboration entre les hôpitaux de Die et Crest ; les deux hôpitaux fonctionnant alors en complémentarité.

Bien que cela ne fasse pas partie de la mission du groupe de travail N°1, il a proposé différentes répartitions des prestations entre les deux hôpitaux (Voir annexes)

Par ailleurs certaines prestations seraient partagées entre les deux hôpitaux, d'autres encore seraient transférées sur le centre hospitalier de Valence (Voir annexe).

La définition de ces répartitions sera de toute évidence du ressort d'une instance de concertation, à mettre en place entre les directions des 2 établissements et en lien avec les Comités Médicaux d'Établissement.

Une autre forme d'organisation a été proposée par les participants du sous-groupe « urgences » : Création d'un « Centre Hospitalier Intercommunal » (CHIC) :

Dans le cadre d'un projet médical commun, il serait créé un plateau technique en un lieu à convenir, comprenant un SMUR, une maternité, la chirurgie hospitalière et ambulatoire, l'imagerie médicale et le scanner.

Ce Centre Hospitalier Intercommunal comprendrait deux sites délocalisés (Crest et Die) A Die on trouverait par exemple des services de médecine, de gériatrie, de soins palliatifs, de périnatalité, d'imagerie médicale, une unité Alzheimer, un centre médico-sportif. (Voir annexe).

Projet de santé de territoire

Pays Diois

Groupe de travail N°1 « Sécurité, accessibilité, dispositif de santé première ligne »

Synthèse générale des travaux effectués en février - mars – avril 2009

1 – Le champ de réflexion :

Les soins de première ligne sont définis comme : « **des soins de premier contact, continus, globaux et coordonnés** ». Ils concernent : la médecine familiale, les soins infirmiers, pharmacie, kinésithérapie, diététique, travail social, santé mentale, prévention, médecine d'urgence, ...

Par rapport à ces dispositifs de santé, les objectifs prioritaires principaux sont :

- ↳ **Permettre l'accessibilité à la santé pour tous**
- ↳ **Accorder à la prévention la même importance qu'aux soins.**

2 – Le territoire étudié : caractéristiques démographiques et géographiques :

Le Diois, étendu aux cantons de Luc, Châtillon et Die comporte environ 10000 habitants ; toutefois ce territoire ne rend pas compte de la zone géographique réellement concernée par les questions de santé en général et les services de l'hôpital en particulier. Il faut y rajouter tout ou partie de Lus la Croix Haute, La Motte Chalancon et Saillans, soit 2700 habitants de plus et une partie du Vercors. Enfin, il faut signaler que le Diois est en interactivité avec le Crestois et que ces deux territoires pourraient dans certains cas être associés pour mettre en œuvre des solutions partagées et coopératives.

Le Diois se caractérise par une **population à faible mobilité** : nombreuses personnes en situation de précarité, personnes seules, familles monoparentales avec enfants, personnes âgées, travailleurs saisonniers, personnes avec handicap ou en invalidité. Le diois est également fréquenté par de nombreux touristes (environ 20000 personnes).

Géographiquement, le Diois comprend de **nombreux hameaux dont les plus éloignés sont à 30 km de Luc ou de Châtillon en Diois, et donc à près d'une heure de trajet de Die, une heure trente de Crest, et près de deux heures de Valence, davantage l'hiver.**

3 – Les problèmes identifiés :

- 1 : **La succession des médecins généralistes (dont certains sont médecins sapeurs pompiers) n'est pas assurée.**
- 2 : **Il n'y a plus de permanence des soins de la part des médecins généralistes, (principalement pour les personnes à mobilité réduite, en fin de vie, pour les consultations sans rendez-vous ...) et celle des kinésithérapeutes n'est pas formalisée.**
- 3 : **Le traitement de l'urgence vitale par un urgentiste, et sa prise en charge par la structure appropriée n'est pas assuré de façon pleinement satisfaisante (SMUR qui vient de Valence, Urgentiste de l'hôpital qui n'est pas autorisé à se déplacer).**
- 4 : **Il y a une pluralité d'intervenants dans le domaine de la santé. Le manque de coordination et de concertation entre eux rend l'offre médicale difficile à comprendre pour le patient, difficile d'accès, et non transparente.**
- 5 : **Il existe une carence d'intervenants dans le Diois au plan de la santé mentale**
- 6 : **Il y a besoin d'organiser prévention, information, éducation.**

4 - Les solutions proposées :

4 -1 : Assurer la succession des généralistes :

Il convient de mettre en place dès maintenant les moyens de faire face à la pénurie de médecins généralistes qui interviendra obligatoirement dans un avenir proche.

Les solutions proposées mettent en jeu des responsabilités nationales et / ou locales :

- Revaloriser la profession de médecin généraliste : Revalorisation de la rémunération, formation, redéfinition des champs de compétence, coopération entre professionnels, statuts variés.

- Utiliser des incitations à l'installation dans le Diois : Bourses d'études, exonérations de taxes, aides à l'installation.

- Faire découvrir aux étudiants la médecine de premier recours en organisant des stages à leur intention.

- Développer des projets de santé spécifiques au Diois : L'organisation de la santé autour de projets innovants serait susceptible de susciter des vocations à l'installation de médecins qui se reconnaîtraient dans une éthique particulière et précise. Par exemple, « La santé inscrite dans le développement durable » ou « La santé dans une démarche humanitaire ».

- Développer des structures d'exercice regroupé des métiers de la santé dont le mode de fonctionnement favorise la coopération entre les professionnels : « maison médicale » ou « maison de santé ». Mais aussi « cabinet médical virtuel », et « organisation en réseaux » : deux solutions qui correspondent bien au besoin de travail en équipe sans nécessiter la création de structures toujours lourdes à gérer physiquement et financièrement.

- Développer des projets d'établissements spécialisés : projet de centre médico-sportif, projet d'établissement de cure pour enfants et adultes diabétiques et/ou obèses.

4 -2 : Réfléchir à la permanence des soins :

Les médecins généralistes du Diois ont actuellement une charge de travail qui ne leur permet pas de participer au rétablissement de la permanence des soins.

Le rétablissement de la permanence des soins passe donc nécessairement par **l'augmentation du nombre de praticiens.**

Cet objectif (augmentation du nombre de praticiens) passe par la **mise en œuvre d'un véritable projet de santé** dont nous rappelons les termes essentiels :

- Organisation de stages destinés aux étudiants en médecine.
- Création d'une Maison de Santé Pluridisciplinaire, d'un cabinet médical virtuel ; développement des réseaux de soins.
- Promotion et mise en œuvre du « projet de santé inscrit dans le développement durable ».

4 -3 : Organiser le traitement des urgences vitales ; Créer un SMUR :

Le Groupe de travail considère qu'il est indispensable de maintenir un Service d'Urgences à l'hôpital de Die, et d'y créer un SMUR

Pour autant, il apparaît également aux participants du groupe de travail que les Urgences et le SMUR de l'hôpital de Die doivent servir un **bassin de santé élargi comprenant le Diois, Saillans et Crest.**

C'est dire qu'il est demandé de créer un lien de coopération – collaboration entre les deux hôpitaux de Die et Crest, ces deux hôpitaux fonctionnant alors en complémentarité.

Même si le groupe a proposé une répartition des compétences entre les deux hôpitaux, le choix des affectations de services doit bien entendu résulter de discussions entre les parties.

5 – Conclusions :

Le désert médical n'est pas une fatalité pour le Diois.

Des solutions existent pour maintenir et développer un dispositif de santé efficace pour la population et attractif pour les professionnels de santé.

Annexe 3: Synthèse des travaux groupe 2

PROPOSITION DE RAPPORT AU COPIL DU 15 AVRIL 2009

CONSTAT GENERAL :

UNE BAISSÉ D'ACTIVITÉ LIÉE AUX FUITES (cf : parts de marché de la zone d'attractivité) qui sont essentiellement organisées et d'ordre structurel du fait de l'absence d'offre sur le territoire et notamment au sein de l'hôpital.

1 - La **conjoncture** actuelle nous pénalise et ne semble pas prendre en compte les besoins réels territoriaux. **Contraintes liées**

- à la **réglementation** (maternité et chirurgie)
- à la **démographie médicale** (chirurgiens, anesthésistes, pédiatres en Maternité et radiologues)

On peut pourtant affirmer que pour l'essentiel les fuites ne sont pas dues à la **qualité de l'offre de soins actuels** et à la **capacité du plateau technique** : cf qualité indice de satisfaction en chirurgie (85%), très bon classement sur les infections nosocomiales...

Des exemples qui organisent la fuite :

- des évacuations faites directement et arbitrairement sur d'autres hôpitaux alors qu'habituellement elles se faisaient sur Die : un manque total de logique territoriale (**dernier exemple en date, les évacuations des blessés liée à l'activité des stations de ski du Vercors, qui traditionnellement ont toujours été faites sur le CH de Die et qui cette année 2009 l'ont été sur Romans (temps de route beaucoup plus long)**)
- des activités qui ont disparues de l'offre de l'hôpital. L'offre n'étant plus là, les patients vont trouver ailleurs :
- **Absence de consultations de spécialistes** pour certaines spécialités
- Une réactivité insuffisante qui augmente les délais d'accès à la consultation des spécialistes existants.

- **Absence de** chirurgie ophtalmologique, ORL, urologique, vasculaire...
- Un recrutement de personnel médical de qualité rendu difficile par l'absence **d'attractivité et de choix** (pénurie, démographie médicale, géographie...)

PROJET GENERAL

DEVELOPPER, MAINTENIR, ETTOFER ET REORGANISER UNE OFFRE DE SOINS QUI REPONDE AUX BESOINS DE LA POPULATION DIOISE

Remarque : des prises en charge différentes selon les types de population

L'hôpital doit répondre à 3 offres :

- celle de la population active **du territoire et à la population liée à l'activité touristique (hivernale et estivale)** : pathologie aigüe, traumatologie liée au travail et aux activités pleine nature et aux sports.
- celle de la population pédiatrique (répondre ou transférer)
- celle de la population âgée **présentant des polypathologies beaucoup plus lourdes et chroniques** qui nécessite une organisation et une prise en charge particulière.

MOYEN D'ACTION : REDUIRE SENSIBLEMENT LES FUITES EN RENFORCANT LA STRUCTURE GENERALE DE L'HOPITAL DE DIE (plateaux techniques et personnel notamment) ET EN DEVELOPPANT SON EFFICIENCE ET ATTRACTIVITE

1° L'URGENCE ET REGULATION :

Un entonnoir nécessaire à l'alimentation des service MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique)

Le service des urgences fonctionne actuellement 24h/24 avec une permanence de médecins urgentistes qualifiés (CAMU, capacité de Médecine d'Urgence)

Il comporte deux lits d'hospitalisation de très courte durée et permet aussi d'admettre les patients qui le nécessite directement en hospitalisation dans les services de soins MCO.

Ce fonctionnement opérationnel semble globalement satisfaisant pour répondre à l'accès aux soins de 2^e ligne.

Par contre ce service est fortement sollicité pour faire face à des soins de 1^{ere} ligne en raison d'une organisation mise en place par la tutelle elle-même et acté par un arrêté préfectoral (suppression des astreintes de médecine générale sur le canton de Die depuis 2000 (à vérifier ?)

La régulation pour la coordination des soins de 2^e ligne (tout comme celle des soins de 1^{ère} ligne) est assurée par le centre 15 avec en son sein différents corps de **médecins**, ce qui **devrait** lui conférer une certaine impartialité.

Bien que globalement efficace il semble que nous puissions dénoncer certains disfonctionnement dans les comportements du médecin régulateur selon son appartenance à tel ou tel « corporatisme médical ».

Cette régulation se doit d'être impartiale et réalisée dans le sens de l'intérêt du patient et des moyens à mettre en œuvre en rapport à son état clinique.

Ceci devrait permettre de redresser certaines déviations constatées et éviter les fuites organisées par l'intermédiaire des transferts injustement prononcés

Les pistes d'amélioration proposées :

- conforter le SMUR de transfert secondaire : une réflexion est à engager sur les sites d'antenne SMUR en fonction de l'éloignement, de l'activité, des typologies à prendre en charge sur le territoire.
- principe de continuité des soins sur site : envisager certainement des mutualisations d'effectifs ainsi qu'une évolution des plateaux techniques

2° CHIRURGIE GENERALE, TRAUMATOLOGIQUE, OBSTETRIQUE ET ENDOSCOPIE DIGESTIVE

Dans la mesure où le plateau technique actuel est adapté, et les conditions de sécurité assurées, il est nécessaire de conserver et renforcer la chirurgie existante d'urgence et programmée et de développer les autres possibilités chirurgicales notamment ambulatoires telles que :

Suivant le rapport le recours à l'hôpital en Europe : « la France accuse un retard dans le domaine de la chirurgie ambulatoire notamment de la myringotomie, de l'avortement légal, de la circoncision et de la colonoscopie...d'autre part d'après une enquête de l'assurance maladie datant de 2003 : « le développement de la chirurgie ambulatoire nécessite avant tout une évolution des mentalités et des acteurs, replaçant le patient au centre de l'organisation »

« une étude de 2007 sur les modèles optimaux d'organisation de la chirurgie ambulatoire recommandait que les unités de chirurgie ambulatoire soient multidisciplinaires, distinctes des unités de chirurgie classique et dirigées par une personne spécifique »

- La chirurgie ophtalmologie (cataracte) ORL (drains transtympaniques), urologie,
- En orthopédie : ablation de matériel d'ostéosynthèse, canal carpien, arthroscopies (du genou notamment) avec nécessité d'obtenir le matériel nécessaire (arthroscope...)
- Renforcer les endoscopies digestives existantes par des explorations endoscopiques bronchiques et urologiques

Le tout avec la volonté de répondre aux besoins majoritaires de la population Dioise (taux de pénétration : données chiffrées sur de l'activité existante et des parts de marché que l'on peut récupérer, **pour exemple la part de l'ophtalmologie dans nos zones d'attractivité ne représente que 3% des 237 hospitalisations réalisées à Die en 2007 ; l'essentiel de cette activité, 70%, étant réalisé sur le bassin Valentinois, Romanais et Montilien ; pour information Crest ne réalise que 1% !**)

Pour atteindre cette diversité, il conviendrait que :

- le deuxième poste de chirurgien polyvalent soit pourvu. Nous avons appris que l'établissement a reçu une candidature dans ce sens dès le mois de novembre mais qu'à ce jour aucune suite n'y ai été donnée.
- des vacations de chirurgiens spécialisées soient organisées afin de pouvoir développer l'activité ambulatoire citée plus haut avec une organisation en fédération par exemple (cf fédération de chirurgie entre le CH de Crest et celui de Valence) avec des établissements publics ou privés de la vallée du Rhône.

Enfin il conviendrait de mieux communiquer entre la ville et l'hôpital sur les capacités actuelles et les développements à venir, interventions digestives sous Coelioscopie notamment.

3° MEDECINE : un service pour une prise en charge de proximité.

L'activité plutôt en baisse au vu des chiffres récents communiqués semble plurifactorielle :

- Baisse de l'activité de chimiothérapie (perte de compétence et d'organisation consécutive au départ en retraite du praticien chef de service)
- Baisse du nombre de séjours avec augmentation de la DMS (durée moyenne de séjour) avec embolisation des lits par embouteillage des filières d'aval : SSR et structures d'hébergement pour personnes âgées.

Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sous la forme d'une revue de pertinence réalisée en juin 2008 montrait déjà ce phénomène et faisait ressortir la nécessité d'un véritable projet de soin du malade hospitalisé avec une organisation et concertation autour du patient et de sa famille dès son entrée avec les personnels ressources : cadre de santé, assistantes sociales, psychologue afin de pouvoir anticiper les décisions nécessaires.

Il conviendrait aussi de :

- renforcer les liens ville-hôpital notamment dans le domaine de l'addictologie, des pathologies chroniques comme le diabète, des démences et des soins palliatifs
- développer un service de court séjour gériatrique (voir pôle gériatrie et plan solidarité grand âge).
- Développer les explorations du sommeil (pneumologues dans le service de médecine)

Si des organisations sont déjà en place pour l'addictologie et les soins palliatifs :

- Infirmière hospitalière dioise référente en soins palliatif
- Infirmière hospitalière dioise référente pour la prise en charge de la douleur
- Permanence d'accès aux soins (PASS) au sein de l'hôpital pour la toxicomanie, l'addictologie, la précarité et la prévention du suicide.
- Médecin référent de l'Unité de Soins Palliatifs (USP) du CH de Crest
- Equipe mobile de soins palliatifs de Crest
- Le CLIC
- L'association d'entraide dioise ADES
- ...

Il conviendrait de développer l'inexistant, à savoir :

- les « consultations mémoire » pour le dépistage et le suivi des démences et de la Maladie d'Alzheimer
- la prise en charge du patient diabétique avec formation d'infirmière hospitalière référente et une structure de type « maison du diabétique » ; ce projet, vieux d'au moins 10 ans, n'a jusqu'alors pas été concrétisé.

4° SSR

Projet de développement :

Il s'agit là d'un axe de maintien et développement d'une activité qui a fait ses preuves par le passé et qui n'est pas remis en cause dans aucun des plans de restructuration avancé jusqu'alors.

Il convient cependant de bâtir un véritable nouveau projet au regard de la nouvelle réglementation (2008) et des spécificités dioises :

- Rééducation et réadaptation post-traumatique, post-orthopédique et gériatrique
- Prise en charge spécifique dont les filières sont encombrées : pneumologie, cardiologie, handicaps physiques mais aussi neurologiques.

On constate la nécessité de réorganiser et renforcer le service en unité de lieu et capacité de lits (25) et par des moyens humains (un médecin responsable de l'unité, des vacations de médecins spécialisés sera fonction des projets élaborés, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...et en matériels correspondant appropriés.

Ce projet nécessite une véritable étude de marché et une mise en synergie avec les services de court séjour ; notre groupe de travail ne peut pas aller au-delà des propositions et des conditions énumérées ci-dessus.

5° POLES DE CONSULTATION DE SPECIALITE

Restructurer l'offre de soins qui ferait que les spécialistes interviendraient sur les 2 fronts, primaire et secondaire :

- Travailler sur le projet de partage du dossier patient entre les médecins : avoir un ensemble de données médicales et accès aux informations qui permettent de prendre en charge efficacement le patient (exemple : plateforme SISRA) : par convention les données pourraient être partagées avec l'accord du patient.
- Développement de pôles de consultations spécialisées : se pratique déjà, mais avec des fréquences, des intensités et des délais d'attente très variables (données 2008) les consultations suivantes :

Spécialités	Fréquence par mois	Délai moyen en semaines	nombre 2008	remarques
Anesthésie	8			
Cardiologie 1 et 2	8	12	527	
Dermatologie	4	1	438	
Gastroentérologie	4	8	269	
Gynécologie 1	20	1		
Gynécologie 2				
Gynécologie 3			1762	Total 1+2+3
Neurologie (hors consultation mémoire)	2	10	69	Début courant 08
Ophthalmologie,	4	12	1023	
ORL 1	6	4	295	
ORL 2	4	2	236	
Orthopédie hors chirurgiens	1	4	90	

de Die				
Orthopédie chirurgiens de Die 1 et 2	11	1	700	
Pneumologie	2	9	102	
Psychiatrie (dans le cadre d'un CMP)	?	?	?	Organisation par le CHS de Montéléger

- **sont à créer ou développer de toute évidence celles de :**
Rhumatologie,
Pédiatrie (hors Maternité),
Urologie,

Projet : élargir également l'offre de soins de la consultation à l'intervention : pour ce faire besoin de plateaux techniques :

- cardiologie : cardioversions et échographies trans-oesophagiennes
- pneumologie : fibroscopie bronchique
- ophtalmologie : chirurgie ambulatoire (pathologies des paupières et cataractes)
- ORL : drains trans-tympaniques ...
- Urologie : endoscopie
- Orthopédie : arthroscopie

6° LABORATOIRE ET IMAGERIE

La particularité du Diois met en évidence l'absence de cabinet de radiologie de ville et un projet de restructuration du laboratoire d'analyses médicales qui pourrait s'avérer préoccupant.

En articulation avec les soins de 1^{ère} ligne, le rapport « le recours... » publié par l'HAS en 2009 préconise l'intégration d'actes techniques (radiologie, laboratoire) au sein de l'hôpital, notamment dans les zones où il existe une pénurie de médecins libéraux.

*** L'IMAGERIE MEDICALE**

Le centre hospitalier réalise donc, outre les demandes d'examens d'imagerie interne à l'hôpital pour les services MCO, SSR et de longs séjours, une grande majorité de l'imagerie traditionnelle des échographies et des écho-dopplers pour l'ensemble du territoire du Diois.

D'autre part il est centre agréé de dépistage du cancer du sein avec 885 mammographies par an.

Cette particularité de répondre à la fois à l'offre de soin de 1^{ère} et 2^e ligne est essentielle pour réfléchir à la restructuration du territoire.

D'après le projet de loi « territoire patient santé » ils permettent d'apporter un support primordial aux différentes formes d'exercice de santé.

D'autre part, le départ à la retraite du radiologue et du cadre de santé qui depuis des années réalisait lui aussi bon nombre d'échographies sous la responsabilité du radiologue chef de service pose le problème de réponse à l'offre de soins ;

Il serait inconcevable que ce service de proximité disparaisse.

Heureusement l'avènement de la télétransmission des images numérisées semble pouvoir répondre à cette problématique.

Cependant, l'échographie, défendue jusqu'alors par les radiologues comme opérateur dépendant ne peut pas être soumise au même raisonnement.

Mais il est communément admis et constaté dans les autres centres que la présence d'une imagerie de coupe numérisable, donc télétransmittable, comme le scanner, peut se substituer dans 2/3 des cas environ, à l'examen diagnostique échographique.

La réticence des radiologues du valentinois à venir réaliser des astreintes d'échographie renforce encore ce raisonnement.

La présence d'un service d'urgence, entité jusqu'alors non contestée dans son absolue nécessité, requiert aussi l'accès fréquent à l'imagerie de coupe, seule imagerie à répondre aux

recommandations et bonnes pratiques dans un certain nombre de pathologie dont notamment les traumatismes crâniens, les ventres aigus, les contusions abdominales ou thoraciques fort fréquents dans notre régions (activités touristiques de pleine nature) mais aussi avant toutes interventions post-traumatique d'urgence.

La présence des services MCO requiert aussi l'accès à ce type d'imagerie diagnostique.

La nécessité d'un scanner à Die n'est donc plus à démontrer ; en conséquence il conviendrait donc de :

- mettre rapidement en place la télétransmission des images numérisées afin de favoriser l'interprétation à distance et pallier ainsi à la carence en poste de radiologue et rassurer l'exercice de la médecine libérale,
- d'installer un scanner à Die afin de répondre aux exigences actuelles et répondre aux recommandations et bonnes pratiques dans les règles de l'art de la profession.

*** LE LABORATOIRE D'ANALYSE DU DIOIS**

Situé en ville ce laboratoire répond lui aussi aux demandes de soins primaires et secondaires.

Une convention le lie depuis toujours au Centre Hospitalier de Die pour la réalisation des analyses biologiques.

L'information récente vérifiée auprès de biologistes, fait état d'une réorganisation interne et restructuration dans le cadre d'un regroupement (le laboratoire de Crest serait également concerné par ce regroupement).

Cette nouvelle accentue grandement la problématique de restructuration du territoire et nécessite une rencontre avec les différents acteurs concernés (professionnels, institutions et politiques) pour connaître le stade et le niveau de réflexion d'une telle démarche et en mesurer toutes les conséquences sur notre bassin de santé.

Encore une fois, le processus de fuite pourrait être aggravé au détriment de l'hôpital de Die.

Ce pourrait être un grave problème de sécurité publique...

7° POLE GERIATRIQUE

L'hôpital possède déjà une unité interne de « médecine de court séjours gériatriques » et a souscrit auprès de l'ARH une inscription dans ce sens dans l'espoir que cette Unité Médicale soit reconnue à terme.

Le développement de consultation gériatrique « mémoire » est vivement souhaitée mais nécessite une autorisation de l'organisme de tutelle ainsi que les moyens humains nécessaires, notamment un médecin neurologue, gériatre et un psychologue.

L'ouverture prochaine du site de « La Chargière », unité de prise en charge de patients atteints de maladie d'ALZHEIMER devrait asseoir la position de Die en la matière mais nécessitera sans doute la mise en place d'une coopération transversale entre « La Chargière » et l'Hôpital.

8° POLE DE FORMATION ET INFORMATION

« Communiquer afin de ne pas créer d'image négative de la campagne »

L'isolement du pays Diois et le problème actuel de la démographie médicale montrent combien les infrastructures sanitaires de ce pays sont fragiles ;

L'hôpital n'échappe pas à cette problématique.

L'autre constat montre que dans le passé, pratiquement tous les internes qui ont fait leur stage de fin d'études à l'Hôpital de Die sont restés dans le Diois et s'y sont installés pour exercer la médecine libérale.

Il conviendrait donc de déployer une stratégie d'attractivité des différents acteurs de santé :

- étudier les possibilités de stages d'études validant à l'Hôpital pour les étudiants en médecine,
- inciter le développement de stages chez le généraliste (le médecin généraliste doit obtenir auprès de la Faculté le titre de maître de stage),
- mise en place d'une FMC validante à destination des acteurs de santé du Diois (session de formation – information organisées à Die en direction des médecins hospitaliers et généralistes, mais aussi des formations organisées par les médecins hospitaliers eux-mêmes à destination des médecins généralistes et des soignants
- installation d'une école d'aide soignante, qui pourrait constituer une réserve de personnels soignants qui font actuellement défaut
- favoriser le recrutement d'agents étrangers francophones.

CONCLUSION

Ce travail nous a mobilisé de longues heures :

Le schéma que nous préconisons vise le renfort de l'activité générale de l'hôpital (plateau technique, personnel, activités) afin de lui donner une nouvelle envergure et lui assurer un nouvel essor.

Avec une volonté partagée, et l'ensemble des pistes évoquées précédemment une réorganisation sur site avec des solutions pérennes nous paraît réalisable et sensé.

Ce projet serait forcément facilité et valorisé sur un principe de coopération avec l'hôpital de Crest : ces 2 établissements, à priori non concurrent, se sont pourtant et jusqu'à présent contentés de cohabiter pour des raisons que l'on considère géopolitiques.

Dans un souci final :

- d'offrir une bien meilleure qualité des soins dans la prise en charge des patients de la vallée de La Drôme (55 000 personnes),**
- de garantir une dynamique économique et sociale du Pays (emplois, installations...)**

ces 2 hôpitaux doivent désormais construire ensemble ce projet territorial de santé.

Annexe 4 : Synthèse des travaux groupe 3

COMMISSION GROSSESSE ET NAISSANCE EN PAYS DIOIS

Mardi 24 février 2009

Une concertation large, organisée et ouverte pour mettre en œuvre un projet de santé global de territoire vient de se mettre en place.

Le groupe de travail « grossesse et naissance » s'est donc constitué et a commencé ses travaux.

Il est constitué de professionnels de la santé (Docteur Nakfour et Mme Juvin) d'élus

(Mmes Ribard, Virat et Malaterre) et de citoyens Diois (Mmes Stahl, Grangeron et Reynaud, Mr Huet).

Conformément à l'objectif qui lui est assigné et en accord avec tous ses membres, le groupe a entamé sa réflexion par un diagnostic autour des 3 étapes de la maternité :

- **Suivi de grossesse**
- **Accouchement**
- **Suite de couches**

En s'attachant pour chacune des 3 étapes :

- **A établir un état des lieux**
- **Identifier les besoins des professionnels**
- **Prendre en compte les spécificités du territoire Les collaborations possibles**
- **Analyser les solutions proposées.**

A / ETAT DES LIEUX

1/ Suivi de grossesse

Actuellement le suivi d'une grossesse est totalement assuré à Die :

.Tous les entretiens

. Les échographies pour le début de grossesse. Un professionnel est en cours de formation pour pratiquer les échographies suivantes.

. Les fausses couches ou difficultés nécessitant une hospitalisation pendant la grossesse.

. Les IVG (chirurgicales ou médicamenteuses) sont faites en lien avec le Planning Familial).

Une unité AFED a été créée pour l'accueil des femmes en difficulté psychologique ou addiction.
Le personnel a été formé pour cette mission.

2/ La maternité

La maternité pratique en moyenne 145 accouchements par an ;

50°/° de Dioises (La Motte Chalancon, Châtillon, Luc et une partie du Vercors inclus)

50°/° Saillans, Crest....

La maternité pratique 15,2°/° de césariennes.

Une quinzaine d'accouchements à domicile se pratiquent également. Ceux-ci nécessitent parfois des interventions de la maternité .

L'équipe médicale est composée actuellement de la façon suivante :

1 gynécologue titulaire à temps partiel (Dr. Nakfour)

5 remplaçants

4 sages-femmes (soit 3,2 temps plein)

1 pédiatre de Valence qui vient 1 fois par semaine

2 chirurgiens

1 psychologue (2 jours par semaine) A remarquer que Die est le 1^{er} hôpital à l'avoir mis en place en Drôme.

L' équipe AFED

Un lien permanent avec la cellule de transfert des cas difficiles basée à Lyon .

3/ Les suites de couches

Elles sont assurées à Die. Nous avons actuellement 2 pédiatres vacataires venant effectuer les visites de bébés.

B / BESOINS DES PROFESSIONNELS

Compte tenu de la taille de la maternité, les professionnels estiment nécessaires et suffisants pour fonctionner en sécurité :

- 4 gynécologues
- 2 chirurgiens viscéraux
- 4 anesthésistes avec compétence pédiatrique
- 7 sages-femmes avec des gardes de 24h
- 2 vacations pédiatres supplémentaires

Mais surtout, il est nécessaire de **rechercher une stabilité des équipes pour un suivi sérieux des patientes et une diminution des astreintes de l'ensemble du personnel.**

Dans ces conditions, le personnel médical pourra continuer d'affirmer sa volonté d'assurer :

- La sécurité médicale et psychique des femmes
- La prévention des pathologies de grossesse
- L'accompagnement à la parentalité

C/ SPECIFICITE DU TERRITOIRE

Les besoins des Diois s'expriment autour de deux axes principaux : **la proximité et la sécurité.**

La totalité du territoire Diois étant située en montagne avec des routes peu sûres l'hiver et largement fréquentées l'été, à plus d'une heure du centre hospitalier de Valence, une maternité de proximité à Die favorise la sécurité des femmes enceintes et/ou de l'enfant. Il est en effet évident que pour certains cas d'urgence, le temps écoulé entre le début de l'accident, le diagnostic et sa prise en charge par une équipe obstétricale est le facteur déterminant d'une survie sans séquelle pour la mère et/ou de l'enfant.

Il est à remarquer qu'un rapport d'experts souligne que le temps de parcours séparant la femme enceinte de la maternité la plus proche ne devait pas excéder 45 minutes.

C'est la seule structure de santé située entre Valence et Gap. La proximité de la maternité de Die favorise l'accessibilité aux soins et l'égalité des chances face aux urgences vitales inopinées, quel que soit leur lieu de survenue.

La maternité de Die permet également de contribuer à l'aménagement du territoire et d'assurer le respect du principe constitutionnel de la continuité du service public.

D/ ANALYSE DES SOLUTIONS PROPOSÉES

1* Maison de naissance :

Cette solution n'est pas sérieuse sur notre territoire puisqu'elle nécessite un hôpital avec maternité à proximité immédiate.

2* Collaboration avec les autres hôpitaux (Crest – Valence)

Solution intéressante dans la mesure où elle est effective. C'est à dire si un vrai contrat de réciprocité est établi et respecté par tous.

Le travail d'équipe souhaité par le personnel en place rendrait plus faciles voire plus efficaces les actes liés à la naissance.

Mais cela signifie que la chirurgie de Die intègre la fédération de chirurgie Crest – Valence, intégration demandée depuis des années par les professionnels en place.

Par ailleurs, une collaboration plus étendue avec la PMI serait également souhaitable.

3 * Centre périnatal :

Une alternative dont le fonctionnement n'est pas défini.

4* Maintien dérogatoire de la maternité avec renforcement des équipes médicales

Compte-tenu des éléments précédents, le maintien d'un plateau technique d'obstétrique (même à faible activité) à Die est pleinement justifié.

L'obtention d'une dérogation pérenne et le renforcement des équipes médicales comme il est souhaité par l'équipe des professionnels, ainsi qu'une collaboration avec les hôpitaux de Crest et Valence, permettraient un fonctionnement de la maternité de Die en toute sécurité et

son fonctionnement serait ainsi sécurisé comme il l'est demandé par les tutelles, souhaité par le personnel et vivement approuvé par la population.

COMMISSION NAISSANCE

RAPPORT POUR LE 19 MARS AU COMITE DE PILOTAGE

Retour sur les chiffres de la maternité :

Sur les 150 accouchements effectués chaque année 50 %/° proviennent du Pays Diois.

Sur ces 75 femmes, en 2008 :

- 1 de la Motte
- 8 de Luc en Diois

- 9 de Châtillon
- 13 de La Chapelle en Vercors
- 44 de Die

Selon les retours, l'indice tournerait autour de 96 °/° de satisfaction. Confirmé par l'enquête du Nouvel Observateur.

Les mécontentements viennent aussi des transferts sur Valence mal vécus par les mamans.

Ce qui est particulièrement apprécié est le contact humain et la connaissance des jeunes femmes par le corps médical. Mais aussi les risques très bien gérés par les professionnels.

En ce qui concerne les accouchements à domicile, leur nombre n'est pas vérifiable par définition. Mais en 2007 : 15 se font connaître dont 4 pour avoir fait appel à la maternité lors de l'accouchement difficile. Et 18 en 2008 dont 2 qui ont eu besoin aussi de la maternité.

Après discussions avec un certain nombre d'entre elles, il apparaît que la proximité de cette maternité renforce leur sentiment de sécurité.

Même si pour l'équipe professionnelle, une arrivée en catastrophe de dernière minute pose un vrai problème (connaissance des difficultés décelées et non transmises, groupe sanguin, allergies...)

Les obstacles pour accoucher à Valence tiennent à 2 raisons essentielles :

La sécurité : La bonne gestion des risques de la maternité de Die. Le professionnalisme des équipes.

L'éloignement. Pour certaines, les kilomètres, donc le temps s'allongerait significativement. Voir carte.

La maternité de Valence effectue 1900 accouchements par an alors qu'elle n'est équipée que pour 1600. D'où les craintes des Dioisaises d'arriver dans une « usine » où la surcharge de travail augmente les risques.

COMMISSION GROSSESSE ET NAISSANCE EN PAYS DIOIS
RAPPORT POUR LE COMITE DE PILOTAGE
DU 15 AVRIL 2009

REFLEXIONS SUR L'AVENIR

SOLUTIONS ET HYPOTHESES

I – La solution : le maintien de la maternité

La seule solution valable pour nous c'est le maintien de la maternité avec renforcement des points faibles :

- renforcement des consultations de pédiatrie
- stabilité des équipes
- anesthésiste avec compétence en pédiatrie
- sages femmes en nombre suffisant pour assurer la garde sur place
- gynécologue obstétricien en nombre suffisant pour assurer la sécurité
- bloc opératoire ouvert 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24
- chirurgien viscéraliste ou généraliste présent sur place

Cette solution a le mérite d'assurer la sécurité psychique et médicale des femmes.

Nous sommes conscients que cela coûte plus cher que dans certains autres hôpitaux mais comment faire dans le Diois qui présente des caractéristiques géographiques particulières comme l'éloignement, l'état des routes, la neige l'hiver etc... ?

La maternité à Die est également une nécessité pour le maintien et le développement économique et participe à l'aménagement du territoire Diois.

II – Les autres hypothèses

La maison de naissance

Elle apporte une fausse sécurité sans la présence d'une maternité à proximité immédiate.

L'avantage

Les accouchements peuvent se faire à Die

Les inconvénients

Le suivi est fait uniquement par des sages-femmes libérales.

Pas de gynécologue obstétricien sur place

La sécurité n'est pas assurée

> **Ce n'est pas une solution adaptée pour la sécurité des parturientes du Diois.**

Le centre périnatal

Il permet d'assurer le suivi de grossesse et les suites de couches.

Les avantages

Les examens se font à Die

La préparation et le suivi psychologique sont assurés par des professionnels

Les suites de couches sont prises en charge

L'hospitalisation à domicile peut être développée pour les femmes enceintes et pour les suites de couche

Le personnel actuel est maintenu sur place

Les inconvénients

Pas d'accouchements à Die

Pas de cadre juridique précis en ce qui concerne le fonctionnement du centre

Isolement familial pour la parturiente

Changement d'équipe médicale au moment de l'accouchement source d'angoisse pour les futurs parents

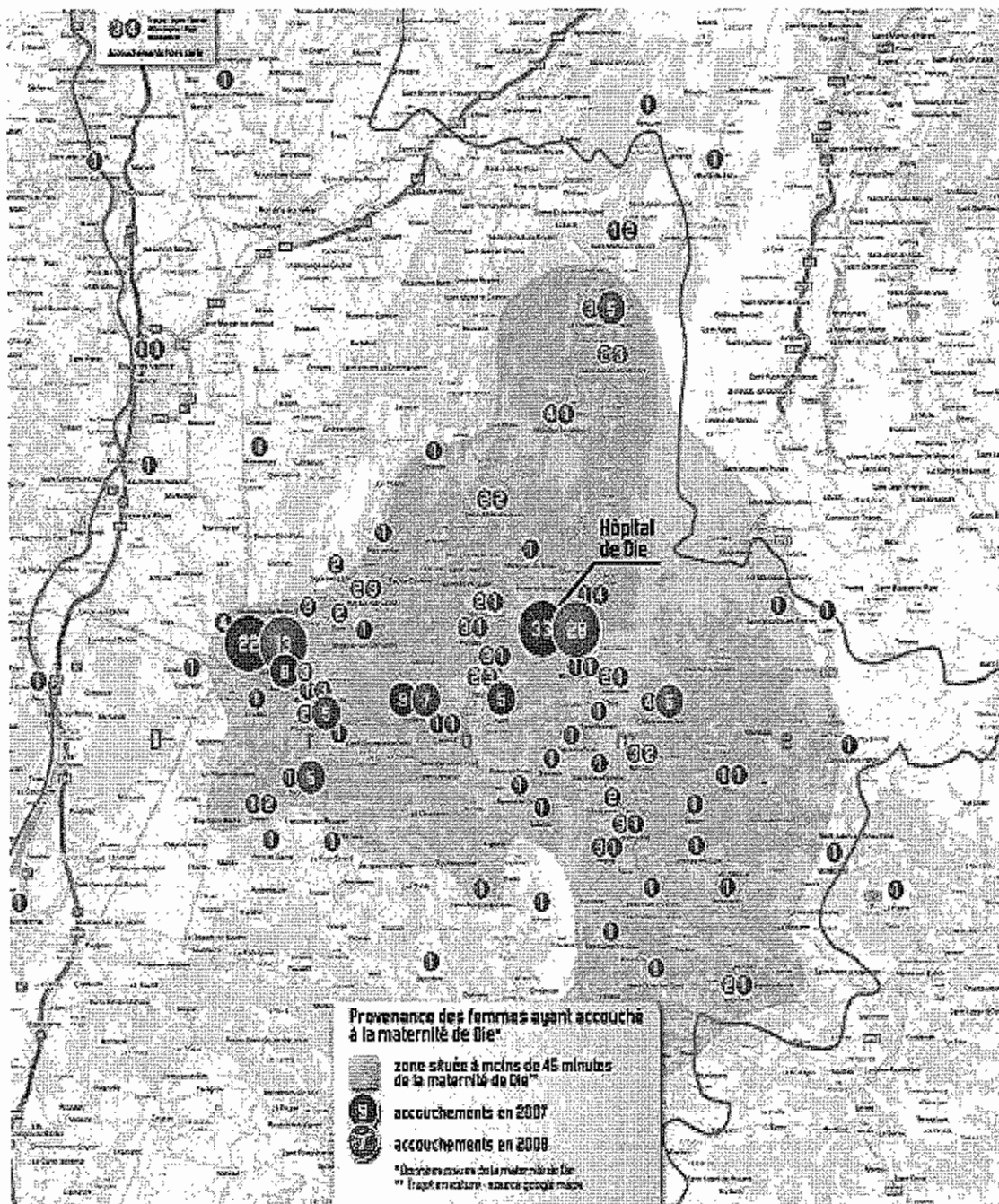
L'urgence vitale n'est pas prise en charge

La sécurité psychique et médicale n'est pas assurée.

Qui prendra la responsabilité des accidents graves et des urgences vitales ?

> **Ce n'est pas une solution adaptée pour les parturientes du Diois.**

Coopération hospitalière avec Crest ou Valence à définir



Annexe 5: Synthèse des travaux groupe 4

Proposition d'articulation sanitaire, sociale, et médico-sociale pour les personnes âgées et/ou handicapées de + 60 ans des 5 cantons du Pays Diois/Pays de Saillans.

Ont participé à cette réflexion, ponctuellement ou régulièrement, outre les 2 référents du groupe: Myriam BONJEAN Médecin généraliste à Luc en Diois et Martine CHAZELLE Coordinatrice du CLIC du Diois:

- Christine BAIETTO – Infirmière - EHPAD de Die
- Bernadette BETEND - Médecin gériatre - Coordonnateur PA/PH Conseil Général de la Drôme
- Josiane BROCAUD - Association Mondstupfer Vallée de Quint- Réseau Famille Relais du Diois
- Christine CHAFFOIS – Citoyenne - Die
- Sylvie CORROENNE – Citoyenne - Die
- Catherine CURTET – Kinésithérapeute - Die
- Josette DAUBEUF – Administratrice - ADES-AD
- Patrick DENUIT – Directeur - ADES-AD
- Anne-Laure DESHAYE – Orthophoniste - Luc en Diois
- Françoise DURIEZ - Assistante Sociale - Centre Hospitalier Die
- Bernard HAEGEL – Directeur PA/PH - Conseil Général de la Drôme
- Fabienne LOSZACK - Mairie de Luc en Diois ; Résidence Les Tilleuls Mutuelles de la Drôme
- Jocelyne MAILLEFAUD – Représentante des usagers au CA de l'Hôpital de Die
- Nicole MARCEL - Adjointe PA/PH Vallée de la Drôme- Direction des Solidarités CG 26
- Valérie NOËL - Médecin Gériatre - EHPAD/Centre Hospitalier de Die
- Lyliane ORAND – Citoyenne - Laval d'Aix
- Bettina et Thierry POUUREL - Kinésithérapeutes à Die
- Régine ROULLE-Directrice des Hébergements - Croix-Rouge Française de Recoubeau
- Brigitte TINLAND - Infirmière coordinatrice PASS et SSIAD Centre Hospitalier de Die

I-INTRODUCTION

Au cours des 7 réunions qui se sont déroulées entre le 3 février et le 9 avril 2009, le groupe a élaboré un schéma d'organisation en rapport avec les personnes âgées et les personnes handicapées de + 60 ans qui se traduit par le tableau n° 1 en annexe n°1 (« Signalement, évaluation, diagnostic, coordination ») et le tableau n°2 en annexe 1 bis (« Actions de la plate-forme »).

Le groupe exprime qu'il n'est question que d'écrire des propositions d'articulation entre le sanitaire, le social et le médico-social autour de ces deux populations.

A ce jour, le travail effectué tourne essentiellement autour de la personne âgée et/ou handicapée. Si ces propositions trouvent leur écho, une réflexion complémentaire est à produire pour les personnes handicapées de moins de 60 ans en lien avec la MDPH et d'autres acteurs du handicap.

Nous précisons la différence législative entre une équipe mobile gériatrique en intra hospitalier et l'équipe mobilisable de gériatrie citée dans nos propositions, équipe mobilisable en intra hospitalier et/ou à domicile.

Cette articulation ne parle pas du terme « Réseau », mais s'inspire des objectifs, de la population ciblée, en référence à la circulaire N° DHOS/02/03/CNAMTS du 15 mai 2007 « relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé personnes âgées. Elle s'appuie sur la population vivant dans le Diois (cf tableaux 3 à 6 sur la population générale, les bénéficiaires de l'APA, la file active des personnes de plus de 60 ans hospitalisées au CH de Die (en annexes 2 à 5).

En rapport avec ces populations, ce schéma d'articulation viserait à améliorer dans les deux premières années, la prise en charge de 250 personnes âgées par la coordination des différents acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux.

Avant de commenter les schémas, il faut rappeler les avantages déjà acquis par la culture du travail en réseau dans le Diois, à savoir:

- Réseau prévention du suicide
- Articulation médico-sociale avec le SSIAD, le CLIC, l'ADES-AD, les infirmières libérales
- Le travail d'articulation de l'hôpital avec le CLIC qui s'est traduit par une procédure de fiche de liaison
- La PASS créée en 2003 (difficulté d'être, dépression, alcoolisme etc..) qui s'articule avec des acteurs tels que Accueil de Jour (CCAS), Mission Locale, Centre Médico social du CG, secteur de psychiatrie publique...
- Les petits déjeuners partenaires (1 fois par trimestre entre partenaires du médico-social pour échanger sur l'actualité des organisations de chacun)

Pour objectiver ces schémas d'articulation, nous nous référons aux objectifs opérationnels cités dans la circulaire :

« Tout réseau prenant en charge des personnes âgées doit impérativement couvrir les objectifs suivants:

- *assurer le repérage de la population répondant aux critères*

- *établir un plan d'intervention personnalisé en équipe pluridisciplinaire*
- *mettre en œuvre des actions d'informations et d'éducation de la santé, ainsi que des actions sur des thèmes spécifiques*
- *définir une organisation et des procédures de gestion et des procédures de gestion des relations avec les organismes et les financeurs de soins ou de services »*

Il sera plus question dans notre analyse de la prise en charge de la personne âgée à titre individuel. L'aspect prise en charge collective ne sera pas traitée.

II-EVALUATION

1) Pour qui?

Pour toutes personnes fragiles à partir de 60 ans et plus particulièrement pour les + 75 ans.

Nous définissons le sujet âgé fragile tel qu'« *exposé au risque de santé et présentant des facteurs prédisposants polyopathologiques: perte d'autonomie, âge avancé, chutes à répétition, maladie aiguë, hospitalisation, malnutrition* » (cf professeur Franco Grenoble). D'autres définitions possibles sont à prendre en compte.

Une personne âgée présente des risques de déséquilibre entre les éléments somatiques, psychiques et sociaux provoqués par une agression même mineure.

La situation géographique de moyenne montagne favorise l'isolement médico-social des personnes âgées.

2) Repérage des personnes âgées fragiles ou à risque

Les différents acteurs assureraient le repérage des personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptibles de le devenir et particulièrement les personnes isolées. Toujours en référence avec la circulaire, pour réaliser le repérage des situations à risques, la plateforme doit disposer:

- *des informations recueillies par les équipes médico-sociales du Conseil Général (équipes APA)*

- *des signalements effectués par les médecins traitants, les professionnels libéraux (y compris les pharmaciens), les établissements de santé (par exemple, équipes mobilisable en gériatrie, consultations gériatriques), les CLIC ou les assistantes sociales de secteur, les CCAS, les associations de service à domicile et les services d'aide à domicile et services de soins infirmiers à domicile,*

- des signalements faits par la personne âgée elle-même, l'entourage, la famille, les voisins

Ce repérage pourrait entraîner l'action de la plate-forme d'évaluation gériatrique (PFGE) après accord de la personne âgée et du médecin traitant.

L'adhésion de la personne âgée et de chaque acteur cité ci dessus est primordiale.

A ce jour, la prévention de la personne âgée n'est pas prise en charge dans le Diois, et le manque de médecins en 2010 sera encore plus flagrant. La démarche de « l'aller vers » les personnes âgées en lien avec les aidants et ceux qui ont pu repérer les personnes fragiles est à promouvoir, l'équipe mobilisable de gériatrie serait facilitatrice.

3) Evaluation et diagnostic médico-psychosociaux:

Définition: L'évaluation gériatrique est *un processus diagnostic multi-dimensionnel et interdisciplinaire du sujet fragile, orienté vers l'identification des problèmes et des capacités médicales, psychosociales et fonctionnelles.*

Nécessité d'évaluer un projet de vie et de soins ainsi qu'un suivi à long terme.

En cela, elle est plus complexe que l'évaluation faite dans le cadre de l'APA à domicile qui vise à mesurer la perte d'autonomie et à évaluer les services à domicile à préconiser.

L'évaluation, l'expertise médicale se ferait en intra-hospitalier ou à domicile avec la personne et/ou son « référent » (personne de confiance).

L'éloignement et le problème de transport représentent un frein, le déplacement de la plateforme à domicile serait à privilégier. Dans un premier temps, elle permettrait de rencontrer le conjoint ou l'aidant naturel et de repérer les incidences de l'environnement sur l'état de santé de la personne.

La plate-forme s'appuierait sur les professionnels comme le médecin gériatre de l'hôpital, une infirmière spécialisée en gériatrie, coordinatrice de la plateforme et, selon les cas, l'assistante sociale de l'hôpital et/ou la géronto-psychologue de l'hôpital .

Enfin, la plateforme ferait appel à des personnes « ressources » extérieures comme:

- Les assistants socio-éducatifs du Conseil Général
- Les infirmières libérales en convention avec le Conseil Général pour les évaluations APA

En cas de problème spécifique, la personne serait orientée vers le plateau technique de l'hôpital.

Si ce n'est pas déjà fait par la personne âgée, la plate-forme pourrait désigner une personne de confiance qui serait référente et partenaire des professionnels intervenants suite à la définition du plan d'intervention.

III- PLAN D'INTERVENTION ADAPTE

a) Elaboration du plan d'intervention

L'équipe qui a fait l'évaluation en lien avec la personne âgée et le référent choisi élaborerait ce plan d'intervention

b) Mise en œuvre du plan d'intervention

c) Coordination des acteurs médicosociaux et des aidants

- Equipe opérationnelle de deux personnes alliant le sanitaire et le social
- Annuaire des professionnels ressources
- Evaluation d'un dossier patient partagé sanitaire et social avec partie réservée aux personnels médicaux et paramédicaux
- Classeur de liaison évolutif personnalisé

Au moindre dysfonctionnement dans la situation , référence à l'IDE coordinatrice pour le sanitaire et au département pour le social (CMS, équipe PA/PH, CLIC)

d) Modalités du suivi individuel

Par l'équipe opérationnelle (médico-sociale).

Si une réévaluation est nécessaire, cette équipe déclencherait une réévaluation par la plate-forme (retour à l'étape évaluation diagnostique)

e) Modalités d'évaluation de la filière

***indicateurs d'activité:** une file active supposée en corrélation avec:

- La population générale de +60 ans du territoire
- La population hospitalisée (Département d'Information Médicale DIM)
- Les demandeurs APA (Conseil Général)
- Nombre de situations réévaluées
- Population en démarche CLIC
- Population suivie par la coordination
- Nombre de réunions des acteurs de la filière (minimum 4/ans)

***indicateurs de résultat:**

- Proportion des personnes qui devraient être concernées comparativement à celles qui refusent
- Nombre moyen de passages aux urgences par personnes âgées prise en charge sur une année ;
- Amélioration de l'état de santé des aidants (échelle de Zarit)
- Amélioration du GIR et cités dans la circulaire :
- *Ratio : nombre d'hospitalisations programmées par an / nombre hospitalisations totales par an pour les personnes âgées prises en charge par réseau ;*
- *Nombre moyen de jours d'hospitalisation après indication médicale de sortie par personne âgée prise en charge sur une année ;*
- *Taux de placement en institution : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau placées en institution sur un an / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau exprimé en pourcentage ;*
- *Taux de décès à domicile : nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau décédées à domicile / nombre de personnes âgées prises en charge par le réseau.*

D'autres indicateurs peuvent en outre être utilisés tels que ceux figurant dans le guide d'évaluation des réseaux de santé de la Haute Autorité en santé du 8 septembre 2004.

IV-CONCLUSION

A ce stade de la réflexion, il ne nous est pas paru opportun de chiffrer ce dispositif.

Il reste à réfléchir comment s'inscrirait ce dispositif axé sur la prise en charge individuelle de la personne, dans le contexte de prévention existant puisque des actions collectives vers cette population continuent à être menées et restent à élargir.

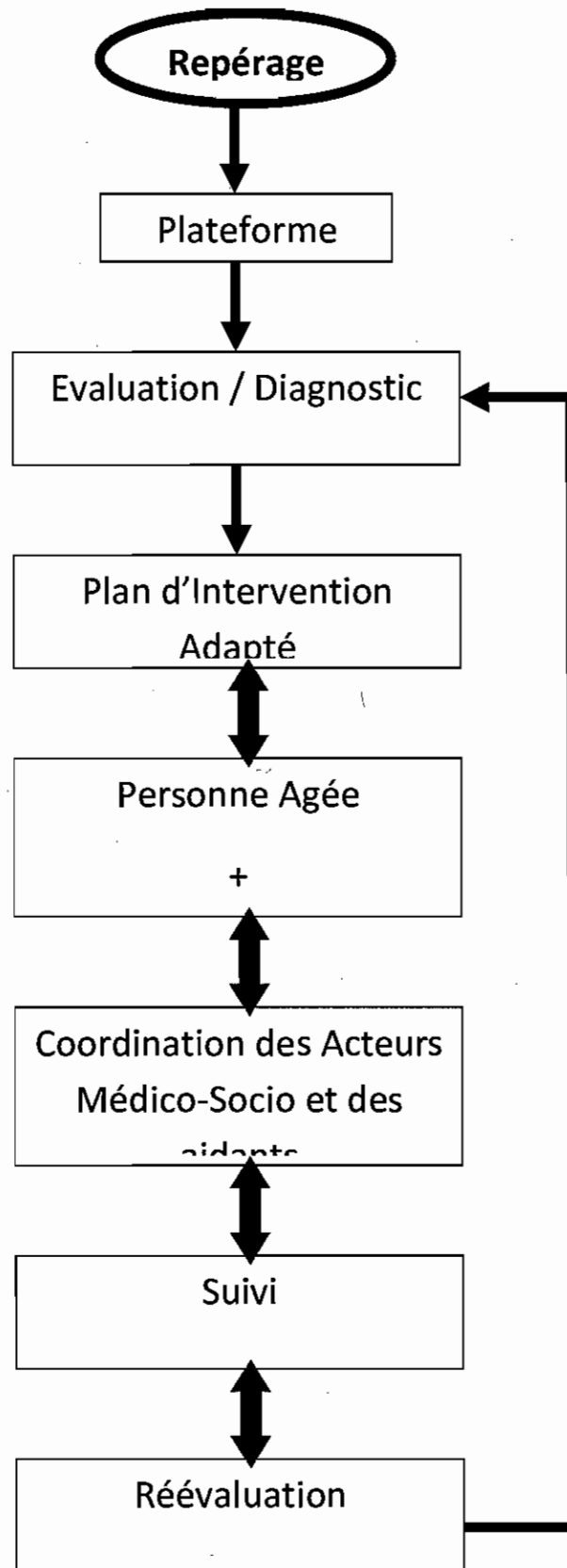
Nous supposons que ce type de prise en charge apporterait aussi aux aidants une aide spécifique.

Enfin, ce schéma ne peut être valide que si les organismes concernés s'articulent entre eux par le biais de conventionnement.

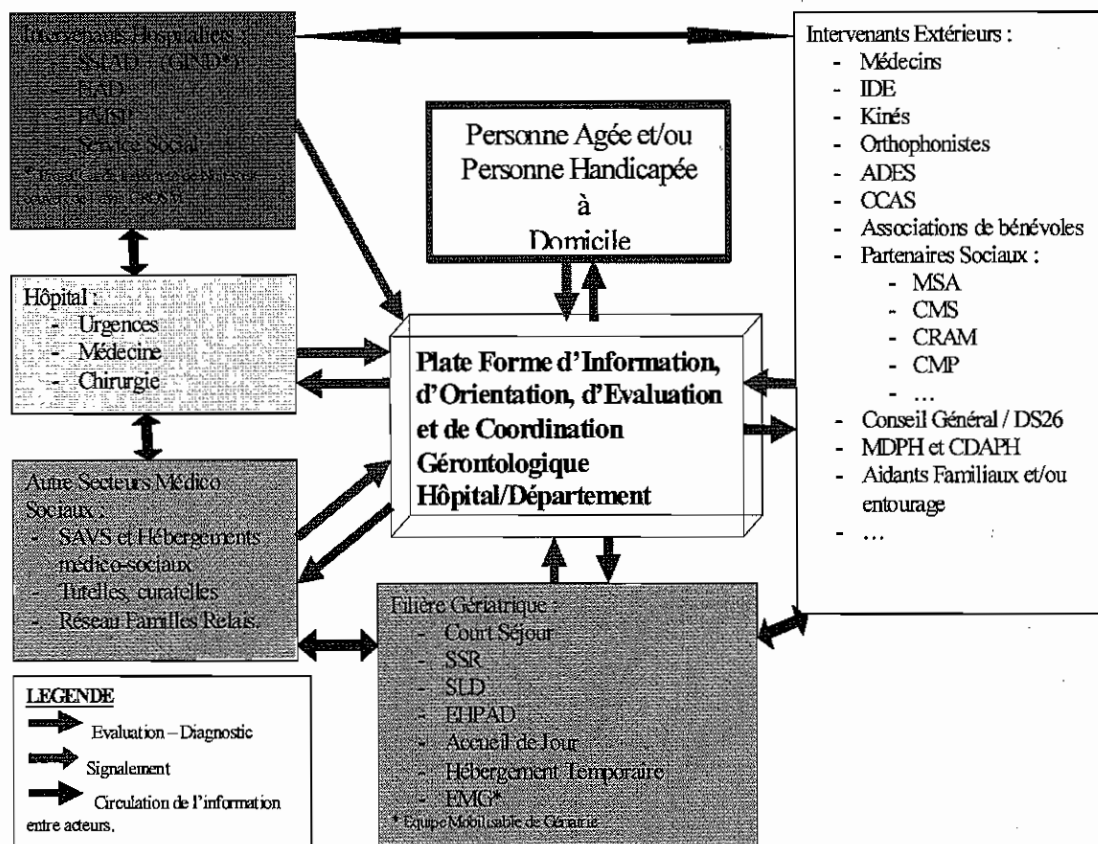
Die le 10 avril 2009. Pour le groupe 4, Sylvie CORROENNE.

Tableau Récapitulatif

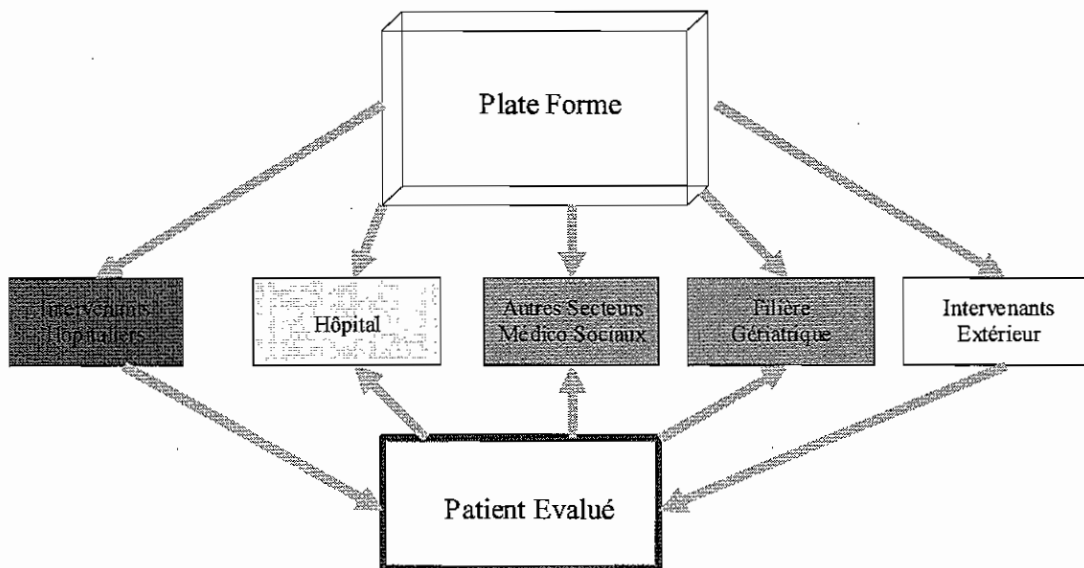
Prise en Charge de la Personne Agée et/ou Handicapée de plus de 60 Ans.



SIGNALEMENT, EVALUATION, DIAGNOSTIC, COORDINATION



ACTIONS



PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS, BASSIN DE VALENCE ET DIE

	2005	2010 (prévision)
Bassin de Valence	35 025	39 256
Bassin de Die (10 366 habitants)	1 416	1 485

Source : Rapport d'expertise médico-économique de territoire bassins santé N°2 Valence Page 43

TABLEAU 4

POPULATION DE PLUS DE 60 ANS DES CINQ CANTONS DU DIOS ET DU PAYS DESAILLANS

CANTONS	Population totale de 60 à 64 ans	Population totale de 65 à 69 ans	Population totale de 70 à 74 ans	Population totale de 75 à 79 ans	Population totale de 80 à 84 ans	Population totale de 85 à 89 ans	Population totale de 90 à 94 ans	Population totale de 95 à 99 ans	Population totale de 100 ans ou plus	TOTAL Général	Total pourcentage + de 60 ans
Châtillon en Diois	117	133	114	99	52	47	22	7	2	593	16%
Die	310	314	404	328	148	154	78	29	2	1767	4%
Luc-en-Diois	81	102	125	117	36	34	16	4	1	516	14%
La Motte Chalancon	63	57	62	61	20	34	11	1	0	309	8%
Saillans	120	128	118	130	52	55	22	2	0	627	16%
TOTAL	691	734	823	735	308	324	149	43	5	3812	100%

Source : RCP 99

**BENEFICIAIRES DE L'APA EN MARS 2009 SUR LES CINQ CANTONS
COUVERTS PAR LE CLIC DU DIOIS**

Canton de CHATILLON EN DIOIS

GIR	APA à Domicile	APA en Etablissement	Total
1		3	3
2	1	4	5
3	7	3	10
4	29	9	38
TOTAL	37	19	56

Canton de DIE

GIR	APA à Domicile	APA en Etablissement	Total
1	3	11	14
2	13	30	43
3	37	11	48
4	58	19	77
TOTAL	111	71	182

Canton de LUC EN DIOIS

GIR	APA à Domicile	APA en Etablissement	Total
1		2	2
2	2	6	8
3	7	1	8
4	27	7	34
TOTAL	36	16	52

Canton de MOTTE CHALANCON (LA)

GIR	APA à Domicile	APA en Etablissement	Total
1		1	1
2	2	8	10
3	8	3	11
TOTAL	22	15	37

Canton de SAILLANS

GIR	APA à Domicile	APA en Etablissement	Total
2	2	12	14
3	7	6	13
4	15	9	24
TOTAL	24	27	51

Il y a un total de 378 bénéficiaires de l'APA dont 230 APA à domicile.

