



Inspection générale
des affaires sociales

Mission d'expertise relative à la mise
en œuvre du projet médical du
centre hospitalier Sud Essonne
(Obstétrique et Anesthésie)

Établi par

Dr. Pierre ABALLEA

Jean-Yves LAFFONT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2015 -

2015-019R

SYNTHESE

- [1] Le Centre Hospitalier Sud Essonne (CHSE) est un établissement Francilien qui regroupe les ex hôpitaux d'Etampes et de Dourdan fusionnés depuis le 1^{er} janvier 2011. Il dispose d'une capacité totale de 669 lits et places installés dont 265 lits et places en Médecine Chirurgie, Obstétrique (MCO) et 60 lits de soins de suite et réadaptation (SSR). Les recettes 2014 du budget hospitalier (principalement MCO et SSR) sont de 79,5 millions d'euros.
- [2] Le CHSE joue un rôle important dans l'organisation de l'offre de soins pour le sud ouest de l'Ile de France. Du fait de sa position géographique, il constitue un échelon indispensable entre l'agglomération parisienne et les hôpitaux des chefs-lieux des départements limitrophes, Chartres et Orléans.
- [3] La mission est interrogée sur le bien-fondé et la faisabilité de son projet médical 2015-2019. Ce projet ne voit pas le jour malgré deux missions d'appui réalisées en 2009 et 2012, car les positions des acteurs ne sont pas conciliables, notamment sur la maternité. Parallèlement, on constate une situation extrêmement tendue sur l'anesthésie-réanimation. C'est la raison pour laquelle la mission s'est focalisée sur ces deux sujets compte tenu des délais demandés (30 avril 2015).
- [4] Depuis bientôt sept ans, c'est-à-dire depuis la décision de fusion en 2008, des tensions internes récurrentes ont empêché la production du projet médical. Ce blocage institutionnel majeur explique que la fusion, bien que retardée à début 2011, est restée principalement administrative jusqu'à ce jour. La succession de plusieurs directeurs, entrecoupée de longues périodes d'intérim, a renforcé la difficulté à faire émerger un projet partagé.
- [5] Dans ce contexte, l'activité des deux sites a baissé et la situation financière déjà fragile sur les deux établissements d'origine, a continué à se dégrader. La situation financière du CHSE a toujours été déficitaire depuis la fusion et le reste en 2014 avec un déficit de 2,2 millions d'euros sur son budget principal, le budget hospitalier, soit 2,77 %.
- [6] Le CHSE reste le principal établissement de son bassin d'attractivité, estimé à 160 00 habitants provenant de 22 communes, avec 35 % des parts de marché (20 % sur Etampes et 15 % sur Dourdan). Mais il perd des parts alors que l'activité globale de sa zone croît et profite à des établissements plus dynamiques dans son environnement.
- [7] Un premier projet médical 2015-2019 - non encore examiné par les instances - est finalement achevé depuis février 2015 après un travail de concertation conduit en 2013 et 2014 au sein des pôles de l'établissement. Pour les activités de MCO le projet prévoit globalement, le maintien du *statu quo* pour les activités de chirurgie, de médecine, de pédiatrie, de réanimation et d'urgences mais envisage un regroupement des naissances sur le seul site d'Etampes. Ceci a réactivé les oppositions et entraîné le report de la commission médicale d'établissement qui devait l'examiner début 2015.
- [8] Une prise de conscience de la réalité de la situation par les communautés politique et hospitalière est urgente de manière à permettre au CHSE d'avancer dans la définition d'un projet médical puis d'établissement mobilisateur. La situation ne peut être débloquée qu'avec un soutien fort de l'agence régionale de santé aux orientations qui seront votées par les instances de l'établissement, commission médicale d'établissement pour le projet médical et conseil de surveillance pour le projet d'établissement qui doit s'en suivre.

- [9] Avant même la fusion, la situation était tendue en termes de recrutement médicaux et de perspectives démographiques. Cette situation s'est aggravée : 38 % des 126 praticiens en poste au 1^{er} janvier 2014 avaient plus de 55 ans et deux anesthésistes sur neuf moins de 60 ans. Le CHSE qui peine toujours à ce jour à compléter ses listes de garde avec des effectifs réguliers, recourt de manière croissante à l'intérim qui a pu couvrir jusqu'à près de quatre garde sur cinq certains mois en anesthésie-réanimation sur le site de Dourdan. Au-delà de son coût prohibitif, cette solution n'est pas compatible avec une prise en charge de bonne qualité lorsque plus de trente anesthésistes différents interviennent sur le tableau de garde, comme en 2014 à Dourdan.
- [10] La situation pourrait toutefois se détendre à partir du deuxième trimestre 2015 si les recrutements prévus sont effectifs. Mais elle restera structurellement fragile car elle continuera à reposer de façon importante sur l'intérim pour les gardes et sur des praticiens âgés, dont certains sont recrutés en cumul emploi retraite de manière irrégulière (au-delà de 68 ans). Il serait difficile toutefois d'aller plus loin en recrutant davantage d'anesthésistes permanents pour Dourdan, car l'activité est insuffisante pour les financer. Une mutualisation des anesthésistes d'Etampes avec l'équipe de Dourdan est préférable et nécessite de mettre fin à la convention liant Etampes et Pithiviers sur ce sujet.
- [11] La direction du CHSE a sincèrement fait preuve de toutes les diligences possibles pour le recrutement des anesthésistes. Elle ne peut pas être suspectée d'avoir refusé des candidatures pour affaiblir le site de Dourdan comme cela lui a été reproché à tort. A moyen terme, ces efforts importants doivent être poursuivis, tant pour les anesthésistes que pour les réanimateurs. Un modèle d'organisation séparant les activités et les praticiens d'anesthésie et de réanimation est probablement plus à même d'être maintenu qu'un modèle où les praticiens sont polyvalents comme à Dourdan. Il convient de rappeler que tous les établissements de santé vont faire face ces prochaines années à des départs massifs d'anesthésistes-réanimateurs : plus de la moitié des praticiens temps plein exerçant en anesthésie-réanimation dans les établissements de santé publics d'Ile de France ont plus de 55 ans et près d'un tiers plus de 60 ans. La concurrence va être féroce et ne seront choisis que les établissements offrant les meilleures conditions de travail : équipe nombreuse, activité significative et en phase avec les préférences des praticiens (spécialisation vs polyvalence), poids des gardes supportable, enfin et peut-être surtout, entente des équipes autour d'un projet lisible.
- [12] La détente relative sur la situation des anesthésistes à Dourdan ne doit pas masquer que des problèmes identiques se posent pour les deux autres disciplines médicales concourant au bon fonctionnement de la maternité : la gynécologie-obstétrique et la pédiatrie pour lesquelles les perspectives en termes de démographie médicale sont également problématiques.
- [13] Cette fragilisation des équipes médicales survient dans un contexte de baisse d'activité des deux maternités. Cette évolution est ancienne mais s'est accentuée : le nombre des naissances est passé pour la première fois sous la barre des 1000 accouchements à Etampes (871). En 2013 et 2014, il s'est installé sous celle des 500 à Dourdan (456). Par ailleurs les charges de la maternité de Dourdan sont supérieures à celles d'Etampes, alors que son activité est près de deux fois moindre.
- [14] **La fragilité actuelle de l'ensemble des équipes médicales sur Dourdan et ces éléments d'activité et de coût militent pour le rapprochement des accouchements sur un site unique comme cela est proposé dans le projet médical 2015-2019.**
- [15] Un tel rapprochement va conduire à perdre une partie de l'activité estimée entre la moitié et les deux tiers des accouchements réalisés sur Dourdan. Au total 150 accouchements pourraient se reporter du site de Dourdan sur celui d'Etampes. Par ailleurs, l'activité pourrait remonter si le site d'Etampes revient peu ou prou à son niveau antérieur à 2014 (1000) et s'il attire davantage de patientèle en provenance du Nord-Loiret (100). Au total, on estime qu'un peu moins de 1300 accouchements pourraient être pris en charge sur la maternité d'Etampes, si ces conditions se réalisent.

- [16] Le principal impact sur la maternité d'Etampes de la remontée d'activité concerne son secteur d'hospitalisation. Elle peut accueillir dès à présent tous les accouchements dans des conditions de sécurité acceptables sur ses 24 lits existants. La capacité resterait suffisante si on ramenait le nombre de lits à 20 qui garantirait 80 % de chambres individuelles : avec une durée moyenne de séjour de 4,58 jours telle que constatée à Etampes en 2014 et un taux d'occupation des lits de 80 %, la maternité pourra accueillir sur 20 lits, 1275 accouchements. Cette durée moyenne de séjour est encore élevée : avec une valeur de 4,14 telle qu'observée sur Dourdan, la capacité d'accueil peut-être portée à plus de 1400 accouchements par an.
- [17] Une rénovation de confort est nécessaire pour renforcer l'attractivité hôtelière sur Etampes. Elle est à portée à court terme avec un minimum de travaux. A moyen terme i.e. à l'horizon du projet d'établissement suivant et selon l'évolution de l'activité, de nouveaux locaux sont souhaitables impliquant une rénovation plus conséquente.
- [18] Toutes ces évolutions impliquent un fort engagement des équipes de la direction du CHSE qui doivent être impérativement stabilisées afin de procéder à un accompagnement attentif et soutenu des équipes médicales et paramédicales pour réussir le regroupement sur Etampes et le bon fonctionnement du centre périnatal de proximité sur Dourdan.
- [19] C'est à cette condition que le projet médical relancé pourra enfin aboutir fin 2015 au projet d'établissement dont le CHSE a impérativement besoin depuis sa création.

Sommaire

SYNTHESE.....	3
RAPPORT.....	9
INTRODUCTION.....	9
1 UNE FUSION INABOUTIE QUI COMPROMET LE REDRESSEMENT DE L'ETABLISSEMENT	12
1.1 L'émergence longue et conflictuelle du premier projet médical s'inscrit dans une recherche ancienne de complémentarités	12
1.1.1 Des tentatives de coopération à géométrie variable avec les établissements de santé du sud de la région de 1994 à 2007.....	12
1.1.2 Une impulsion ferme vers une coopération renforcée qui aboutit en 2011 à une fusion imposée en 2009 par l'ARH.....	13
1.1.3 La fusion reste administrative et aucun projet n'est finalisé, ce qui conduit l'ARS à diligenter un nouvel audit début 2012.....	15
1.1.4 La démarche d'élaboration du projet redémarre fin 2012 mais s'arrête après la survenue d'un accident mi 2013 et la suspension temporaire de la maternité de Dourdan.....	16
1.1.5 La réouverture de la maternité début 2014 relance le projet médical commun dont les orientations conduisent à une nouvelle situation de blocage.....	17
1.2 Une activité qui décroît et une situation financière déficitaire depuis la fusion.....	18
1.2.1 L'activité générale de court séjour est restée globalement décroissante malgré la fusion et le CHSE perd des parts de marché.....	18
1.2.2 La situation financière, dégradée dès la première année de la fusion a entraîné une mise sous surveillance de l'ARS.....	19
1.3 La situation ne peut être débloquée qu'avec un soutien fort de l'ARS aux orientations de l'établissement	21
2 UNE SITUATION PREOCCUPANTE DES ANESTHESISTES REANIMATEURS QUI RESTERA TENDUE A MOYEN TERME.....	22
2.1 Les deux sites diffèrent par l'organisation du service et la pratique de l'anesthésie.....	23
2.1.1 Sur Dourdan : une équipe médicale polyvalente.....	23
2.1.2 Sur Etampes : des équipes médicales spécialisées.....	23
2.1.3 Sur Dourdan : pénurie chronique de praticiens affectés sur un poste, la permanence des soins a reposé majoritairement sur des intérimaires.....	24
2.1.4 Sur Etampes : il existe des tensions actuelles et à venir sur les effectifs.....	25
2.2 Face à ces difficultés, le CHSE a procédé à une intense activité de recrutement mais qui se heurte à des fortes suspicions de la part de la communauté Dourdannaise.....	27
2.2.1 Une forte mobilisation tant pour les intérimaires que pour les recrutements de praticiens	27
2.2.2 Une suspicion non dissipée et pourtant sans fondement.....	29
2.3 Un surcoût important du recours à l'intérim et aux agences de recrutement	29
2.4 Perspectives à court et moyen termes	30
2.4.1 A court terme la situation peut se détendre sur Dourdan.....	30
2.4.2 A moyen terme, il convient de développer toutes les pistes déjà mises en œuvre et mettre fin à la convention avec Pithiviers	30
3 DEUX MATERNITES TRAVAILLANT SEPARÉMENT ET EN PERTE DE VITESSE.....	33
3.1 Les constats.....	33
3.1.1 Le pôle mère enfant, une construction récente s'ajoutant à l'organisation préexistante sans valeur ajoutée reconnue par ses acteurs	33
3.1.2 L'activité d'obstétrique, répartie sur deux zones d'attractivité complémentaires, est en baisse continue depuis 2009.....	34

3.1.3 Des effectifs médicaux en gynécologie-obstétrique et pédiatrie en forte tension notamment sur Dourdan, dans un contexte général défavorable.....	36
3.1.4 Des locaux plus fonctionnels sur Dourdan que sur Etampes.	39
3.1.5 Des éléments de performance contrastés entre les deux sites.....	40
3.2 Les propositions.....	42
3.2.1 Une évolution vers un site unique de naissance à Etampes est possible à court terme	43
3.2.2 Une rénovation limitée du secteur hospitalisation est faisable tout en poursuivant l'activité	44
3.2.3 Le projet de création d'un centre de maternologie apparaît intéressant	45
3.2.4 Conclusion	45
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	47
LETTRE DE MISSION.....	49
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	51
ANNEXE 1 CAPACITES 2015 ET 2019 DU CHSE.....	55
ANNEXE 2 EFFECTIF DE PRATICIENS NECESSAIRE POUR UNE LISTE DE GARDE.....	57
ANNEXE 3 LE RECRUTEMENT DES ANESTHESISTES REANIMATEURS AU CHSE ET SES RESULTATS	59
ANNEXE 4 ACTIVITE GENERALE MCO DU CHSE SUR LA PERIODE 2009-2013.....	67
ANNEXE 5 ACTIVITE DU CHSE EN OBSTETRIQUE SUR LA PERIODE 2009-2013.....	81
SIGLES UTILISES	97

RAPPORT

INTRODUCTION

- [20] Par lettre de mission du 5 février 2015, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes demande à l'IGAS « d'expertiser les problématiques posées par les différentes orientations du projet médical d'établissement du centre hospitalier Sud Essonne (CHSE) et notamment les conditions de faisabilité de leur mise en œuvre ».
- [21] Le Chef de l'IGAS a désigné le 11 février, messieurs Pierre ABALLEA et Jean-Yves LAFFONT pour conduire cette mission. Ils doivent remettre leurs conclusions avant le 30 avril.
- [22] La ministre a demandé à l'IGAS une mission « d'expertise des problématiques posées par les différentes orientations du projet médical d'établissement du centre hospitalier Sud Essonne (CHSE) et notamment les conditions de faisabilité de leur mise en œuvre ».
- [23] Le centre Hospitalier Sud Essonne (CHSE) comprend 669 lits et places installés répartis entre deux sites Dourdan et Etampes distants de 18 km (25 minutes), et reliés par une route départementale (D836). Il dessert une population estimée à 160 000 habitants (*cf. Annexe 5*).

Graphique 1 : Carte du Sud Essonne et du Nord de la région Centre



Source : Cartographie Google, février 2015

- [24] Les autres établissements de santé présents sur le secteur médecine chirurgie obstétrique (MCO) sont situés à plus de 20 km de l'une ou l'autre ville : à Rambouillet, Arpajon, Corbeil-Essonnes et Paris, pour les plus fréquentés par la population du bassin d'attractivité. La maternité de Pithiviers est quant à elle à plus de 30 km au Sud d'Etampes. Il n'existe qu'une seule offre de soins privée en soins de suite et réadaptation sur la commune de Saclas à 12 km au sud d'Etampes. Le CHSE est l'établissement pivot de l'offre de soins MCO sur le Sud Essonne.

- [25] Les deux sites du CHSE sont de taille globalement équivalente et portent chacun des activités urgences, MCO, SSR et USLD/EHPAD. La taille du secteur MCO du CHSE représente 40 % de sa capacité d'hébergement (239 lits et 26 places) ; en hospitalisation complète, elle est près de deux fois plus importante à Etampes (155 lits) qu'à Dourdan (84). Le site d'Etampes dispose par ailleurs d'une réanimation et d'un SMUR. On relève enfin que si l'offre d'obstétrique est répartie sur les deux sites, avec une unité de néonatalogie située à Etampes, l'offre de pédiatrie est quant à elle centrée sur Dourdan.
- [26] Le projet médical actuel est le premier projet formé au titre du nouvel établissement qui a pourtant fusionné depuis 2011. Il vise de fait à mettre en œuvre les objectifs de la fusion, à savoir « créer un établissement public de santé solide et efficient, apte à faire face à la situation très dégradée de la démographie médicale et à répondre aux besoins de la population, en unissant et en rationalisant ses forces, en mutualisant ses ressources et en développant les partenariats avec les autres structures de soins et les centres hospitaliers de référence »¹.
- [27] Ce projet médical s'est construit dans un contexte de crise concernant l'activité de la maternité de Dourdan qui, à la suite du décès d'un nouveau né en juillet 2013, a été suspendue par l'ARS le 21 octobre 2013 puis ré-autorisée le 15 janvier 2014. Cette suspension a suscité une forte mobilisation, tant des personnels soignants que du collectif de patientes et des élus. L'ARS a assorti son accord de réouverture à la production d'un projet médical mi 2014 comprenant notamment un volet gynécologie-obstétrique commun aux deux sites. La CME a adopté en juin 2014 le principe de la mise en place d'un site unique de naissance.
- [28] Le projet médical 2015-2019, objet de la demande d'expertise, prévoit la transformation de la maternité de Dourdan en centre périnatal de proximité et la création d'un centre maternel pour l'accueil des jeunes mères en difficulté. Le projet conforte le développement de la pédiatrie sur Dourdan. Il n'a pas encore été soumis au vote de la CME. Cette évolution ne satisfait pas la demande du maintien d'un site d'accouchement sur Dourdan portée par les collectifs et certains élus.
- [29] Le principal sujet soulevé est donc celui de l'obstétrique et du devenir de la maternité de Dourdan. Les premières investigations ont par ailleurs fait apparaître l'extrême fragilité du secteur anesthésie réanimation et ce point a constitué le second volet de la mission avec l'examen du projet de regroupement de la maternité, dont il conditionne l'analyse. Le reste du projet médical n'a pas été expertisé.
- [30] La mission a pu rencontrer l'ensemble des principales parties prenantes du dossier :
- A l'ARS, le directeur général et les équipes de sa direction du pôle établissements de santé.
 - Au CHSE, les président et vice président du conseil de surveillance, la direction du CHSE, les chefs de pôle et chefs des quatre services constituant le pôle mère enfant, les cadres sages-femmes et infirmiers et enfin, les représentants des usagers et les organisations syndicales. A la demande d'une des quatre organisations syndicales, une réunion avec une délégation du personnel de la maternité de Dourdan a également été organisée. De même, une rencontre avec la maire de Dourdan, présidente de l'association de défense de la maternité a été organisée.
- [31] Enfin, des entretiens ont pu être conduits avec les services de direction générale de l'offre de soins, avec l'association française d'anesthésie réanimation et avec la responsable du réseau Périnatif, qui regroupe toutes les maternités du Sud de l'île de France.

¹ CHSE projet médical 2015-2019 janvier 2015.

- [32] La présente mission n'aurait pu conduire ses investigations dans les délais demandés sans un engagement constant des équipes de la direction du CHSE, notamment ses directions financières et des ressources humaines ainsi que la direction de l'ARS. Il convient de remercier particulièrement le praticien responsable du département d'information médicale, ainsi que la chargée de mission Stratégie territoriale des établissements de santé 75 – 91 à l'ARS qui ont été fortement mis à contribution. Enfin la mission tient à remercier le vice-président du conseil de surveillance et le chef du service des urgences du site de Dourdan pour la qualité des dossiers qui lui ont été transmis.

1. UNE FUSION INABOUTIE QUI COMPROMET LE REDRESSEMENT DE L'ETABLISSEMENT

- [33] La présente mission s'inscrit dans un moment particulier de la vie du CHSE qu'il convient de resituer dans son cadre et son histoire.
- [34] On détaillera tout d'abord les efforts déployés tant par les deux centres hospitaliers que par les différentes autorités de régulation régionale qui se sont succédé ces vingt dernières années pour que se développent les coopérations, ainsi que ceux mis en œuvre pour formaliser et valider un projet médical commun.
- [35] On décrira l'évolution globalement décroissante de l'activité dès avant la fusion. On rappellera enfin dans quel contexte financier tendu évolue le CHSE et les efforts faits pour redresser la situation depuis la fusion.

1.1 L'émergence longue et conflictuelle du premier projet médical s'inscrit dans une recherche ancienne de complémentarités

1.1.1 Des tentatives de coopération à géométrie variable avec les établissements de santé du sud de la région de 1994 à 2007

- [36] Depuis plus de vingt ans, les autorités sanitaires ont engagé de manière constante les établissements de santé à développer des complémentarités, sous des formes juridiques diverses. Le schéma régional d'Ile de France de juillet 1994 enjoint ainsi les hôpitaux d'Arpajon, Dourdan et Etampes à se regrouper pour créer une communauté d'établissements. Trois thèmes sont privilégiés : les urgences, la graduation des niveaux d'accueil et l'organisation de gardes communes en médecine, chirurgie et obstétrique. Les établissements relèvent que leurs bassins de recrutement ne se superposent pas et la volonté de rapprochement s'enlise dans le refus de perdre certaines activités sur l'un ou l'autre site. Devant ce constat, de nouvelles alliances sont recherchées.
- [37] Les deux établissements de santé de Dourdan et Rambouillet proposent en 1997 de développer leurs complémentarités². Un projet de service d'urgence expérimental (SAU bipolaire) disposant d'un service mobile d'urgence et réanimation (SMUR) reçoit l'aval de l'agence régionale de l'hospitalisation³. Quand bien même son fonctionnement n'apparaît pas totalement satisfaisant, cette première réalisation conduit les deux établissements à proposer en 2002 de fonder une communauté d'établissements sur la base d'un projet médical commun à l'objet beaucoup plus vaste⁴. Mais une partie des praticiens ne s'en saisit pas et la communauté d'établissements ne verra pas le jour. Chaque établissement reprend au final la gestion autonome de ses urgences.

² Courrier du 2 mars 1998 des présidents des conseils d'administration de Dourdan et Rambouillet au directeur de l'ARH

³ Accord ARH du 30 septembre 1999.

⁴ Projet médical 2002-2006 de la communauté d'établissements Dourdan/ Rambouillet / Le Terrier

- [38] De son côté, le centre hospitalier d'Etampes se rapproche de celui de Pithiviers. Une charte de coopération est signée entre les deux établissements en 1997 et un département commun d'anesthésie-réanimation et urgences est constitué. En 1999, un syndicat inter-hospitalier Etampes-Pithiviers est créé par décision de l'ARH d'Ile de France en vue d'une fusion. Mais la situation institutionnelle se bloque et le syndicat est dissous par l'ARH en décembre 2004. La coopération repose de 2003 à ce jour, sur une convention cadre de partenariat⁵ qui fixe les conditions de suppléance mutuelle du personnel médical, chaque établissement s'engageant à soutenir l'autre en cas de défaillance en gynécologie obstétrique, en pédiatrie, en médecine d'urgences et en anesthésie-réanimation. Des consultations avancées de chirurgie sur Pithiviers sont assurées par les chirurgiens d'Etampes. Les échanges issus de la convention sont importants les premières années, notamment pour la suppléance en garde. Ce partenariat s'est arrêté fin 2014 pour la gynécologie-obstétrique mais fonctionne toujours pour l'anesthésie et la néonatalogie.

1.1.2 Une impulsion ferme vers une coopération renforcée qui aboutit en 2011 à une fusion imposée en 2009 par l'ARH

- [39] Courant 2007, après la publication du troisième schéma régional d'organisation sanitaire, l'ARH d'Ile de France engage les établissements de la région dans des démarches de rapprochement, voire de fusion, au sein de leur territoire de santé. Les vingt deux territoires de santé d'Ile de France se dotent d'un projet médical de territoire. Quatre thèmes ressortent des ces travaux : les urgences, les filières gériatriques hospitalières, la psychiatrie et enfin, les recompositions hospitalières. Ces dernières sont soutenues par l'agence afin « de maintenir et de garantir la poursuite des activités de soins grâce à des partenariats, dans les conditions requises de qualité et de sécurité des soins, avec la contrainte de l'équilibre budgétaire et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale⁶ ». Les rapprochements présentés aux conférences sanitaires prévoient neuf fusions d'établissements ; six groupements de coopération sanitaire (GCS) ; des reconversions d'établissements et la constitution de communautés hospitalières de territoire (CHT).
- [40] Trois des territoires de santé recoupent l'Essonne. Le territoire 93-1 concerne notamment les établissements de Dourdan, Arpajon et Etampes qui partagent la même conférence médicale de territoire. L'offre hospitalière de proximité est jugée dispersée et fragile par l'ARH sur le Sud Essonne dans un contexte où l'attractivité des établissements de référence proche se renforce ou va se renforcer (CH Rambouillet, CH de Chartres et enfin et surtout le CH Sud Francilien). Mais le centre hospitalier d'Arpajon souhaite s'inscrire dans une dynamique de rapprochement avec les établissements de santé du Nord Essonne. Le processus de rapprochement se poursuit avec les deux établissements du Sud Essonne, Dourdan et Etampes : la conférence médicale de territoire d'avril 2008 acte à l'unanimité le principe d'une coopération renforcée des deux sites avec une gouvernance et des fonctions support communes, des mutualisations et l'élaboration d'un projet médical commun. Les deux présidents des conseils d'administration optent avec l'ARHIF pour une fusion, « le cadre juridique leur apparaissant plus approprié pour conduire les opérations de recomposition »⁷. En octobre 2008, l'ARH demande aux deux établissements du Sud Essonne, Dourdan et Etampes, de présenter un projet médical commun mi 2009 en vue d'une fusion à l'échéance de 2010. Elle mandate un cabinet de consultants, Ineum Consulting, pour accompagner cette évolution.

⁵ Sa dernière version date de 2008 : convention cadre de partage de temps médical entre les centres hospitaliers de Pithiviers et d'Etampes 20 février 2008.

⁶ ARHIF Projets médicaux de territoire, Synthèse mars 2010

⁷ ARH IF courrier aux deux présidents des conseils d'administration, 23 octobre 2008

- [41] Les travaux d'Ineum Consulting sont conduits fin 2008 – début 2009. En préambule, le cabinet Ineum relève que les deux communautés hospitalières ne se connaissent pas. Il faut passer d'une position de concurrence à une relation de coopération. Ceci constitue un défi important pour réussir une fusion dans un délai aussi contraint. Les principaux constats établissent que les deux établissements de santé ont un volume et des profils d'activité proches (60 % des séjours à Etampes et 40 % à Dourdan), une bonne réputation médicale avec un taux de recrutement par les urgences inférieur à 50 %, des bassins de recrutement complémentaires, sans zones de recouvrement ou presque. Ineum Consulting propose le lancement d'un projet de reconstruction d'un site unique et, dans l'attente, le maintien des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) sur les deux sites avec une répartition de l'activité chirurgicale selon les spécialités⁸ et la mutualisation des services support. S'agissant des deux maternités, le consultant recommande qu'« à hauteur de leurs moyens, les deux établissements veillent à la permanence des soins en maternité et en prévoient le regroupement en cas de nécessité »⁹. La question du regroupement est donc envisagée et fait l'objet de l'un des quatre scénarios présentés. Elle est immédiatement repoussée par la communauté dourdanaise¹⁰.
- [42] Le projet, qui maintient toute l'activité MCO sur les deux sites, est accepté le 12 février 2009 par le conseil d'administration d'Etampes¹¹ et le 13 mars 2009 par celui de Dourdan¹². Ce projet qui devait être initialement voté sur la base d'un même texte est amendé dans la version votée à Dourdan. Ceci n'invalide pas les grandes orientations mais contribue à faire monter les tensions. Dans les deux instances, les représentants de l'ARH mentionnent qu'elle ne peut s'engager sur la reconstruction d'un site unique, ce projet n'entrant pas à ce stade dans ses priorités.
- [43] En mai 2009, le projet médical est contesté par la commission médicale d'établissement (CME) d'Etampes : elle demande le regroupement de toute l'activité de chirurgie avec hospitalisation complète sur Etampes, Dourdan conservant de la chirurgie uniquement ambulatoire ; la CME réinterroge également le maintien de la maternité sur Dourdan « compte tenu de graves problèmes de démographie médicale déjà présents dans ce service et de l'impossibilité pour les équipes d'anesthésie et de gynécologie-obstétrique d'Etampes de participer à la permanence des soins sur le site de Dourdan¹³ ». Le conseil d'administration d'Etampes vote en juillet la suspension du processus de fusion¹⁴. Le projet s'arrête.
- [44] L'ARH tente entre mai et octobre de relancer le processus sur la base des orientations votées par les deux conseils d'administration. Elle desserre notamment l'agenda d'un an afin de laisser se mettre en place une structure de gouvernance transitoire en 2010. Il faut laisser un peu plus de temps aux deux communautés, notamment médicales, pour se rapprocher¹⁵. Mais elle maintient l'objectif de fusion qu'elle impose.

⁸ Site de Dourdan : orthopédie, ophtalmologie et ORL ; Site Etampes : chirurgie digestive, urologique et gynécologique

⁹ Ineum Consulting, présentation du 10 février 2009 devant les représentants des deux centres hospitaliers.

¹⁰ Conseil d'administration du centre hospitalier de Dourdan. Séance ordinaire du 30 janvier 2009

¹¹ Projet de fusion avec le centre hospitalier de Dourdan. Séance du 12 février 2009. Point N°2 Conseil d'administration du centre hospitalier d'Etampes

¹² Projet de fusion avec le centre hospitalier d'Etampes. Séance du 13 mars 2009. Point n°3. Conseil d'administration du centre hospitalier de Dourdan.

¹³ Assemblée générale extraordinaire des médecins. Etampes. 11 mai 2009.

¹⁴ Fusion Etampes-Dourdan. Arbitrage de l'ARHIF Séance du 1^{er} juillet 2009. Point N°2 Conseil d'administration du centre hospitalier d'Etampes

¹⁵ Un point de litige est toutefois arbitré par l'ARH dès cette période qui concerne la permanence des soins chirurgicale, un seul bloc de permanence est arrêté qui est positionné sur le site d'Etampes. Par ailleurs, toujours en 2009, les autorisations nécessaires pour poursuivre une activité de chirurgie carcinologique sont également accordées au CH d'Etampes. Ces deux décisions, avec celle concernant l'activité de réanimation, renforcent le poids relatif du CH d'Etampes dans la conduite des activités médicales lourdes dans le Sud Essonne.

- [45] Sur ces bases, l'ARH arrête la fusion au 1^{er} janvier 2011 après l'avis favorable en novembre de la section sanitaire du comité régional de l'organisation sanitaire d'Ile de France¹⁶. Dans un courrier de janvier 2010 aux directeurs des deux centres hospitaliers, l'ARH demande de reprendre les travaux avec mise en place d'un organe de gouvernance paritaire devant préfigurer celui du nouvel établissement et préparer le projet d'établissement commun. La démarche de projet médical commun est réactivée. Parallèlement, la fusion des fonctions support est engagée.
- [46] Dès lors, l'année 2010 est consacrée à la mise en place des instances : direction commune et préparation de la mutualisation des services support occupent les équipes. Ces équipes sont profondément renouvelées à cette période : tout d'abord le directeur du CH de Dourdan et la directrice d'Etampes, laissent la place à un directeur intérimaire commun en juin ; il prend la tête des deux directions au 1^{er} novembre, deux mois avant la fusion juridique. Il existe par contre un report national des élections des présidents de CME qui a pour conséquence la prolongation des mandats des deux présidents de CME jusqu'en 2011. Dans cette période, au premier semestre 2010, ces renouvellements internes s'inscrivent dans ceux des équipes de l'ARHIF qui deviennent celles de l'Agence régionale de santé (ARS) inscrite dans la loi de juillet 2009. La gouvernance tant interne qu'externe est donc affaiblie pendant l'année 2010.
- [47] L'arrivée à mi-année du nouveau directeur et sa prise de fonction effective sur les deux sites à compter de novembre ne permettent pas de progresser sur le fond : aucun projet médical, ni projet d'établissement n'est construit ni *a fortiori* arrêté en 2010 et le nouveau CHSE s'engage dans la fusion sans consensus sur son cœur de métier.

1.1.3 La fusion reste administrative et aucun projet n'est finalisé, ce qui conduit l'ARS à diligenter un nouvel audit début 2012

- [48] La fusion conduit à la mise en place de l'ensemble des instances de gouvernance et administratives communes. Le conseil de surveillance est installé et repose sur une présidence paritaire : présidence pour le député-maire d'Etampes et vice-présidence pour une personnalité qualifiée, ancien député-maire de Dourdan. Mais ce conseil ne se réunira que deux fois en 2011.
- [49] A l'inverse, les deux CME sont réunies durant l'année et une organisation médicale commune reposant sur six pôles d'activité couvrant les deux sites est définitivement fixée. Un « comité stratégique pour la fusion » constitué en novembre 2010 qui rassemble les deux présidents de CME, les chefs de pôle et l'équipe de direction du CHSE, va se réunir régulièrement jusqu'en décembre 2011.
- [50] Cependant, ce cadre commun ne permet pas de réconcilier les positions sur le partage d'activités, à l'exception des activités de biologie, qui sont regroupées sur Dourdan.
- [51] Les positions restent éloignées sur les autres sujets, notamment sur l'organisation de la chirurgie. Un projet médical détaillé est produit par les seules équipes de Dourdan en octobre 2011¹⁷ mais n'est pas débattu dans les instances collectives. La procédure d'élection du président de la CME commune est contestée : elle est reportée trois fois puis fait l'objet d'un recours auprès du tribunal administratif en novembre 2011 par les praticiens de Dourdan. Ce recours est rejeté et l'élection du président de la nouvelle CME se tient finalement en décembre 2011. Le programme du nouveau président, praticien anesthésiste réanimateur à Etampes, prévoit la formalisation d'un projet médical avec maintien, sur les deux sites, des lits d'hospitalisation complète en chirurgie, des deux maternités et des services de médecine, urgences et surveillance continue. Il s'inscrit ce faisant, dans les grandes orientations votées en 2009.
- [52] Malgré de nombreux travaux réalisés dans les différents pôles, aucun projet commun médical finalisé ne se dégage en 2011, première année de l'établissement fusionné.

¹⁶ Décision n°09-492 du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile de France en date du 2 décembre 2009

¹⁷ Avant-projet médical du CHSE. Eléments de propositions. Dourdan. 2011.

- [53] Devant ce constat, et compte tenu d'une dégradation de la situation financière du nouvel établissement fusionné, l'ARS diligente une nouvelle mission d'appui¹⁸.
- [54] Le diagnostic de la mission rendu en 2012 converge avec celui de 2009. Il constate tout d'abord l'existence d'une logique de site prédominante : l'organisation polaire s'est superposée sans la remplacer aux chefferies de services antérieures de chaque site ; il n'y a pas, sauf exception, de culture commune ni de sentiment d'appartenance au CHSE. Il confirme la complémentarité des deux sites sur leurs territoires avec peu de recouvrement (estimé à 5 % des habitants). Il relève que les parts de marché sont globalement insuffisantes. La productivité des soignants est considérée comme bonne et contraste avec celle des médecins, inférieure à celle attendue sur un centre hospitalier de proximité comparable. L'activité programmée est jugée cette fois insuffisante en médecine et chirurgie.
- [55] Cette mission ne traite que très peu du sujet des deux maternités. Elle met par contre l'accent sur la répartition des activités chirurgicales qui sont considérées comme le point de blocage du projet médical au regard des discussions conduites au sein du comité stratégique pour la fusion en 2011. Un projet de réorganisation est proposé en mai 2012 qui regrouperait à termes toute l'activité ambulatoire sur Dourdan et l'activité en hospitalisation complète sur Etampes.
- [56] Le nouveau directeur prenant ses fonctions sur le CHSE en mai 2012 souhaite appliquer la recommandation en transformant les lits de chirurgie de Dourdan en lits de semaine. Cette décision provoque une forte campagne de mobilisation des médecins de ville et des élus locaux. L'ARS arbitre en juillet 2012 pour le maintien d'une hospitalisation mixte sur Dourdan, ambulatoire et complète (sous réserve d'une réduction de son nombre de lits de 26 à 15).
- [57] Parallèlement, en 2012, les décisions temporaires prises par l'ARH en 2009, concernant le regroupement des activités de chirurgie carcinologique sur Etampes, sont confirmées en janvier. De même, les décisions concernant le regroupement de la permanence des soins (PDS) chirurgicaux sont mises en œuvre à compter de février sur Etampes ; le projet de PDS alternée sur l'un et l'autre site, proposé par les équipes de Dourdan, est écarté.

1.1.4 La démarche d'élaboration du projet redémarre fin 2012 mais s'arrête après la survenue d'un accident mi 2013 et la suspension temporaire de la maternité de Dourdan

- [58] Ces évolutions sont imposées par l'ARS et ne reposent pas sur une dynamique interne. Les préconisations de la mission d'audit de 2012 restent globalement inappliquées.
- [59] Les réflexions débutées dans les pôles en 2012 s'essouffent et nécessitent une nouvelle impulsion : une méthode d'élaboration du projet s'appuyant sur des équipes projets est proposée en septembre 2012. Elle prévoit de bâtir puis valider le projet d'établissement 2013-2018 sur une année, soit fin 2013.
- [60] Cette démarche se réenclenche mais va buter sur les suites engendrées par la fermeture provisoire de la maternité en octobre 2013. La direction du CHSE signale le 25 septembre à l'ARS un accouchement compliqué survenu le 30 juin 2013 à la maternité de Dourdan et suivi du décès du nouveau-né le 18 juillet après son transfert au centre hospitalier sud francilien. L'ARS diligente une inspection le 1^{er} octobre qui la conduit à suspendre l'activité à compter du 21 octobre.

¹⁸ Mission conduite par Mme Laetitia Laude, professeure à l'EHSP, M Jean René Ledoyen, responsable de la formation des directeurs de soins à l'EHSP et M le Dr Edouard Bichier, praticien hospitalier au CH de Saumur.

- [61] Les principaux motifs invoqués sont liés à la « mise en évidence d'un défaut dans la procédure d'appel en urgence, le non-respect de la réglementation en matière d'effectif des sages-femmes, des auxiliaires de puéricultures, des aides-soignantes et des statuts de certains médecins. L'utilisation de la salle de pré-travail n'est pas conforme au code de la santé publique. La mission a constaté que la prise en charge des patientes dans le service de maternité n'est pas de nature à réduire les risques de façon satisfaisante ni de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance (n°2 de l'art. R6123-40 du CSP)»¹⁹.
- [62] La fermeture va conduire à un intense mouvement de mobilisation tant interne, pour répondre aux injonctions ayant motivé la suspension, qu'externe pour demander la réouverture de la maternité. Deux visites de contrôle seront diligentées par l'ARS en novembre puis janvier 2014, à l'issue desquelles toutes les injonctions seront levées. La maternité de Dourdan est autorisée à réouvrir le 14 janvier 2014²⁰.
- [63] La levée de suspension de la maternité par l'ARS est assortie de deux demandes principales :
- la première porte sur un suivi rapproché de l'organisation médicale de la maternité jugée toujours fragile ;
 - la seconde concerne la formalisation d'un projet médical pour le pôle mère-enfant, commun aux deux sites, avant la fin avril 2014.

1.1.5 La réouverture de la maternité début 2014 relance le projet médical commun dont les orientations conduisent à une nouvelle situation de blocage

- [64] Cette dernière demande réactive la démarche projet.
- [65] Un avant projet de pôle mère-enfant est présenté à l'ARS le 30 avril 2014²¹. Le chef de pôle, principal défenseur de la maternité de Dourdan jusqu'alors, propose avec ses équipes un regroupement de toutes les naissances sur le site d'Etampes avec reconstruction sur le site de la maternité actuelle considérée comme vétuste et non-conforme ; une transformation de la maternité de Dourdan en centre périnatal de proximité (consultations uniquement) ; le développement d'un centre de maternologie.
- [66] Cette orientation est adoptée à la majorité des membres de la CME en date du 17 juin 2014²², dans une délibération qui prévoit de présenter un projet médical, avant la fin de l'année, et comportant *a minima* les trois axes de restructuration médicaux suivants :
- « mise en place d'un site unique de naissance ;
 - mise en place d'une offre de soins chirurgicale d'hospitalisation nécessairement équilibrée sur les deux sites ;
 - pérennisation d'une offre d'anesthésie – réanimation sur le site de Dourdan permettant le maintien d'une unité de surveillance continue ».
- [67] Dès lors, la formalisation du projet s'accélère et un projet médical 2015-2019 pour le CHSE est finalisé en janvier 2015 qui reprend et développe les axes arrêtés six mois auparavant.
- [68] Ces évolutions réactivent les tensions et la mobilisation des défenseurs de la maternité et de l'hôpital de Dourdan.

¹⁹ ARS. Rapport définitif d'inspection du 15 octobre 2013

²⁰ ARSIF Décision n°14-007 du 14 janvier 2014.

²¹ CHSE Avant projet du pôle Mère-Enfant 2013-2018. Version présentée à l'ARS le 30/04/2014

²² Neuf votes pour, 3 votes contre et 2 abstentions in Délibération sur la stratégie et le calendrier du projet médical du CHSE Dourdan-Etampes du 17/04/2014

[69] En septembre 2014 une contribution au débat des praticiens œuvrant sur Dourdan préconise, entre autres, la pérennisation de la maternité tant qu'une nouvelle maternité ne sera pas reconstruite sur Etampes. Deux médecins, membres du directoire du CHSE, démissionnent en octobre. Le collectif pour la sauvegarde de la maternité de 2013-2014 se recompose sous forme d'une association de défense de l'hôpital de Dourdan et de sa maternité, dont la maire de Dourdan prend la présidence à l'automne 2014. En janvier 2015, des manifestations de soutien sont organisées et le conseil général de l'Essonne vote une motion rejetant le projet de fermeture de la maternité de Dourdan. Parallèlement des interventions politiques et syndicales sont menées afin que soient réévalué le bien fondé du projet médical. Il est demandé que les instances du CHSE devant en débattre soient repoussées. La discussion en CME est reportée deux fois en février puis avril. Elle est aujourd'hui reprogrammée au mois de mai dans l'attente de la remise des conclusions de la présente mission.

1.2 Une activité qui décroît et une situation financière déficitaire depuis la fusion

1.2.1 L'activité générale de court séjour est restée globalement décroissante malgré la fusion et le CHSE perd des parts de marché²³

[70] Hormis en 2009, l'activité consolidée de court séjour des deux sites hospitaliers constituant le CHSE a décliné chaque année de 2006 à 2014 à raison d'un demi-point par an en moyenne annuelle sur l'un et l'autre site. Alors que l'activité globale de la zone est en croissance modérée sur la période 2010-2013 (+ 3 %), celle du CHSE a baissé sur cette même période (-2,7 %).

[71] Les quatre cinquièmes de l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) dite de court séjour du CHSE reposent sur une zone constituée de vingt-deux communes en 2013. Cette aire définit sa **zone d'attractivité MCO et comporte 160 000 habitants**. Dans ce bassin de population :

- Un tiers de la population vit hors Essonne, dans l'Eure et Loir, dans le Loiret et dans les Yvelines ; ces six communes totalisent 51 573 habitants, soit 32 % de la population de la zone d'attractivité ;
- Les deux communes, siège des sites hospitaliers du CHSE, Etampes et Dourdan, représentent 29,5 % de la population (47 227 habitants) ;
- Cinq communes, toutes situées dans l'Essonne, appartiennent simultanément aux deux zones d'attractivité de Dourdan et Etampes. Un quart de la population y réside et la moitié des séjours MCO du CHSE sont issus de cette zone partagée en 2013. La concurrence entre les deux sites s'exerce principalement sur trois communes : Pussay, Angerville et Chalo Saint Mars qui totalisent 5 % de la population de la zone d'attractivité du CHSE. Deux autres communes recourent également de façon significative à l'un et l'autre site : Etampes et Méréville soit 21 % de la population. Dans ces cinq cas, la part du site d'Etampes est prédominante dans la prise en charge des séjours issus de ces communes. Une partie de cette concurrence n'en est toutefois pas véritablement une : ainsi s'agissant des séjours de pédiatrie, seul le site de Dourdan propose cette offre sur la zone du CHSE, comme le relève justement l'audit de 2012²⁴ ; à l'inverse, seul le site d'Etampes offre une hospitalisation en néonatalogie ou en réanimation.

²³ Voir pour les développements l'Annexe n°4

²⁴ Rapport final de la mission d'appui à l'ARS sur la situation du Centre Hospitalier Sud Essonne 2 mai 2012

- [72] La question de la part de concurrence ou de complémentarité de l'activité MCO des deux sites ne doit pas occulter celle concernant la concurrence principale qui s'exerce avec les autres établissements de santé. Cette offre est importante et explique que, bien que le CHSE soit en position géographique centrale sur son bassin d'activité, il ne couvre que 35 % des parts de marché. En effet, après le CHSE qui demeure le premier établissement de référence, les habitants de sa zone d'attractivité ont fait appel à plus de deux cents établissements différents de la région en 2013. Les quatre premiers établissements sont l'Hôpital Privé de Paris Essonne Les Charmilles (10,7 % des parts de marché), les établissements de l'APHP (10,4 %), le centre hospitalier de Rambouillet (6,5 %) et le centre hospitalier Sud Francilien (4,9 %). A côté de ce dernier, dont l'activité est en très forte croissance depuis 2010, année de son regroupement sur Corbeil-Essonnes, des acteurs privés dynamiques émergent sur ce marché, notamment dans la zone d'attractivité d'Etampes.
- [73] Au total, le CHSE est l'établissement de référence pour la population de sa zone d'attractivité avec **35 % des parts de marché MCO réparties pour 20 % sur Etampes et 15 % sur Dourdan**. Mais, dans un contexte de baisse continue de son activité alors que le marché global est en croissance modérée (+3 %) sur sa zone d'attractivité, il a perdu des parts de marché sur la période 2010-2013 sur une majorité des communes de sa zone, notamment Etampois.

1.2.2 La situation financière, dégradée dès la première année de la fusion a entraîné une mise sous surveillance de l'ARS

- [74] Au moment de la fusion (2011), la situation des deux établissements est assez fragile. Le CH d'Etampes traîne depuis plusieurs années une situation déficitaire qui l'a déjà amené à signer en 2004 un contrat de retour à l'équilibre. Le CH de Dourdan se relève d'une situation déficitaire. Son résultat 2010 est équilibré mais l'excédent ne représente que 0.09 % de son budget.
- [75] Le déficit de l'établissement fusionné est important dès la première année de fusion, (environ 5 % du budget). Il alimente la polémique entre les deux communautés, Dourdan accusant Etampes d'être à l'origine de l'essentiel du résultat.
- [76] La dégradation des résultats conduit l'ARS à mettre le CHSE sous surveillance dans le cadre du programme régional ARES²⁵. Dans la feuille de route qui en résulte, l'ARS fait une liste des pré-requis à atteindre avant de pouvoir entamer le travail de production d'un plan de retour à l'équilibre :
- Nécessité d'une prise de conscience collective sur l'impossibilité du *statu quo*.
 - Nécessité de créer une culture commune capable de faire dépasser les logiques de site et fondée sur une confiance réciproque entre les équipes.
 - Nécessité de parvenir à un consensus sur le projet médical avant la fin du premier semestre 2013.
 - Arbitrage sur le maintien de deux sites actifs en médecine chirurgie et obstétrique pour la durée du prochain projet d'établissement.

²⁵ Le Programme ARES : Aide régionale aux établissements sensibles suit une 15aine d'établissements une année donnée ; il s'agit d'un accompagnement non contractuel, contrairement à ceux prescrits dans un contrat de retour à l'équilibre (CRE)

Tableau 1 : Résultats des Comptes Financiers 2008-2014 (en euros)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CH Dourdan	-856 060	+ 128 079	+ 27 643				
CH Etampes	-247 950	+457 966	-1 386 273				
CHSE				-4 078 198	-3 290 199	-1 501 792	-2 254 331

Source : CHSE et ARS. Mise en forme IGAS

[77] Même si le résultat consolidé du CHSE pour l'exercice 2014 (- 200 193,25 euros) est moins dégradé que le résultat comptable du fait de l'apport maisons de retraite - budgets B (Etampes) et U (Dourdan) - pour un peu plus d'un million chacun²⁶, la situation reste donc préoccupante car ce déficit résulte essentiellement d'une chute du nombre de séjours dans les domaines où le CHSE est le plus actif (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Evolution des dix groupes homogènes de malades les plus fréquents et leur valorisation financière au CHSE (2013-2014)

Groupes homogènes de malades (RSS)									
GHM	Libellé	Effectif 2013	Effectif 2014	Evolution effectif 14/13	Jours PMSI 2013	Jours PMSI 2014	T2A (€) 2013	T2A (€) 2014	Evolution T2A 14/13
28Z07Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	1 235	1 184	-4,13%	0	0	523 092	501 960	-4,04%
15M05A	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	1 045	932	-10,81%	3 971	3 589	1 021 958	916 849	-10,29%
14Z14A	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	649	592	-8,78%	2 505	2 347	1 431 274	1 309 516	-8,51%
14Z13A	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	377	350	-7,16%	1 761	1 724	986 116	919 257	-6,78%
14Z08Z	Interruptions volontaires de grossesse : séjours de moins de 3 jours	368	296	-19,57%	7	3	0	0	-
06K04J	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire	215	268	24,65%	0	0	166 731	207 779	24,62%
15M05B	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), avec autre problème significatif	265	266	0,38%	1 385	1 456	523 306	521 762	-0,30%
12C08J	Circoncision, en ambulatoire	265	266	0,38%	0	0	178 376	232 382	30,28%
14C08A	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative	285	259	-9,12%	1 793	1 652	879 528	804 143	-8,57%
06M02I	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	241	231	-4,13%	744	738	378 883	361 614	-4,56%

Source : ARS Mars 2015

[78] Le CHSE subit entre 2013 et 2014 une chute d'activité de 4,13 % à 19,57 % pour sept des dix GHM qui constituent l'essentiel de son activité de court séjour (en volume). Trois seulement connaissent une évolution positive. Un seul progresse significativement en volume : le groupe 06K04J « endoscopies digestives en ambulatoire » pour lequel, à tarification quasi constante, une augmentation d'activité entraîne une augmentation corrélative des recettes. Un autre, le GHM 12C08J « circoncisions » est quasiment stable en volume et ne progresse en recettes que par une modification de la tarification. Le troisième GHM (15M05B « nouveaux nés ») est quasiment stable en volume et en recettes.

²⁶ Il s'agit d'un excédent conjoncturel dû à l'octroi par l'ARS de crédits non reconductibles correspondant à des remboursements de loyers pour les budgets des EHPAD d'Etampes et de Dourdan. Ces crédits pourraient toutefois être maintenus jusqu'en 2018.

Tableau 3 : Evolution 2014/2013 du nombre des séjours et de leur valorisation

Hospitalisation complète				
	2014	2013	Ecart en valeur	Ecart en %
Nombre de RUM	14 730	15 464	- 734	-4,75%
Nombre de séjours	11 672	12 307	- 635	-5,16%
Nb de journées PMSI des RSS	73 526	75 623	- 2 097	-2,77%
Valorisation T2A	37 808 103 €	40 011 825 €	- 2 203 722 €	-5,51%
PMCT des RSS	3 240,05 €	3 253,26 €	- 13 €	-0,41%
Ambulatoire				
	2014	2013	Ecart en valeur	Ecart en %
Nombre de RUM	4 501	4 507	- 6	-0,13%
Nombre de séjours	4 471	4 476	- 5	-0,11%
Valorisation T2A	4 001 377 €	3 677 583 €	323 794 €	8,80%
PMCT des RSS	958,87 €	895,01 €	64 €	7,14%

Source : ARS, mars 2015

- [79] De manière générale, c'est l'hospitalisation complète qui diminue. Le nombre de séjours baisse de 5.51 % entraînant, compte tenu d'un Prix Moyen du Cas Traité (PMCT) à 3253.26 euros, une perte de recettes supérieure à 2.2 millions d'euros.
- [80] L'activité du secteur ambulatoire est stable mais profite soit d'une amélioration de la tarification soit d'un alourdissement des pathologies prises en charge et dégage un supplément de recettes par rapport à l'année 2013 de 323 000 euros. Ce qui laisse à penser que **si le CHSE avait eu en 2014 l'activité qu'il a réalisée en 2013, il aurait été proche de l'équilibre.**

1.3 La situation ne peut être débloquée qu'avec un soutien fort de l'ARS aux orientations de l'établissement

- [81] **Au total, le projet médical n'aboutit pas depuis sept ans.** Les blocages reposent toujours sur les mêmes oppositions. Elles ne sont pas réconciliables, notamment sur le sujet de la maternité.
- [82] L'établissement perd des parts de marché dans son activité de court séjour et ses recettes qui chutent avec la baisse continue de l'activité de court séjour, ne lui permettent pas de sortir d'une situation déficitaire préoccupante.
- [83] La capacité à porter un tel projet repose sur une gouvernance forte et ceci n'a pas été le cas en raison du fort turn-over des directeurs (5 entre 2010 et ce jour) avec de longues périodes d'intérim à temps partiel ; des missions d'intérim long sur d'autres établissements ont également été confiées à certains directeurs adjoints. Mais une gouvernance forte ne repose pas que sur une équipe de direction légitime et stable. Force est de constater que les blocages proviennent de la CME et du conseil de surveillance où les acteurs ne défendent pas le même projet.
- [84] Dans une situation institutionnelle bloquée, reprendre son autonomie via une défusion serait une évolution envisageable en théorie mais dangereuse à très court terme pour Dourdan et à moyen terme pour Etampes. Dans tous les cas, l'offre de soins du Sud Essonne serait durablement affectée au profit de celle du Nord Essonne, creusant davantage les inégalités d'accès. Cette solution est par ailleurs longue à mettre en œuvre et ne répond pas aux impératifs de la permanence des soins ; elle pérenniserait durablement un climat délétère entre les deux sites au moment même où ils auraient besoin d'attirer de nouvelles compétences. Cette option n'est portée à juste titre par aucune des parties prenantes.

- [85] Le déblocage de la situation passe par un arbitrage des instances du CHSE sur la répartition des activités sur les deux sites. Celui-ci doit être soutenu explicitement par le régulateur régional.
- [86] L'ARS fixe le cadre général de planification dans le projet régional de santé (PRS). Elle n'intervient formellement dans la stratégie de l'établissement, qu'à l'occasion de la formalisation du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, établi à partir du projet d'établissement, afin d'assurer la cohérence entre projet d'établissement et PRS. Il n'est pas habituel que l'ARS intervienne au stade du projet médical, mais dans le cas d'espèce, un soutien explicite aux orientations qui seront arrêtées par les instances de l'établissement est nécessaire

2. UNE SITUATION PREOCCUPANTE DES ANESTHESISTES REANIMATEURS QUI RESTERA TENDUE A MOYEN TERME

- [87] Les anesthésistes sont regroupés dans un seul pôle anesthésie-réanimation bisite. Le chef de pôle est praticien hospitalier (PH) anesthésiste-réanimateur sur le site d'Etampes.

Tableau 4 : Composition des équipes d'anesthésie au CHSE

	Spécialités exercées	Etat des effectifs 2014	Moyenne Médiane (âge)	Mouvements au premier semestre 2015
DOURDAN	Anesthésie et réanimation (USC)	4,4 ETP (4 PH et 0,4 attaché) 3 postes pourvus (2 ETP d'activité), quelques médecins de garde Recours important à l'intérim	62,3 ans 62 ans	Dr C. départ officiel au 01/06/2015, mais en départ effectif depuis 04/2014 (CET) Trois recrutements - Dr N en mars 2015, uniquement sur l'USC (pas d'anesthésie) ; - Dr D. 75 ans en mars 2015 : uniquement pour des consultations, 2 vacations hebdomadaires (0,2 ETP) - Dr R 40 ans, en mai 2015 : 0,5 ETP activité bloquée sur une semaine / mois (3 à 4 gardes de 24 heures/ tous les deux jours/ une semaine par mois)
	Anesthésie	6 ETP (6PH)	58,5 ans 60 ans	Un départ au 1 ^{er} mars 2015 (mutation vers un autre établissement de santé). Remplaçant recruté
ETAMPES	Réanimation 1 PH est qualifié en anesthésie-réanimation	8 ETP (8 PH) 7,8 ETP au réel / hors temps pour la CME	48,3 ans 48 ans	Un praticien a formulé une demande de prolongation d'activité au-delà de l'âge de retraite à compter du mois d'août 2015

Source : CHSE/DRH Note situation AR février 2015, Actualisation IGAS au 15 avril 2015.

2.1 Les deux sites diffèrent par l'organisation du service et la pratique de l'anesthésie

2.1.1 Sur Dourdan : une équipe médicale polyvalente

- [88] La responsabilité de l'anesthésie en chirurgie et obstétrique et celle de la surveillance continue relèvent d'une seule et même équipe. S'y ajoutent les activités de consultations programmées et aux urgences.
- [89] La répartition des différentes fonctions s'opère de la manière suivante :
- Un praticien assure les consultations (4 demi-journées hebdomadaires)
 - Un praticien assure le fonctionnement du bloc opératoire (4 jours par semaine) ; il assure personnellement la surveillance dans une salle (2 salles ouvertes pour 1 IADE présente) ; lorsqu'une activité d'endoscopie est organisée (un lundi sur deux), un anesthésiste supplémentaire est présent.
 - Un praticien assure la prise en charge en surveillance continue et le cas échéant les anesthésies en secteur de naissance.
 - La permanence et la continuité des soins pour l'ensemble des activités sont organisées sous forme d'une permanence sur place 7/7 jours. L'effectif médical en activité étant insuffisant pour y faire face (2 ETP), il a été fait appel à d'autres praticiens, extérieurs au site ou au CHSE, et de manière massive ces derniers mois à l'intérim médical.
- [90] Compte tenu du recrutement au 1^{er} mars 2015 d'un praticien spécialisé en médecine d'urgence, la direction du CHSE avait proposé par lettre datée du 23 mars une organisation nouvelle fondée sur la présence d'un seul anesthésiste pour assurer à la fois le bloc et l'activité obstétricale, l'Unité de Surveillance Continue (USC) étant prise en charge par un praticien non anesthésiste. L'ARS, par lettre du 10 mars 2015 a refusé cette organisation et a imposé soit la présence de deux anesthésistes soit la suppression de l'activité du bloc opératoire les jours où il n'y a qu'un seul anesthésiste. Cette position de l'ARS conforte celle des chirurgiens du site de Dourdan qui se sont clairement exprimés contre une organisation jugée non sûre, notamment s'agissant d'interventions pour des enfants²⁷.
- [91] Une spécificité supplémentaire existe en effet à Dourdan, relative à une petite activité opératoire chez les enfants de un à trois ans (la plupart des anesthésistes non spécialisés en pédiatrie refusent, comme à Etampes, d'endormir des enfants de moins de trois ans) ; les anesthésistes exerçant sur Dourdan doivent donc avoir une compétence spécifique dans ce domaine.

2.1.2 Sur Etampes : des équipes médicales spécialisées

- [92] Sur le site d'Etampes, les deux activités d'anesthésie et de réanimation sont clairement séparées, sans aucune polyvalence de la part des praticiens de chaque équipe. Aucun des anesthésistes-réanimateurs de l'équipe assurant l'activité d'anesthésie n'a conservé une activité de réanimation ; tous exercent exclusivement en anesthésie. Inversement, aucun réanimateur ne pratique l'anesthésie à l'exception d'un seul praticien, qui a effectué en 2014, 43 gardes d'anesthésie sur le site de Dourdan pour compléter la liste de garde.

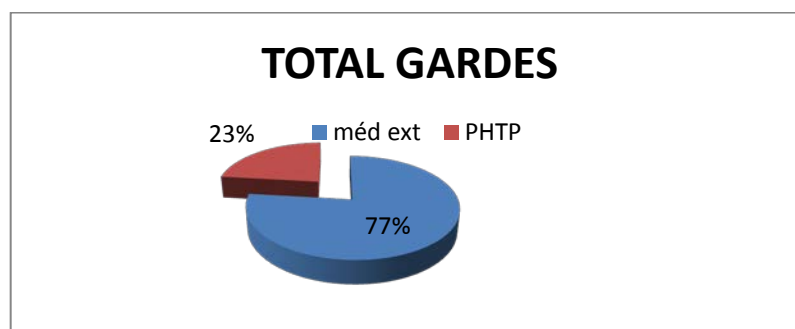
²⁷ Mel et courrier des chirurgiens de mars 2015

- [93] L'équipe de réanimation médicale est composée de 8 praticiens, celle d'anesthésie de 6. Pour les deux disciplines, une permanence sur place 7/7 jours est organisée. L'équipe d'anesthésistes participe par ailleurs à une deuxième ligne de garde au centre hospitalier de Pithiviers appuyée par les trois anesthésistes de cet établissement.
- [94] Tous les établissements publics connaissent des difficultés de recrutement médical importantes. Il existe une très forte tension nationale sur les anesthésistes réanimateurs (*cf. infra*) qui concerne les gros établissements et *a fortiori* les établissements de santé plus périphériques comme Dourdan et Etampes. Mais des facteurs spécifiques s'y ajoutent.

2.1.3 Sur Dourdan : pénurie chronique de praticiens affectés sur un poste, la permanence des soins a reposé majoritairement sur des intérimaires

- [95] L'équipe médicale de Dourdan comprend à ce jour deux anesthésistes à temps plein pour un effectif théorique de 3,8 ETP. Cet effectif est insuffisant pour assurer le fonctionnement de toutes les activités. Une ligne de garde sur place 24/24h nécessite *a minima* 5,5 ETP et elle ne comprend pas, à elle seule, la pratique de plusieurs activités simultanées comme le bloc, l'obstétrique et la surveillance de l'USC (*cf. annexe 2*).
- [96] Il a été donc nécessaire d'avoir recours à d'autres praticiens, dont des praticiens intérimaires, pour finaliser les tableaux de garde ces derniers mois. Outre le surcoût pour l'établissement, cette solution ne permet pas de garantir la continuité des soins voire leur sécurité : fort turn-over des praticiens intérimaires (**33 praticiens différents de mars 2014 à janvier 2015**) et qualité variable de leur travail (l'investissement de 3 praticiens a été sujet à caution en 2014 et il a été décidé de ne plus travailler avec eux).

Tableau 5 : Site de Dourdan. Répartition des gardes d'anesthésie selon l'origine du praticien. Juillet 2014 – Février 2015



Source : CHSE

- [97] Une organisation polyvalente entre anesthésie et réanimation offre en théorie plus de souplesse dans les établissements de santé de taille moyenne ou de petite taille : en cas de difficulté sur l'un ou l'autre secteur, les praticiens polyvalents peuvent se remplacer mutuellement ; dans une organisation comme sur Dourdan, un seul praticien permet de couvrir en garde l'activité obstétricale, la surveillance continue et l'appui au service des urgences si besoin. Cette polyvalence est garantie par les nouvelles maquettes de formation des Anesthésistes réanimateurs. Mais, d'après la société française d'anesthésie réanimation (SFAR), les choix des jeunes praticiens se portent à 30 % pour la réanimation, à 40 % pour l'anesthésie et, pour les derniers 30 %, à un exercice réellement polyvalent. La SFAR précise par ailleurs que deux autres déterminants peuvent contribuer à orienter le choix de certains jeunes praticiens : l'anesthésie sur une maternité compte tenu des contraintes liées aux anesthésies dans ce domaine et une taille réduite des équipes qui conduit à des rythmes de gardes jugés incompatibles avec les équilibres de vie personnelle.

- [98] Les recrutements voire la mutualisation avec les équipes étampaises sont donc rendus plus difficiles du fait de l'organisation qui demande la polyvalence des praticiens alors que l'exercice actuel tend plutôt dans les faits à se spécialiser, à l'existence d'une équipe très réduite générant des rythmes de garde élevé et à l'existence d'une activité d'obstétrique. Il devient très difficile d'attirer de jeunes praticiens et les recrutements de 2014, hors intérim, n'ont permis d'intégrer, à une exception près, que des candidats ayant dépassé soixante ans, deux d'entre eux étant déjà retraités (*cf. infra*)
- [99] En 2014, la poursuite de l'activité dans les modalités telles que décrites précédemment et le maintien de la permanence des soins ont été possibles grâce à différentes solutions, plus ou moins pérennes et plus ou moins satisfaisantes :
- Recours à des praticiens extérieurs à l'établissement, dits « médecins de garde » recrutés directement par le CHSE ; ils sont généralement indemnisés sur la base du tarif du temps additionnel mais des aménagements ont été faits dans un premier temps pour certains qui demandaient une rémunération plus conséquente ; l'établissement a ensuite revu ses pratiques et ne propose qu'une rémunération assise sur le temps additionnel ; ils participent essentiellement à la permanence des soins mais peuvent être sollicités en journée pour d'autres missions.
 - Intervention de praticiens du site d'Etampes : intervention importante du praticien en réanimation, anesthésiste-réanimateur, interventions ponctuelles en USC de réanimateurs étampois, interventions ponctuelles d'anesthésistes étampois pour des consultations.
 - Sollicitation des anciens praticiens de l'équipe dourdanaise :
 - Mme le Dr C. a décalé d'un mois son départ en retraite ;
 - M. le Dr C. a accepté l'indemnisation partielle de son compte épargne temps avant de revenir comme "médecin de garde" ; il concourt au fonctionnement de l'unité de surveillance continue et ponctuellement à la permanence des soins. A partir de 2015, un contrat de temps additionnel a été mis en place.
 - Mme D. a également accepté de revenir pour aider l'activité de consultations. Elle ne prend pas de garde.
 - La solution la plus fréquente a donc été le recours aux sociétés d'intérim médical. Le CHSE n'a dans cette configuration pas de possibilité de « fidéliser » les intérimaires en les recrutant directement. Cette solution le contraint à accepter un fort turn-over.
- [100] En 2015, le praticien de réanimation venant d'Etampes, a cessé de participer au fonctionnement de ce site. Cela a eu un effet direct sur le taux de recours à l'intérim : en février 2015, 45 % des plages de travail à assurer (et 52 % des plages de permanence des soins) l'ont été par des praticiens intérimaires.

2.1.4 Sur Etampes : il existe des tensions actuelles et à venir sur les effectifs

2.1.4.1. En anesthésie

- [101] L'équipe d'anesthésie est presque au complet (6 ETP pour 6,2 ETP théoriques). Elle organise son travail dans le cadre d'une convention de partage de temps médical qui lie le CHSE (Etampes) au CH de Pithiviers ; dans plusieurs spécialités, des praticiens d'un établissement partagent leur temps entre les deux hôpitaux. Ainsi, les 6 anesthésistes du CHSE (Etampes) et les 3 anesthésistes du CH de Pithiviers organisent leur activité en commun sur les deux établissements. Cela a l'avantage de leur donner une plus grande souplesse dans l'organisation, notamment pour les périodes de congés et de mieux répartir la charge de travail. Toutefois cette situation se fait en partie au détriment du CHSE et ne saurait perdurer. (*cf. infra* point 2.4.2.2)

- [102] Le service dispose de l'agrément pour accueillir les internes de spécialité en Anesthésie-réanimation.
- [103] Cette situation satisfaisante est toutefois vulnérable :
- L'équipe a connu quelques arrêts longs dans les dernières années ;
 - Quatre praticiens sur les six ont plus de 60 ans et un départ en retraite est annoncé en 2015 ou 2016 ;
 - Un des praticiens, parmi les moins de 60 ans a quitté le CHSE le 1er mars 2015 dans le cadre d'une mutation. Son remplacement est assuré. Un autre a annoncé il y a deux ans chercher un poste ailleurs – sans concrétisation pour le moment - et a fait une demande de mise en disponibilité qui n'a pas été accordée.

2.1.4.2. En réanimation

- [104] Il s'agit d'un service de 10 lits de réanimation et de 6 lits de surveillance continue. L'équipe médicale théorique est composée de 8 praticiens à temps plein. Le service a l'agrément pour recevoir des internes de médecine générale, de médecine d'urgence, de réanimation médicale et d'Anesthésie-Réanimation. L'autorisation de fonctionnement a été renouvelée par l'ARS en 2012 pour une durée de cinq ans.
- [105] Un praticien a quitté le CHSE en novembre 2014 pour être détaché auprès d'un autre établissement. Son remplacement a été assuré. L'équipe de réanimation est quasiment au complet (7,8 ETP) mais elle manque conjoncturellement de ressources du fait :
- du temps du praticien, consacré à la présidence de la CME et au fonctionnement du site de Dourdan ;
 - d'un praticien à 80 % puis en congé maternité ;
 - d'un praticien absent de mai à novembre 2014 puis un second de novembre 2014 à novembre 2015 pour finaliser leur dossier de qualification ; de manière générale, l'équipe consacre beaucoup de temps aux efforts de formation (un praticien doit encore valider sa qualification par un stage ; un jeune praticien envisage un master dans les années à venir ; le chef de service termine une thèse de sciences)
- [106] Malgré des effectifs « confortables » en apparence pour faire tourner son activité et une ligne de garde dédiée réanimation et USC en 2014, et compte tenu des difficultés conjoncturelles exposées ci-dessus, le service a dû recourir à du temps additionnel²⁸ : 465 demi-journées soit 1,12 ETP ont été réalisés en temps additionnel par l'équipe médicale en place.
- [107] Ceci explique également que l'équipe d'Etampes ne puisse couvrir une seconde ligne de garde sur l'USC de Dourdan.

²⁸ Ce temps est rémunéré aux praticiens en place au-delà des obligations statutaires.

2.2 Face à ces difficultés, le CHSE a procédé à une intense activité de recrutement mais qui se heurte à des fortes suspicions de la part de la communauté Dourdannaise

2.2.1 Une forte mobilisation tant pour les intérimaires que pour les recrutements de praticiens

[108] Un peu tardivement peut-être (mi 2013) le CHSE s'est lancé dans une grande opération de recrutement d'anesthésistes qui a pris deux directions : le recrutement d'intérimaires pour combler au coup par coup les « trous » de la ligne de garde et le recrutement de praticiens permanents quels que soient leurs statuts.

2.2.1.1. Un recrutement d'intérimaire qui a atteint ses objectifs

[109] Ce mode de recrutement n'a *a priori* pas posé de problème du moins dans la présence d'anesthésistes pour remplir la ligne de garde. C'est ainsi que de mars 2014 à janvier 2015, 33 médecins différents ont pu être trouvés par les différents cabinets.

[110] Cette situation n'est évidemment pas acceptable sur le long terme car il n'est pas possible de prétendre avoir une activité de qualité avec une telle rotation. La méconnaissance des protocoles, l'impossibilité de créer une équipe soudée aux réflexes coordonnés en cas de difficulté etc....constituent des facteurs qui peuvent faire courir des risques réels aux patients. Par ailleurs, il est impossible de trouver parmi ces praticiens des volontaires pour gérer des missions transversales comme le conseil de bloc, les différentes vigilances...A titre d'exemple, le CH de Dourdan est resté sans chef de bloc régulièrement nommé pendant plusieurs mois à la fin de l'année 2014 et au début de l'année 2015

[111] Un autre inconvénient de cette situation est son coût : (*cf. infra* 2.3) coût direct équivalant à celui de 3,5 praticiens hospitaliers en milieu de carrière, coût indirect aussi car ces praticiens de passage, peu motivés par la vie de l'établissement, codent souvent de manière incomplète et font perdre un volume de recettes que le médecin du Département d'Information Médicale (DIM) ne peut pas toujours récupérer.

2.2.1.2. Un recrutement sur postes permanents intense mais moins performant²⁹

[112] Fin 2013 à début 2014, le CHSE a passé des contrats avec six cabinets de recrutement³⁰ tout en poursuivant des procédures de recrutement « par contact » sur présentation de candidats par les praticiens déjà en poste. L'un des cabinets a produit un reporting de son travail que la mission a pu consulter : sur la période mars 2014 à mars 2015, 531 praticiens ont été contactés sur le millier que comporte sa base de données. Parmi ceux-ci 12 ont accepté que leur candidature soit présentée au CHSE mais aucun n'a été recruté par ce biais à ce jour.

[113] Au total, ce sont 68 candidatures qui ont été examinées par le CHSE selon une grille d'analyse en 6 points conforme à l'état actuel du droit. La mission a revu individuellement toutes les candidatures avec la direction des ressources humaines. Le tableau suivant détaille les suites données.

²⁹ Voir l'analyse détaillée en annexe 3

³⁰ Expert Mundi, Media Santé, Moving People, MedJob Consulting, Auxillia, Appel Medical Search.

Tableau 6 : Nombre de candidatures d'anesthésistes réanimateurs reçues entre avril 2013 et mars 2015 selon l'origine et les suites données.

Origine de la candidature	Analyse IGAS			
	Processus en cours	Non recrutables	Recrutés	Total général
cabinet recrutement	1	16		17
candidature spontanée ou relayée par un praticien du CHSE	3	40	7	50
Non renseignée		1		1
Total général	4	57	7	68
	6 %	84 %	10 %	100 %

Source : tableau de suivi des candidatures AR/ CHSE, traitement IGAS

[114] Parmi les 64 candidatures dont l'examen est achevé, les dossiers se répartissaient en 5 catégories :

- Les praticiens qui, quelles que soient leurs compétences, n'ont pas donné suite aux relances de l'établissement : 10 candidats ;
- Les praticiens non recrutables pour des raisons statutaires : 25 candidats. Parmi ceux-ci, certains, en Procédure d'Autorisation d'Exercice (PAE) devant les instances du conseil de l'Ordre, auraient peut-être pu être recrutés dans un service agréé pour l'accueil des internes de spécialité. La question s'est alors posée de savoir si ces praticiens pouvaient effectuer des gardes dans un service non agréé comme à Dourdan sous couvert d'une astreinte opérationnelle et si, titulaires d'un contrat à temps plein dans un service agréé, ils pouvaient être autorisés, à travers une convention de participation à la continuité des soins, à assurer des gardes dans un service non agréé. Une polémique s'est créée autour de ce sujet qui a amené des représentants de Dourdan à saisir l'ARS à travers la Fédération Hospitalière d'Ile de France et, la réponse de l'ARS ne les ayant pas satisfaits, la DGOS a été directement saisie. Sa réponse est claire : la réglementation ne prévoit pas ce cas, il peut donc se réaliser. Mais en tout état de cause, le temps comptabilisé pour l'obtention de la PAE ne sera décompté que dans le service validant. Autrement dit, un candidat à la PAE qui travaillerait à mi-temps dans un service non validant mettrait 6 ans au lieu de trois pour obtenir son certificat. Ce qui suffit à tarir ce mode de recrutement ;
- Les praticiens dont les prétentions salariales étaient exorbitantes : 17 candidats ;
- Les praticiens dont la candidature ne pouvait être retenue pour divers motifs : 5 candidats³¹. Les motifs de récusation ont été examinés et sont recevables.
- L'analyse des candidatures restantes montre que **sept candidatures ont été retenues et ont été recrutées ou le seront d'ici mi 2015**.
- Mais pour deux d'entre eux, ce sont d'anciens praticiens hospitaliers âgés de 68 et 75 ans ayant accepté de reprendre du service, et **ces recrutements sont irréguliers** au regard du droit du travail qui limite à 67 ans révolus le recrutement de praticiens en cumul-emploi retraite. Cette situation devrait s'assouplir avec la prochaine loi de santé dont l'actuel article 34 ter prévoit de repousser la limite d'âge à 72 ans ;
- Un troisième ne peut travailler que sur Etampes parce qu'il a besoin d'un service validant, un quatrième a toutes ses gardes regroupées sur une semaine par mois ;
- Un cinquième ne fait que des gardes ; un sixième, non-anesthésiste, se cantonne à l'USC.

³¹ La mission ne souhaite pas, dans un rapport qui pourrait être public, diffuser des informations individuelles, mais elle dispose des éléments qui lui permettent de justifier ces refus.

- Finalement, un seul praticien, recruté par mutation offre toutes les possibilités attendues, mais il a 62 ans.

2.2.2 Une suspicion non dissipée et pourtant sans fondement

- [115] Cette situation n'a pas été acceptée par la communauté dourdanaise qui a émis de vives réserves sur les résultats de ces tentatives de recrutement remettant en cause la réelle volonté de l'équipe de direction du CHSE à trouver des solutions.
- [116] Le conseil de surveillance a été saisi et dans une séance extraordinaire qui s'est tenue le 27 janvier 2015, il a été décidé qu'une commission « de transparence » serait réunie pour permettre un examen collectif des candidatures reçues. La réunion s'est tenue le 10 février avec des représentants de l'ensemble des composantes du CHSE. Elle a examiné de manière anonyme les 26 candidatures que le CHSE avait reçues entre le 1er juillet 2014 et le 31 janvier 2015. En dépit de cette démarche, la suspicion n'a toujours pas disparu.
- [117] Au total, la mission atteste que le CHSE a fait preuve de toutes les diligences nécessaires pour recruter le personnel médical qui lui manquait, et que tous les refus de recrutement sont justifiés. L'équipe de direction ne peut être suspectée de partialité ou de vouloir avantager un site au détriment d'un autre.
- [118] Il faut voir les difficultés de recrutement à Dourdan (et sur tout le CHSE) comme provenant d'autres causes parmi lesquelles on peut citer la pénurie nationale, mais aussi le caractère non validant du service d'anesthésie de Dourdan, la polyvalence de la pratique médicale, la fréquence des gardes voire la faible activité et enfin, l'absence de projet d'établissement dans un contexte de forte mésentente des communautés.

2.3 Un surcoût important du recours à l'intérim et aux agences de recrutement

- [119] L'organisation sur deux sites est très couteuse, notamment du fait de la nécessité de doubler toutes les fonctions et notamment les lignes de garde. Le CHSE finance ainsi treize lignes de garde sur place, toutes spécialités confondues (huit sur Etampes y compris le SMUR et cinq sur Dourdan). En outre, un certain nombre d'astreintes sont transformées en garde sur place car l'éloignement de leur domicile ne permettrait pas aux médecins de venir à l'hôpital dans des délais compatibles avec la sécurité du patient (cf. partie 3). A cela s'ajoutent 11 lignes d'astreinte, 7 sur Etampes et 4 sur Dourdan.
- [120] Le coût de l'ensemble des gardes sur place pour le CH Sud Essonne est de 2,055 millions d'euros pour 2014, correspondant à un total de 5 865,5 gardes sur place effectuées en 2014.
- [121] Même si l'on ne considère que l'anesthésie sur le site de Dourdan, le coût de l'intérim est très élevé : en 2014, pour assurer la continuité de la présence de praticiens en anesthésie – réanimation sur le site de Dourdan, l'établissement a dépensé 195 037 euros, incluant les frais des agences de recrutement (agences dont la rémunération est déterminée en pourcentage de la rémunération des praticiens intérimaires). Ce montant se décompose de la manière suivante : 168 034 euros pour la rémunération des praticiens intérimaires et 27 003 euros pour les frais et honoraires des agences ;
- [122] A ce coût de l'intérim médical on peut ajouter le coût du temps de travail additionnel (TTA) et du compte épargne temps (CET) payés à certains praticiens pour un montant total de 167 099 euros ainsi que le coût (leurs rémunérations étant dérogatoires) des praticiens intervenant uniquement, de manière ponctuelle, pour faire des gardes pour un montant total de 25 644 euros en 2014.

[123] **Le surcout total lié à l'intérim pour l'anesthésie est donc de 390 075 euros, ce qui est à peu près le double du coût d'une ligne de garde sur place.**

[124] A ce cout direct de l'intérim, il convient enfin d'ajouter celui lié aux contrats passés pour recruter des praticiens permanents (agences de recrutement) : 8000 euros en 2013 et 11 120 euros en 2014. Ce coût peut être considéré comme marginal, la plupart des agences n'étant rémunérées qu'en cas de recrutement et aucun recrutement n'ayant été réalisé par ce canal.

2.4 Perspectives à court et moyen termes

2.4.1 A court terme la situation peut se détendre sur Dourdan

[125] La situation devrait se détendre sur Dourdan avec l'arrivée du praticien recruté fin 2014, celle du praticien arrivant début mai à mi-temps sur une semaine bloquée par mois (cf. Tableau 4). Ceci réduira le recours aux intérimaires en garde. L'apport des praticiens ayant repris du service reste problématique au regard du droit du travail.

2.4.2 A moyen terme, il convient de développer toutes les pistes déjà mises en œuvre et mettre fin à la convention avec Pithiviers

[126] Il convient de rappeler en préalable que tous les établissements de santé continueront à faire face ces prochaines années à des départs massifs d'anesthésistes-réanimateurs : plus de la moitié des praticiens temps plein exerçant en anesthésie-réanimation dans les établissements de santé publics d'Ile de France ont plus de 55 ans et près d'un tiers plus de 60 ans. La concurrence va être féroce et ne seront choisis que les établissements offrant les meilleures conditions de travail : équipe nombreuse, activité significative et en phase avec les préférences des praticiens (spécialisation vs polyvalence), poids des gardes supportable, enfin et peut-être surtout, entente des équipes autour d'un projet lisible.

2.4.2.1. Maintenir l'intensité des efforts déployés dans la recherche de médecins anesthésistes au même niveau que celui observé en 2014

[127] Ces recherches doivent se mener de manière quasi concomitante pour les deux sites du CHSE compte tenu des départs annoncés pour les mois et années à venir. Il convient de poursuivre des recrutements bi-sites, les praticiens pouvant selon les besoins être affectés sur l'un ou l'autre. On privilégiera les candidats polyvalents anesthésistes et réanimateurs si disponibles. A moyen terme, l'effort de formation de promotions nombreuses d'anesthésistes réanimateurs devrait permettre d'amorcer une détente de l'offre à partir de 2020. Ceci ne signifie pas que le « marché » se fluidifiera rapidement : à cette date, les entrées seront simplement équivalentes aux sorties, sans rattrapage rapide du déficit connu aujourd'hui.

[128] Des postes de praticiens hospitaliers en anesthésie réanimation sont régulièrement publiés dans le cadre des tours de recrutement, des annonces sont passées (site FHF notamment et sites partenaires) et six cabinets de recrutement ont été missionnés (cf. *supra*).

[129] Les efforts déployés depuis 2014 doivent être poursuivis avec le même niveau d'intensité :

- Publication de postes de praticiens hospitaliers aux différents tours de recrutement (un recrutement dans ce cadre a été réalisé et affecté sur Dourdan en 2014) ;
- Recrutement par contiguïté à partir du réseau professionnel des praticiens du CHSE, qui est la source ayant été la plus productive depuis un an ;
- Renouvellement des contrats d'agence ;

- Renforcement des liens avec les dispositifs de formation universitaire : conventions avec les CHU pour faire venir en remplacement des internes (6^{ème} semestre) ou de jeunes chefs de clinique.

2.4.2.2. Mettre fin à la convention de garde commune entre Etampes et Pithiviers

- [130] Le CHSE a renouvelé en 2008 une convention avec l'hôpital de Pithiviers : seuls deux éléments sont aujourd'hui encore fonctionnels dont la participation des anesthésistes d'Etampes à la garde maintenue à Pithiviers en raison d'une activité de gynécologie obstétrique (environ 600 accouchements par an).
- [131] Les anesthésistes des deux établissements (3 à Pithiviers, 6 à Etampes) assurent conjointement deux lignes de garde, les praticiens d'Etampes allant combler les « trous » de la ligne de Pithiviers et inversement, au grand mécontentement de l'équipe de Dourdan qui comprend mal pourquoi les anesthésistes vont aider un hôpital qui n'est pas le leur et ne vont pas soutenir les équipes de l'autre site de leur établissement.
- [132] Cette garde conjointe a été présentée comme équilibrée entre Etampes et Pithiviers, chaque remplacement dans un sens étant compensé par un remplacement dans l'autre sens. **La mission ne partage pas cette analyse et considère que le CHSE est perdant dans cette opération.** En effet quand une équipe de trois et une équipe de six partagent deux listes de garde, il est évident que l'équilibre se fait au détriment de la liste la plus nombreuse. Le différentiel est estimé à un apport équivalent d'environ 0,5 ETP au profit de Pithiviers.
- [133] La mission recommande donc de mettre fin à cette convention.
- [134] Ceci aurait deux intérêts :
- Tout d'abord cela mettrait fin au reproche, justifié, d'une aide préférentiellement accordée par l'équipe d'Etampes à un autre établissement ;
 - Cela éclaircirait une situation confuse dans laquelle Pithiviers dépend d'Etampes pour une partie de son fonctionnement, alors qu'il est sous le régime de la direction commune avec l'hôpital de Montargis ;
- [135] Par contre, une telle décision impactera la maternité de Pithiviers et doit être préparée. Il semblerait toutefois que cette évolution puisse être considérée comme réalisable par l'ARS du Centre, si un délai de six mois peut être donné, soit une dénonciation de la convention à effet pour fin 2015.

Recommandation n°1 : Mettre fin à la convention cadre de partage de temps médical entre les centres hospitaliers de Pithiviers et d'Etampes et redéployer le temps médical au profit du site de Dourdan.

2.4.2.3. Sécuriser les conditions d'exercice des anesthésistes sur le site de Dourdan

- [136] Les conditions de fonctionnement de l'anesthésie sur le site de Dourdan (polyvalence, surveillance personnelle par un anesthésiste d'une salle du bloc opératoire) ont contribué au refus quasi unanime des anesthésistes étampois de venir aider l'équipe médicale du site de Dourdan.
- [137] Il existe deux pistes pour progresser.

- [138] La première serait de faire venir en garde notamment, des praticiens d'Etampes dégagés de leurs interventions sur Pithiviers (*cf. supra*). En garde, il n'existe pas de nécessité d'interventions chez les enfants de moins de 3 ans, dont ne veulent pas ces équipes, car il s'agit de chirurgie réglée. Par ailleurs, la polyvalence de l'activité, toujours en garde, porte sur la maternité et l'USC. La technicité de patients en unité de soins continus à Dourdan n'est pas hors de portée pour des praticiens formés comme anesthésistes-réanimateurs, quand bien même leur exercice principal s'est concentré sur l'anesthésie.
- [139] La seconde piste est de confier l'unité de surveillance continue à des praticiens non anesthésistes. Un des recrutements réalisés début 2015 est celui d'un praticien urgentiste avec une expérience de réanimation, dont la présence dans la journée sur l'USC, peut alléger la charge des anesthésistes permanents sur Dourdan. Cette évolution de transfert, conduirait à terme la responsabilité de l'USC du site de Dourdan à l'équipe de réanimation médicale du site d'Etampes. Mais elle reste à valider et n'a pas été explorée plus avant, car sortant du périmètre de cette mission.

3. DEUX MATERNITES TRAVAILLANT SEPAREMENT ET EN PERTE DE VITESSE

3.1 Les constats

3.1.1 Le pôle mère enfant, une construction récente s'ajoutant à l'organisation préexistante sans valeur ajoutée reconnue par ses acteurs

- [140] L'activité d'obstétrique répond à un régime d'autorisation délivré par les ARS. L'autorisation de la maternité de Dourdan et celle de la maternité d'Etampes ont été renouvelées pour cinq ans à compter du 1^{er} juin 2012.
- [141] Comme pour les cinq autres pôles du CHSE, la création du pôle mère – enfant remonte à la fin 2011-début 2012. On relève que les deux services de chirurgie gynécologique de Dourdan et Etampes, ont été rattachés au pôle Chirurgies-Blocs opératoires. Les chirurgiens de gynécologie-obstétrique sont polyvalents et exercent également en maternité. L'analyse de l'activité des maternités doit prendre en compte cette double appartenance.
- [142] Depuis la fusion, la prise en charge des mères et des enfants repose au CHSE sur les quatre anciens services³² regroupés au sein d'un pôle mère-enfant : une maternité de niveau 2A et un service de néonatalogie à Etampes, une maternité de niveau 1 et un service de pédiatrie à Dourdan. L'ensemble dispose de 61 lits d'hospitalisation complète et de 4 lits d'hôpital de jour.

Tableau 7 : Capacité installée du pôle mère-enfant du CHSE en février 2015

Lits et Places	Hospitalisation complète	Hôpital de jour
Maternité Dourdan	15	-
Maternité Etampes	24	2
Pédiatrie Dourdan	16	2
Néonatalogie Etampes	6	2
TOTAL	61	6

Source : CHSE/Annexe 1.

- [143] La gouvernance du pôle repose sur un chef de pôle, également chef du service de pédiatrie de Dourdan, sur un directeur référent du CHSE également directrice des ressources humaines, et sur deux cadres sages-femmes (une par maternité) et un cadre infirmier (service de pédiatrie). Enfin, chacun des quatre services composant le pôle est sous la direction d'un chef de service.
- [144] De l'avis des interlocuteurs rencontrés, les relations entre services d'Etampes et services de Dourdan sont restées éloignées jusqu'à une période récente et ce, malgré l'organisation de réunions communes, notamment, pour la construction du projet de pôle. Les aspirations à une mutualisation accrue ont été également freinées par le décès brutal en 2010 de la cheffe de service de gynécologie-obstétrique de Dourdan³³, puis l'arrêt pour longue maladie en 2011 de celui d'Etampes (décédé en 2014). Ces deux praticiens ont porté en 2008-2009 le principe d'un rapprochement, qui ne s'est pas véritablement concrétisé entre les équipes médicales qui leur ont succédé. Enfin, l'échec du recrutement d'un nouveau chef de service sur Etampes en 2014 n'a pas permis de renforcer la gouvernance médicale sur ce secteur, pourtant essentielle dans la période.

³² Ces anciens services sont identifiés dans l'organisation en pôles comme autant d'unités médicales distinctes

³³ Ce médecin arrivée en 1998 à Dourdan a contribué fortement à la croissance de l'activité de la maternité : les naissances sont passées de 462 en 1999 à 655 en 2010, année où la courbe s'est inversée (cf. infra).

- [145] Seules les deux cadres sages-femmes qui travaillaient avant la fusion au sein du réseau Périnatif ont continué à enrichir leurs échanges, qui se sont encore intensifiés après l'accident de 2013.

3.1.2 L'activité d'obstétrique, répartie sur deux zones d'attractivité complémentaires, est en baisse continue depuis 2009³⁴

- [146] Le bassin de naissance global des deux maternités du CHSE comporte **22 communes et 156 970 habitants** : 80 % de l'activité « naissance » du CHSE proviennent de ces 22 communes. Deux bassins de naissance de l'une et l'autre maternité s'additionnent sur la zone d'attractivité du CHSE, à l'image des deux zones de recrutement de l'activité générale. Quatre communes toutes situées en Essonne, appartiennent à ces deux bassins de naissance et représentent 17 121 habitants, soit 11 % du bassin de naissance du CHSE et 11 % également de l'ensemble des séjours. Dans ces communes « en concurrence », l'attractivité de la maternité d'Etampes prédomine toujours sur celle de la maternité de Dourdan.
- [147] Il existe peu de flux d'échanges croisés entre les deux bassins, hormis sur la pédiatrie avec un volume conséquent de recours d'Etampois au service de Dourdan. Ces flux sont moins évidents s'agissant de l'obstétrique : lors de la suspension de la maternité de Dourdan fin 2013, 139 femmes dont l'accouchement était programmé sur Dourdan se sont réparties sur quatorze maternités différentes. 86 % d'entre elles se sont reportées sur trois maternités : Etampes (45 %), Rambouillet (25 %) et Arpajon (17 %). Cette répartition globale a évolué entre fin octobre et mi janvier : les femmes qui ont eu un peu plus de temps pour préparer leur décision, se sont moins déportées vers Etampes en janvier (30,5 %) qu'en Octobre-Novembre (60,7 %), au profit principalement des maternités d'Arpajon (19,5 %) et Rambouillet (30,4 %). Cette observation conforte si cela était nécessaire, que les deux bassins de naissance ne sont pas ou peu superposés et que les préférences des femmes du Dourdannais vont davantage vers Arpajon ou Rambouillet que vers Etampes.
- [148] Dans un marché en baisse pour les établissements dans sa zone de recrutement sur la période récente (-7 % entre 2010 et 2013) l'activité de gynécologie-obstétrique du CHSE a baissé de -12,1 %. Cette baisse est plus marquée sur Dourdan (-17,7 %) que sur Etampes (9,4 %) sur cette période.
- [149] Sur une période plus longue 2009-2014, l'activité a également décliné.
- [150] L'évolution du nombre d'accouchements est à ce titre illustrative de la décroissance observée depuis 2009 sur les deux sites dans un contexte de quasi stabilité du nombre des naissances dans la zone sud de la région (+ 0,2 % en moyenne annuelle sur 2009-2013).

³⁴ Les constats sur l'évolution globale de l'activité du CHSE et la description détaillée de l'activité d'obstétrique constituent l'Annexe 5

Tableau 8 : Evolution du nombre d'accouchements des sites de Dourdan et Etampes entre 2009 et 2014

Période	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009-2014	Taux de croissance annuel moyen 2009-2014
Dourdan	621	655	591	585	449	456	-26,1 %	-5,9 %
Etampes	1051	1 079	1007	1 004	1 015	871	-16,4 %	-3,5 %
Total	1672	1734	1596	1589	1464	1327	-20,0 %	-4,4 %

Source : Réseau Périnatif et CHSE/DIM, traitement IGAS

[151] Le nombre d'accouchements a fortement décliné depuis 2009 sur les deux sites. La baisse est de - 26,1 % sur Dourdan et de - 16,4 % sur Etampes. L'évolution consolidée pour les deux sites est de -20,0 % soit -4,4 % en moyenne annuelle sur la période.

[152] Deux seuils symboliques ont été franchis :

- moins de 500 accouchements à Dourdan en 2013 et 2014 ; la maternité est revenue à son niveau d'activité de 1999 (462 accouchements) ;
- moins de 1000 accouchements à Etampes en 2014. Il est vraisemblable que ce seuil aurait été franchi dès 2013, sans l'afflux de fin d'année lié à la suspension de la maternité de Dourdan.

[153] L'année 2013 est une année particulière en raison de la fermeture de la maternité pendant plus de deux mois entre le 21 octobre et le 14 janvier 2014. Toutefois, en 2014, le nombre d'accouchements s'est juste stabilisé sur Dourdan à son niveau de 2013. Et il a fortement fléchi sur Etampes, en raison peut-être du contrecoup médiatique de la fermeture de Dourdan, mais aussi de l'impact négatif d'un praticien recruté début 2014 comme potentiel chef de service et dont le comportement a très rapidement heurté les équipes et contribué à faire fuir les parturientes. Le praticien a quitté le CHSE en septembre 2014

[154] Dans ce contexte **les parts de marché dans son bassin baissent, mais l'établissement reste de loin le premier établissement de référence s'agissant de l'accueil des naissances avec 64,5 % des parts de marché.** Dourdan en représente 18,9 %, soit environ un tiers des parts de marché du CHSE et Etampes 45,6 % soit un peu plus des deux tiers. Cette répartition 1/3 – 2/3 correspond au poids respectif des maternités sur le bassin de naissance du CHSE.

3.1.3 Des effectifs médicaux en gynécologie-obstétrique et pédiatrie en forte tension notamment sur Dourdan, dans un contexte général défavorable

3.1.3.1. Situation actuelle des effectifs théoriques des deux services de gynéco-obstétrique

[155] La situation actuelle des effectifs théoriques pour les structures de gynécologie-obstétrique est la suivante.

Tableau 9 : Effectifs cibles des personnels non-médicaux des deux services

Personnels non-médicaux	Dourdan	Etampes	Total
Infirmières	3		3,0 ETP
Psychologue		0,5	0,5 ETP
Aides soignants/ Auxiliaires de puériculture	16,7	19	35,7 ETP
Agent de service hospitalier	1		1,0 ETP
Agents administratifs	2	2,6	4,6 ETP
Total	22,7	22,1	44,8 ETP

Source : CHSE/DRH

Tableau 10 : Effectifs cibles des personnels médicaux des deux services

Personnels médicaux	Dourdan	Etampes	Total
Praticien hospitalier temps plein	1 ETP	3 ETP	4 ETP
Praticien hospitalier temps partiel	3 soit 1,8 ETP	2 soit 1,2 ETP	3 ETP
Praticien hospitalier contractuel	1 ETP	1 ETP	1 ETP
Praticiens mis à dispo.			
Total gynéco-obstétriciens	3,8 ETP	5,2 ETP	9 ETP
Cadre Sage-femme	1 ETP	1 ETP	2 ETP
Sages-femmes	10 ETP	15 ETP	25 ETP
Total sages-femmes	11 ETP	16 ETP	27 ETP

Source : CHSE/DRH

[156] Le CHSE mobilise 9 ETP de Gynécologue obstétriciens, 27 ETP de sages-femmes et 44,8 ETP de personnels non médicaux. Les tensions observées dans l'organisation portent principalement, sinon uniquement, sur les médecins. Aussi les analyses suivantes leur seront entièrement consacrées.

[157] S'agissant du fonctionnement d'une maternité, deux autres catégories de personnels médicaux interviennent : les anesthésistes réanimateurs (cf. partie 2) et les pédiatres.

[158] Les effectifs fin 2014 étaient de 5,4 ETP pédiatres sur Dourdan et de 3 ETP néonatalogistes sur Etampes. L'activité est spécialisée sur Etampes et polyvalente sur Dourdan, où les pédiatres couvrent également l'activité de néonatalogie.

Il existe des enjeux de renouvellement à court et moyen termes des praticiens, notamment sur Dourdan.

- [159] S'agissant des Gynécologues-obstétriciens, la situation apparaît un peu moins tendue à Etampes qu'à Dourdan :
- Sur Etampes, l'effectif cible repose sur six praticiens pour 5,2 ETP. Un seul des praticiens en fonction en mars 2015 a plus de 60 ans ; trois postes sont à temps plein, la transformation de l'un d'entre eux en poste à temps partiel est programmée en 2015.
 - Sur Dourdan l'effectif cible repose sur cinq praticiens, deux d'entre eux, sont praticiens à temps plein, l'un des deux passera à temps partiel en 2015 ; deux praticiens à temps partiel ont plus de 60 ans.³⁵
- [160] S'agissant des pédiatres, la situation est moins tendue à Etampes qu'à Dourdan.
- Sur Etampes, la garde fonctionne avec les trois praticiens hospitaliers néonatalogistes présents. Par ailleurs trois autres néonatalogistes participent au tableau de garde avec un pédiatre de Pithiviers.
 - Sur Dourdan, l'équipe repose sur trois praticiens hospitaliers, un assistant et un praticien attaché ; des internes de médecine générale peuvent être présents selon les semestres, car le service est qualifiant. Un des praticiens hospitaliers temps plein aura 68 ans en octobre 2015 et devra être remplacé. Une activité polyvalente est aujourd'hui un facteur limitant pour certaines candidatures de jeunes pédiatres, pour des raisons similaires à celles développées sur l'anesthésie-réanimation.

L'organisation est fragile, notamment en gynécologie-obstétrique sur Dourdan.

- [161] Le temps de présence continue pour couvrir une garde 24h/24 est majoré dans la journée par la nécessité de couvrir les autres activités programmées. L'activité d'un praticien en gynécologie-obstétrique se partage dans la journée entre les consultations, la salle de travail obstétrical, le suivi des hospitalisées, l'activité de chirurgie au bloc. Dans la journée, l'ARS a demandé lorsque le bloc opératoire fonctionne, qu'un second praticien soit présent dans l'établissement pour pouvoir intervenir si besoin en salle de travail. Cette exigence est indispensable pour la sécurité et accroît d'autant les besoins de temps médical, comme cela est détaillé en Annexe 2. Mais le suivi des tableaux de service demandés par l'ARS depuis 2014, a révélé qu'il existe des plages vacantes dont le constat l'a conduit à restreindre à plusieurs reprises l'activité opératoire au bloc, lorsqu'un seul praticien était programmé.
- [162] La qualité d'un service ne repose pas que sur la seule compétence de ses professionnels, mais aussi sur la qualité de son organisation collective. Celle-ci repose sur des praticiens qui y consacrent une partie significative de leur activité.
- [163] **L'organisation actuelle est fragile en raison d'un nombre trop faible de praticiens permanents** pouvant assurer les fonctions dites transversales consacrées à l'organisation et à la gestion des équipes (supervision et formation), à l'amélioration et au suivi de la qualité (procédures et leurs évaluations), aux relations avec les autres services et avec les différents réseaux professionnels, comme le réseau PERINATIF (cf. Annexe 5).
- [164] Cette situation est notamment celle rencontrée sur Dourdan, où l'actuel praticien temps plein en gynécologie-obstétrique, assure de ce fait les fonctions de chef de service. Il apparaît difficile de faire reposer une chefferie et la charge des gardes sur ce seul praticien qui demande de plus, pour des raisons légitimes, à réduire de moitié sa quotité de travail à partir de juillet 2015.

³⁵ Le dernier praticien temps plein sera alors un jeune praticien attaché sous statut d'associé, c'est-à-dire devant en principe exercer, notamment en garde, sous la responsabilité d'un des autres praticiens ayant le plein exercice, jusqu'à l'obtention de sa compétence ordinale, au mieux fin 2015 (cf. infra).

- [165] **L'organisation est fragile également pour l'organisation des gardes** qui reposent aujourd'hui sur un nombre trop limité de praticiens permanents, notamment sur Dourdan.
- [166] On estime, comme cela a été exposé pour les anesthésistes réanimateurs, qu'il est nécessaire de disposer d'un minimum de 5,5 ETP pour pouvoir assurer une présence continue dans la journée et établir une liste de garde avec un nombre de gardes soutenable par praticien. (cf. Annexe 2). Cet effectif cible est presque atteint sur Etampes en gynécologie-obstétrique mais pas sur Dourdan. Il est alors nécessaire de recourir à des praticiens intérimaires recrutés le plus souvent par le biais d'agences, ou à des praticiens d'autres établissements venant compléter la liste de garde, comme cela a été exposé pour les anesthésistes réanimateurs. Ceux-ci sont d'autant plus rares que, depuis la suspension, l'ARS a rappelé qu'une convention doit être passée avec l'établissement de rattachement du praticien « prêté ». Or les autres établissements de santé sont eux-mêmes le plus souvent en situation fragile : ils n'ont pas d'intérêt à donner du temps médical. Le recours à ces praticiens sans convention, observé par l'ARS lors de son inspection de 2013, a donc cessé. Ceci renvoie la satisfaction des besoins de suppléance aux agences d'intérim.
- [167] Un effectif permanent de 5,5 ETP n'est pas atteint en néonatalogie sur Etampes et en pédiatrie à Dourdan. En outre, à Dourdan, la situation va se tendre avec le départ annoncé d'un des trois pédiatres hospitaliers temps plein dès octobre 2015 alors que ce service connaît depuis plus d'un an des difficultés à compléter son tableau de garde et qu'il fait appel également de façon croissante à l'intérim. De plus, il est exposé aux fluctuations des choix des internes de médecine générale³⁶.
- [168] Enfin, **cette fragilité s'accroît du fait des contraintes de qualification et de résidence à proximité de l'hôpital**. En effet, il est nécessaire d'organiser une double ligne de présence potentielle, appelée astreinte de sécurité car n'étant pas prise sur place, en fonction des compétences chirurgicales du gynécologue-obstétricien assurant la garde un jour donné.
- [169] Une garde et une astreinte de sécurité sont donc organisées sur chaque site en gynécologie-obstétrique. L'astreinte de sécurité est activée ou pas en fonction de la compétence chirurgicale du praticien en première ligne. Si celui-ci est qualifié en chirurgie gynécologique, il n'est pas nécessaire de le doubler. Dans le cas contraire, un second praticien, qualifié prend l'astreinte de sécurité. La première ligne de garde est toujours prise sur place au CHSE. L'astreinte de sécurité non, mais il convient alors que le praticien puisse venir « dans un délai raisonnable » qui n'a jamais été fixé réglementairement. Le tableau suivant détaille les compétences et lieu de résidence des praticiens des deux sites.

Tableau 11 : Temps de déplacement des gynéco-obstétriciens qualifiés en chirurgie entre leur résidence et l'hôpital en astreinte de sécurité à domicile

Site couvert	Statut	Compétence chirurgicale	lieu de résidence	distance résidence – Site hôpital (km)	temps en minutes ³⁷
Dourdan	PH	oui	Champigny s/ Marne	63	50
Dourdan	PH	oui	Paris	57	48
Etampes	PHC	oui	Corbeil-Essonnes	45	37
Etampes	PH	oui	Etampes	0	0 ³⁸
Etampes	PH	oui	Brétigny s/ orge	29	26

Source : CHSE/DRH ; traitement IGAS

³⁶ Aucun n'avait choisi Dourdan au semestre d'été 2013, et s'est ajoutée au rythme élevé des gardes pendant cette période de congés, une charge de travail accrue pour assurer l'accueil des urgences pédiatriques. Tous les postes ont été choisis pour le semestre d'été 2015.

³⁷ Il s'agit des délais moyen de trajet, qui ne tiennent pas compte des délais de mise en route, ni de trafic.

³⁸ La distance est considérée comme nulle lorsque le praticien habite dans la ville ; en pratique, le délai d'arrivée réel sur site peut prendre une bonne dizaine de minutes.

[170] Cinq praticiens hospitaliers étaient compétents en chirurgie gynécologique en 2014 sur les deux sites : 2/5 à Dourdan et 3/7 à Etampes.

- A Dourdan, l'un des deux praticiens compétents est à temps partiel et le second, aujourd'hui temps plein, passera à temps partiel en 2015. La charge de l'astreinte de sécurité reposera donc sur deux temps partiels. L'un et l'autre habitent à 50 minutes de l'hôpital dans de bonnes conditions de circulation. Ceci les force en théorie à prendre leur astreinte de sécurité sur place et accroît le nombre de permanences à l'hôpital d'autant. Ainsi, et toujours pour Dourdan, le praticien chef de service a assumé en Janvier 2015 6 gardes en première ligne et 9 astreintes de sécurité, soit 15 nuits de permanence sur place. Un second praticien qualifié en chirurgie a assuré 5 gardes en première ligne et 6 astreintes de sécurité. Ces dernières sont prises à son domicile à Paris. Il existe une astreinte de sécurité en chirurgie viscérale qui peut également intervenir en théorie. Mais la-aussi trois des quatre chirurgiens habitent à plus de ¾ d'heure de Dourdan.
- A Etampes, les astreintes de sécurité sont prises au domicile des praticiens. Un des praticiens habite à Corbeil-Essonnes. Toutefois, sur ce site, il est aussi possible de recourir à la garde de chirurgie viscérale, qui est quant à elle prise sur place.

[171] Au total, ces organisations discontinues dans la couverture des compétences disponibles ne sont ni souhaitables ni soutenables.

3.1.4 Des locaux plus fonctionnels sur Dourdan que sur Etampes.

3.1.4.1. Des conditions d'hébergements meilleures à Dourdan qu'à Etampes

[172] La maternité d'Etampes a été inaugurée en septembre 1990 avec le nouvel hôpital. Le service de néonatalogie date de 1995. Il n'y a pas eu de modifications architecturales significatives depuis ces dates mais uniquement des travaux d'entretiens limités. La maternité de Dourdan est de conception plus récente et a été entièrement rénovée en 2005.

[173] La maternité de Dourdan comporte 11 chambres seules et 2 chambres doubles pour 15 lits. Celle d'Etampes comporte 17 chambres dont 10 chambres seules et 7 doubles. La capacité d'hébergement en chambre seule est de 42 % de la capacité totale à Etampes versus 73 % à Dourdan. Par ailleurs, les chambres doubles à Etampes ne disposent que d'un espace de toilette sans douche individuelle. Les standards actuels sont d'offrir 80 % de l'hébergement en chambres individuelles avec un espace toilette et douches par chambre.

[174] Au total, les conditions d'hébergement sont de moins bonne qualité à Etampes qu'à Dourdan. Ceci constitue un facteur qui peut peser clairement sur l'attractivité du site pour les parturientes et leur famille.

3.1.4.2. L'accès direct au bloc opératoire général est possible à Dourdan

[175] A Dourdan, la maternité est située au rez-de-chaussée de l'hôpital, au même niveau que les urgences et le bloc opératoire général. Elle dispose d'un bloc opératoire propre en contiguïté avec les deux salles de naissance, mais celui-ci n'a jamais été mis en fonction et c'est le bloc général situé à une cinquantaine de mètres des salles de naissance qui est systématiquement mobilisé. Cette organisation permet de ne maintenir qu'un seul espace d'anesthésie.

[176] A Etampes, la maternité est située au 3^{ème} étage de l'Hôpital. Elle dispose d'une salle de bloc opératoire en contiguïté des salles de naissance, mais celle-ci n'est utilisée que pour les urgences majeures. Toutes les césariennes hors urgences majeures, sont réalisées au bloc de chirurgie général situé au rez-de-chaussée afin, comme à Dourdan, de ne pas disperser les ressources de surveillance anesthésique.

[177] Cette organisation, imposant une liaison verticale par un ascenseur, est contraignante et fait l'objet de critiques, notamment des pédiatres néonatalogistes d'Etampes, dont le service est situé au sein de la maternité même, au 3^{ème} étage. Mais elle ne compromet pas par elle-même la sécurité compte tenu qu'il existe une solution fonctionnelle pour les urgences majeures. La sécurité en la matière ne repose pas que sur les seuls circuits physiques. Une procédure dite d'alerte « code 15/15 » existe à Etampes depuis plusieurs années et est activée environ une fois par mois. Elle fonctionne bien de l'avis de l'ensemble des praticiens rencontrés. C'est d'ailleurs le non-fonctionnement d'une telle procédure sur Dourdan qui a été soulevé lors de l'évènement de 2013 ayant conduit à la suspension. L'ARS en a fait justement l'objet d'une injonction qui a été levée après que nouvelle procédure et organisation s'inspirant de celles fonctionnant à Etampes, ont été mises en place.

3.1.5 Des éléments de performance contrastés entre les deux sites

[178] Les résultats des principaux indicateurs de performance sont en faveur tantôt de l'un ou de l'autre site.

[179] La durée moyenne de séjour des deux maternités est supérieure à celles des maternités de taille comparable de la région et de leur catégorie.

Tableau 12 : IP-DMS Obstétrique (hors ambulatoire)

	2012	2013	2014	Evol°14/12	Evol° 14/13
Maternité Dourdan	1,04	1,02	1,05	1 %	3 %
Maternité Etampes	1,06	1,04	1,07	1 %	3 %
Moyenne régionale	0,96	0,95	non dispo	-	-
Moyenne de la catégorie	0,99	0,99	non dispo	-	-
Moyenne typologique	0,98	0,98	non dispo	-	-

Source : CHSE/Hospidiag

[180] Le taux de péridurales est significativement plus faible sur Dourdan. Il devrait être autour de 80 % pour tous les accouchements par voie basse. Cette particularité est ancienne et sa correction était l'un des objectifs que s'était assignés l'ancienne chef de service à son arrivée. Ce taux est passé de 43 % en 2006 à 56 % en 2012 mais vient de revenir sous le seuil des 40 % en 2014. Il est étroitement associé à la facilité de mobilisation des anesthésistes.

Tableau 13 : Le taux de péridurales

	2012	2013	2014	Evol°14/12	Evol° 14/13
Maternité Dourdan	56,40 %	51,60 %	39,40 %	-30 %	-24 %
Maternité Etampes	73,47 %	69,86 %	72,73 %	-1 %	4 %
Moyenne régionale	83,70 %	83,90 %	non dispo	-	-
Moyenne de la catégorie	68,70 %	70,90 %	non dispo	-	-
Moyenne typologique	74,50 %	75,60 %	non dispo	-	-

Source : CHSE/Hospidiag

[181] Le taux de césariennes est quant à lui supérieur à Etampes aux moyennes observées dans les maternités de taille comparable de la région et de sa catégorie. Ce phénomène est connu et fait l'objet d'un suivi au sein du réseau Périnatif.

Tableau 14 : Taux de césariennes

	2012	2013	2014	Evol°14/12	Evol° 14/13
Maternité Dourdan	18,80 %	15,80 %	20,20 %	7 %	28 %
Maternité Etampes	20,40 %	28,10 %	24,20 %	19 %	-14 %
Moyenne régionale	23,00 %	23,30 %	non dispo	-	-
Moyenne de la catégorie	18,20 %	18,50 %	non dispo	-	-
Moyenne typologique	20,00 %	19,80 %	non dispo	-	-

Source : CHSE/Hospidiag

[182] Le nombre d'accouchements par professionnel est, à Etampes, supérieur à celui des maternités de taille comparable de la région et de leur catégorie.

Tableau 15 : Nombre d'accouchements par gynécologue-obstétricien et sage-femme

	2012	2013	2014	Evol°14/12	Evol° 14/13
Maternité Dourdan	39	30	30	-23 %	0 %
Maternité Etampes	47	51	44	-6 %	-14 %
Moyenne régionale	33	30	non dispo	-	-
Moyenne de la catégorie	34	35	non dispo	-	-
Moyenne typologique	41	41	non dispo	-	-

Source : CHSE/Hospidiag

[183] Les effectifs de sages femmes et de personnels non médicaux des deux maternités sont très proches - 33,7 ETP pour Dourdan et 38,07 ETP pour Etampes - pour un nombre d'accouchements qui va du simple au double. Les dépenses suivent évidemment le même schéma et on peut même constater sur le tableau suivant que le coût du personnel médical du site de Dourdan est supérieur à celui du site d'Etampes.

Tableau 16 : Dépenses et recettes des maternités des deux sites

	Etampes 2014	Dourdan 2014
Personnel médical	341 537,02€	346 880,47€
Personnel non médical	1 775 506,66€	1 560 887,01€
Retraitement PDS PM	380 265,42€	324 256,24€
Retraitement PDS PNM	132 453,18€	423 126,35€
Total dépenses de personnel	2 629 762,28€	2 655 150,07€
Total dépenses à caractère médical	128 774,04€	101 235,02€
Total dépenses hôtelières et générales	36 495,18€	43 119,35€
Total dépenses amort., financières, excep.	3 882,76€	46 601,99€
Total dépenses	2 798 914,26€	2 846 106,43€

	Etampes 2014	Dourdan 2014
Valorisation des séjours GHS	3 509 681,00€	1 797 811,00€
IVG	125 792,07€	39 486,30€
Consultations et Actes Externes	438 116,00€	319 623,00€
Dotation MIGAC	162 350,00€	112 652,00€
Total recettes titre 1	4 235 939,07€	2 269 572,30€
Total recettes titre 2	87 235,32€	136 744,86€
Total recettes titre 3	93 632,19€	112 426,64€

Source : CHSE

- [184] Un chiffre synthétise le différentiel de coût entre les deux maternités : la valeur de l'accouchement. Même si elle constitue une approximation, puisque l'accouchement ne représente pas le seul motif d'hospitalisation, les résultats de la division du montant total des charges par le nombre d'accouchements sont suffisamment différents pour que leur écart soit significatif. A Dourdan, on obtient $2\,848\,106 / 456 = 6241$ Euros, à Etampes $2\,798\,914 / 871 = 3213$ euros.
- [185] Si l'on se rappelle que les tarifs 2014 de l'accouchement normal par voie basse (GHS n° 5490) et de la prise en charge du nouveau né de + de 3300 g sans complication (GHS n°5903) sont respectivement de 2439,42 et de 923 euros, on mesure bien l'effort qu'il conviendrait de faire pour revenir à l'équilibre.
- [186] L'équilibre économique charges – recettes d'une maternité se situe aujourd'hui plutôt aux alentours de 1200 accouchements³⁹.

3.2 Les propositions

- [187] Le projet médical 2015-2019, objet de cette mission, propose le regroupement des accouchements sur le seul site d'Etampes. Il s'accompagne du développement d'un centre périnatal de proximité à Dourdan et d'un centre de maternologie, avec projet de restructuration des locaux de la maternité d'Etampes pour permettre l'accueil de 1700 à 1900 accouchements par an (d'ici 2019).
- [188] Deux positions sont défendues par les professionnels impliqués dans l'activité mère – enfant : tous ont déclaré être en accord pour évoluer vers un site unique mais pas dans le même délai : certains souhaitent au vu de la situation des locaux sur Etampes en passer par une phase de reconstruction préalable ; les autres souhaitent au vu des contraintes pesant sur les équipes médicales, évoluer rapidement vers un regroupement. D'autres acteurs, extérieurs au secteur mère-enfant, plaident pour un projet alternatif avec maintien de deux sites de naissance. Le dernier projet émanant du Dourdannais propose aussi le rapprochement de la néonatalogie d'Etampes vers le site de Dourdan.
- [189] Il n'apparaît pas logique de transformer la maternité d'Etampes, centrale dans le Sud-Essonne, en maternité de niveau 1 et l'ARS a justement positionnée celle-ci dans son projet régional de santé. Mais cette maternité peut-elle accueillir toutes les naissances de la zone d'attractivité, si la maternité Dourdan était amenée à se transformer en centre périnatal de proximité ?

³⁹ cf. circulaire du 29 décembre 2014 sur les critères de sélection des établissements de santé et activités pour les établissements isolés

3.2.1 Une évolution vers un site unique de naissance à Etampes est possible à court terme

3.2.1.1. La capacité d'accueil sur Etampes est suffisante quels que soient les scénarios

[190] La construction des scénarios s'appuie sur l'observation de l'activité décroissante des deux maternités, de la tendance générale plutôt stable et des taux de report observés lors de la suspension de 2013. Cette approche est privilégiée à celle basée sur des hypothèses de reconquête de parts de marchés perdues dans le bassin de naissance. Elle fait l'hypothèse, s'agissant du taux de report des accouchements actuels sur Dourdan, qu'une partie modeste se déportera sur Etampes, et que la majorité se reportera sur Rambouillet et Arpajon. La seconde hypothèse porte sur la capacité des équipes œuvrant dans un cadre rénové, à retrouver l'étiage des 1000 accouchements/an du bassin Etampoïse, voire à le dépasser un peu. Une troisième hypothèse a été introduite afin de tenir compte d'une attractivité accrue de la maternité d'Etampes rénovée (*cf. infra*) sur le Nord Loiret. Le tableau suivant détaille les scénarios d'évolution du nombre de naissances en cas de regroupement, en fonction de ces hypothèses.

Tableau 17 : Evolution du nombre d'accouchements de la zone d'attractivité sur le site d'Etampes selon trois hypothèses

Nombre d'accouchements	Etampes	Dourdan	Attractivité Nord Loiret	total
Haute	1 088	225	165	1 478
taux de report haut	125 %	50 %	X	
moyenne	1 001	149	110	1 259
taux de report moyen	115 %	33 %	X	
Basse	870	90	55	1 015
Taux de report bas	100 %	20 %	X	

Source : Calculs IGAS

[191] Dans le scénario le plus ambitieux, il faudrait pouvoir accueillir environ 1500 accouchements sur Etampes. Dans le plus modeste, ce seraient 1000 accouchements. Le scénario médian est de 1300 accouchements. C'est celui qui est privilégié.

[192] La maternité unique devrait donc pouvoir accueillir 1300 accouchements/an compte tenu des niveaux observés ces dernières années sur Etampes et du report de Dourdan observé lors de la suspension (estimation : un tiers des quatre cent cinquante accouchements actuels iront sur Etampes, soit cent cinquante accouchements). On estime que l'attractivité sur la zone du Nord Loiret pourrait progresser d'une centaine d'accouchements.

[193] La capacité d'accueil de 24 lits existants à Etampes est suffisante pour faire face à cette activité. Mais il faudrait pouvoir la réduire en rénovant la maternité pour la rendre plus attractive. En effet les principales critiques portent sur secteur hospitalisation (pas de douche individuelle, ratio chambre à 1 et 2 lits) et sur le secteur naissance (conditions de prise en charge de césariennes dans le bloc opératoire général).

Sur le secteur d'hospitalisation

[194] Il est possible de transformer les 17 chambres actuelles en chambres à un lit pour 14 d'entre elles et à 2 lits pour 3 d'entre elles afin d'atteindre la cible souhaitable de plus de 80 % des chambres individuelles. Ceci conduirait à disposer de 20 lits d'hospitalisation.

- [195] Une maternité rénovée sur 20 lits serait suffisante pour les trois scénarios. La capacité d'accueil d'un service de 20 lits est de 1275 accouchements par an avec un taux d'occupation de 80 % et une durée moyenne de séjour (DMS) inchangée à 4,58 jours comme celle observée sur Etampes en 2014. Cette DMS est supérieure à celle observée en Ile de France. Avec une DMS de 4,14 jours comme à Dourdan, la capacité d'accueil théorique passerait à 1390 accouchements/an. Cette durée pourrait être plus basse encore, selon les recommandations de la HAS : une DMS à 3,75 jours permettrait d'accueillir les flux du scénario de l'hypothèse haute.

Tableau 18 : Evolution de la capacité d'accueil d'une maternité de 20 lits avec un taux d'occupation de 80 %, selon la DMS

	DMS (jours)	Nombre d'accouchements
Etampes 2014	4,58	1 275
Dourdan 2014	4,14	1 411
Cible DMS Site unique	3.75	1557

Source : Mission IGAS

Sur le secteur de naissance

- [196] La capacité des salles de travail (4) et de salle de pré-travail (2 places) est conforme aux conditions techniques de fonctionnement préconisées pour un nombre d'accouchements compris entre 1500 et 2000.
- [197] Les conditions de sécurité sont inchangées à celles observées aujourd'hui à savoir, prise en charge des césariennes programmées ou non urgentes dans le bloc chirurgical général au rez-de-chaussée et recours au bloc chirurgical du 3^{ème} étage, face à la salle de travail, en cas de procédure d'urgence ou en cas de naissance gémellaire ou par le siège.

3.2.2 Une rénovation limitée du secteur hospitalisation est faisable tout en poursuivant l'activité

- [198] Une rénovation susceptible d'améliorer l'attractivité pour les parturientes qui souhaitent accoucher dans des maternités sécurisées offrant un niveau « d'hôtellerie » satisfaisant (chambres seules avec sanitaires, ergonomie plus adaptée des chambres) est possible dans des délais et des coûts acceptables.

Encadré 2.

Le projet de rénovation concernerait l'ensemble du 3^{ème} étage hors le secteur de naissances, c'est-à-dire la zone d'hospitalisation, l'accueil, la zone de consultation et les circulations. Il se décline autour de 5 axes majeurs :

- équiper chaque chambre de douches, en installant des cabines de douches préformées, en lieu et place du cabinet de toilette actuel ce qui nécessite de déplacer une cloison ;
- identifier un nombre plus important de chambres seules (passer de 10 chambres seules à 14), pour une capacité totale de 20 lits, pouvant être portée à 24 lits (4 chambres à 1 lits pouvant être transformées en chambre à 2 lits) ;
- améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement avec la réfection des chambres, bureaux et zones de circulation en portant une attention particulière à la qualité de l'éclairage (concilier qualité de la lumière, efficacité énergétique et bien être pour les parturientes) ;
- renouveler le mobilier afin d'offrir aux patient un confort hôtelier et une ergonomie adaptée ;
- sécuriser les accès du service de la maternité et du bloc obstétrical.

Source : CHSE

- [199] Le déplacement des cloisons nécessiterait des travaux de désenfumage couteux qui ne sont pas nécessaires pour une de rénovation de confort. **On conseille de s'en tenir à une opération plus simple, sans déplacement de cloisons.**

3.2.3 Le projet de création d'un centre de maternologie apparaît intéressant

- [200] Il existe des besoins d'accueil des femmes et de leur enfant dans le Sud de la région ile de France. Les couples mère-enfant sont actuellement transférés vers les trois seuls centres existants, tous situés hors Essonne. Des lits de maternologie étaient prévus sur le centre hospitalier Sud Francilien mais ils n'ont pas été mis en service. Ces lits émargent sur les capacités régionales en lits de soins de suite et de rééducation qui sont actuellement saturées. Il conviendra de reprendre cette réflexion dans le cadre du prochain schéma pour calibrer le besoin et le lieu d'implantation.

3.2.4 Conclusion

- [201] Le tableau suivant rassemble les principaux avantages et inconvénients du regroupement des naissances sur un site unique.

Tableau 19 : Principaux intérêts et inconvénients du regroupement sur un site unique.

Intérêts du projet	Inconvénients
Continuité des soins et permanence des soins : <ul style="list-style-type: none"> • liste de garde unique en anesthésie et gynécologie-obstétrique • mutualisation de l'organisation de jour sur un plus grand nombre de praticiens 	Perte d'une partie de la clientèle du Dourdannais estimée aux 2/3 soit environ 300 accouchements sur les 450
Sécurité <ul style="list-style-type: none"> • Moindre recours à l'intérim ; • Renforcement des mesures d'organisation collective sur qualité des soins (procédures, évaluations) ; 	Contrainte majorée d'accessibilité au bloc opératoire sur la maternité sur Etampes
Equipe de pédiatres de Dourdan allégée de l'activité néonatalogie au profit de ses autres activités et projets	Contraintes de déplacement supplémentaire pour les parturientes du Dourdannais pour le suivi du 3 ^{ème} trimestre (qui se fait en général sur le site de naissance) si elles décident de ne pas accoucher sur Etampes ;
Incidence positive sur les coûts de fonctionnement	
Développement d'un centre de maternologie (moyen terme, selon besoins du prochain SROS)	

Au total, s'agissant de l'évolution des deux maternités, la mission propose :

Recommandation n°2 : Privilégier l'évolution vers le regroupement des naissances sur le site d'Etampes

Recommandation n°3 : Créer un centre périnatal de proximité à Dourdan

Recommandation n°4 : Réaliser rapidement une rénovation de confort de la zone d'hospitalisation d'Etampes et aménager les locaux sur Dourdan pour le centre périnatal

Recommandation n°5 : Conforter le CHSE dans ses choix et l'accompagner financièrement

Recommandation n°6 : Organiser un accompagnement managérial qui permette d'intégrer les bonnes pratiques des deux maternités sur le site unique et la mise en place du centre périnatal de proximité

Recommandation n°7 : Inscire une rénovation plus conséquente du pôle maternité dans le cadre du projet d'établissement suivant

Dr. Pierre ABALLEA

Jean-Yves LAFFONT

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Mettre fin à la convention cadre de partage de temps médical entre les centres hospitaliers de Pithiviers et d'Etampes et redéployer le temps médical au profit du site de Dourdan	CHSE	Décembre 2015
2	Privilégier l'évolution vers le regroupement des naissances sur le site d'Etampes	CHSE	Immédiat
3	Créer un centre périnatal de proximité à Dourdan	CHSE	Immédiat
4	Réaliser rapidement une rénovation de confort de la zone d'hospitalisation d'Etampes	CHSE	Décembre 2015
5	Conforter le CHSE dans ses choix et l'accompagner financièrement	ARS	Immédiat
6	Organiser un accompagnement managérial qui permette d'intégrer les bonnes pratiques des deux maternités sur le site unique et la mise en place du centre périnatal de proximité	CHSE	Immédiat
7	Inscrire une rénovation plus conséquente du pôle maternité dans le cadre du projet d'établissement suivant	CHSE/ARS	2018

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 05 FEV. 2015

CAB – PP/IT-FR/Me D15-185

Note
A l'attention de
Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : mission d'appui auprès de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France relative au projet médical du centre hospitalier Sud-Essonne

Le Centre Hospitalier Sud-Essonne, né de la fusion des établissements de Dourdan et d'Etampes en 2011, est un établissement qui, par son implantation géographique, joue un rôle important dans l'offre de soins du sud de l'Essonne.

La démarche d'élaboration du projet médical a été engagée en 2013. Je souhaite qu'il aboutisse en 2015.

Je vous remercie par conséquent de bien vouloir diligenter une mission placée auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France pour expertiser les problématiques posées par les différentes orientations du projet médical de l'établissement et notamment les conditions de faisabilité de leur mise en œuvre.

La mission remettra ses conclusions avant le 30 avril prochain.



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinet de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

- M. Philippe PUCHEU, Conseiller

Agence Régionale de Santé d'Ile de France

- M. Claude EVIN, directeur général
- Mme Christine SCHIBLER, directrice du pôle établissements de santé
- Mme Mélanie GEFFROY chargée de mission stratégie territoriale au pôle établissements de santé
- Dr Isabelle D'ESTAINOT référente médicale périnatalité/ PMA et soins palliatifs
- Mme Claire GENETY service juridique

Agence régionale de Santé de la région Centre Val-de-Loire (entretien téléphone)

- M Philippe DAMIE

Elus et membres du Conseil de Surveillance du CHSE

- M. Franck MARLIN Député de la seconde circonscription de l'Essonne- Maire d'Etampes, président du conseil de surveillance CHSE
- Mme Maryvonne BOQUET, Maire de Dourdan, (avec M. Jonathan WAGNER, directeur de cabinet)
- M. Yves TAVERNIER vice Président du Conseil de surveillance

Représentants du CHSE

- Administration
 - M. Christophe MISSE, directeur
 - Mme Delphine LEMAIRE-BRUNEL Directrice Adjointe chargée des finances
 - Mme Anne MULLER, Directrice Adjointe - Ressources Humaines et Affaires Médicales
- Personnel Médical
 - Dr Jean-Charles LORENZO, Président de CME.
 - Mme Marie-Dominique COCHET Cadre sage-femme. (Etampes)
 - Dr Pierre DEMILLY, DIM.
 - Mme Denise GORRIER, Cadre sage-femme. (Dourdan)
 - Dr Samir JAMALI responsable unité médicale d'anesthésie (Dourdan)
 - Dr Christophe JEDRECY responsable des urgences. (Dourdan)
 - Dr Hafid LAMRANI, responsable unité médicale gynécologie-obstétrique (Dourdan)

- Dr Kenza SNINI, responsable de l'unité médicale de gynécologie-obstétrique (Etampes)
- Dr Djamel TABBI, chef du pôle Anesthésie – Réveil – Réanimation – Surveillance continue
- Dr Cédric TAHIRI chef du pôle mère – enfants
- Dr Catherine VERMEULIN, Responsable unité médicale Néonatalogie (Etampes)

- Représentants des Usagers
 - M. Daniel LEOUBE, membre du CS
 - M. Jacky AUFRET, membre du CS
 - M. Jean Pierre BAUDRY, membre du CS

- Représentants syndicaux.
 - Mme SCHIMANOVITZ (SUD)
 - M HOYAU (CFDT)
 - Mme LUBIN (CGT)
 - Mme ANGONIN, Mme TURPIN (FO)

- Membres du personnel
 - Mme Anne BEDET Sage-femme maternité de Dourdan
 - Mme Sandrine AUDIDIER Sage-femme maternité Dourdan
 - Mme Virginie PERAT Sage-femme maternité Dourdan
 - Mme Laurence VESSELIN Aide soignante maternité Dourdan
 - Mme Séverine PASTOUREL Auxiliaire de puériculture maternité Dourdan

Structures d'organisation régionales.

- Dr Michelle GRANIER, Présidente du Réseau Périnat'if Sud

Direction générale de l'offre de soins (entretien téléphone)

- Mme Odile BRISQUET, cheffe du bureau RH4
- Mm Sophie TERQUEM, adjointe à la cheffe de bureau RH1
- M Mathias ALBERTONE, Adjoint sous direction RH2S
- Mme Martine EBRARD, Chargée de mission RH4

Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (Entretiens téléphone)

- Dr Dominique BERTRAND Conseiller médical
- Mme Diane PIET chargée de mission, commission d'autorisation d'exercice

Agence Appel Medical Search

- Mme Marion LERAILLE, chargée de mission

Conseil national de l'ordre des médecins (entretien téléphone)

- Mme Jennifer COAT Conseiller juridique adjoint, service du Tableau

Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR)

- Pr Claude ECOFFEY, Président

ANNEXE 1

CAPACITES 2015 ET 2019 DU CHSE

[202] Le centre Hospitalier Sud Essonne (CHSE) comprend 669 lits et places répartis entre deux sites situés à Dourdan et Etampes, distants de 18 km. Les deux sites portent chacun des activités urgences, MCO, SSR et USLD/EPHAD.

Tableau 20 : Capacité installée CHSE février 2015

Etampes	lits	places	Dourdan	lits	places	total lits	Total places	TOTAL Général
Urgences/SMUR	5		Urgences	4		9	0	9
Réanimation et unité de soins continus	16		unité de soins continus	6		22	0	22
Médecine	56	4	Médecine	28	6	84	10	94
								0
Chirurgie	48	5	Chirurgie	15	5	63	10	73
<u>Gynéco-obstétrique</u>	<u>24</u>	<u>2</u>	<u>Gynéco-obstétrique</u>	15		39	2	41
<u>Néonatalogie</u>	<u>6</u>	<u>2</u>	<u>Pédiatrie</u>	16	2	22	4	26
sous total MCO	155	13		84	13	239	26	265
-								
SSR gériatriques	30		SSR polyvalents, gériatriques et EVC-EPR	30		60	0	60
sSR gériatriques								
USLD	40		USLD	30		70	0	70
EHPAD / Hébergement	126		EHPAD / Hébergement	148		274	0	274

Source : CHSE, détail des capacités d'accueil. Février 2015

[203] La taille du secteur MCO (239 lits et 26 places) représente 40 % de la capacité d'hébergement du CHSE ; en hospitalisation complète, elle est près de deux fois plus importante à Etampes (155 lits) qu'à Dourdan (84). Le site d'Etampes dispose par ailleurs d'une réanimation et d'un SMUR. On relève enfin que si l'offre d'obstétrique est répartie sur les deux sites, avec une unité de néonatalogie située à Etampes, l'offre de pédiatrie est quant à elle centrée sur Dourdan.

[204] La fusion des deux établissements publics de santé d'Etampes et de Dourdan remonte au premier janvier 2011. Le projet médical 2015 – 2019 met en avant trois principes : la qualité et la sécurité des soins ; l'unité de l'établissement et la lisibilité de son organisation médicale ; l'ouverture de l'hôpital sur son territoire. La capacité installée visée à l'échéance 2019 est de 705 lits et places (dont 6 lits à l'hôtel maternel) répartis entre les deux sites comme indiqué dans le tableau ci-après. Cette capacité est la somme des capacités maximum, telles que figurant dans les projets de pôle et reportée dans le projet médical 2015-2019⁴⁰. Elle n'a pas encore été actée dans le projet d'établissement.

Tableau 21 : Capacité maximale installée projetée au CHSE fin 2019⁴¹

ETAMPES			DOURDAN						
Capacité	lits	places	Capacité	lits	places	total lits	Total places	TOTAL Général	delta 2015
Urgences/SMUR	7		Urgences	5		12	0	12	3
Réanimation et unité de soins continus	22		unité de soins continus	6		28	0	28	6
Médecine	36	6	Médecine	28	5	64	11	75	-20
Médecine gériatrique aiguë	20					20	0	20	20
Chirurgie	47	10	Chirurgie	13	10	60	20	80	6
Gynéco-obstétrique	36		Centre périnatal de proximité			36	0	36	-3
Néonatalogie	6		Pédiatrie	16	2	22	2	24	0
sous total MCO	174	16		16	2	22	2	275	0
SSR gériatriques	30	2	SSR polyvalents, gériatriques et EVC-EPR	26	16	56	18	74	20
			Centre maternel (pm)	6		6	0	6	6
USLD	40		USLD	30		70	0	70	0
EHPAD / Hébergement	126	6	EHPAD / Hébergement	148		274	6	280	6
Total	370	24		226	18	428	26	705	44

Source : CHSE, projet médical 2015-2019

⁴⁰ CHSE projet médical 2015-2019 janvier 2015

⁴¹ En gras, les capacités modifiées à la hausse ou à la baisse

ANNEXE 2

EFFECTIF DE PRATICIENS NECESSAIRE POUR UNE LISTE DE GARDE

[205] Cette annexe développe les éléments de calculs principaux pour déterminer les effectifs de praticiens. Calcul de l'effectif de praticiens nécessaire pour assurer le fonctionnement d'une liste de garde.

1. TEMPS DE TRAVAIL D'UN PRATICIEN HOSPITALIER:

[206] La réglementation prévoit que le temps de travail hebdomadaire d'un praticien hospitalier est au maximum de 48 heures par semaine réparties en 10 demi-journées.

[207] Sur cette base,

- Le temps quotidien peut être fixé à : $48 \text{ heures} / 5 \text{ jours} = 9.6 \text{ heures par jour}$,
- Le temps annuel peut être fixé à : $365 - 104 \text{ RH} - 10 \text{ jours fériés} - 25 \text{ CA} - 20 \text{ RTT} - 15 \text{ jours de formation} = 191 \text{ jours}$.
 - ✓ Calcul en heures : $193 \times 9,6 = 1833,6 \text{ heures par an}$
 - ✓ Calcul en $\frac{1}{2}$ journées : $191 \times 2 = 382 \text{ demi journées}$.
 - ✓ Calcul en semaines : $191 / 5 = 38.2 \text{ semaines}$

2. EFFECTIF NECESSAIRE POUR ASSURER UNE GARDE (24X365)

[208] Les résultats diffèrent selon que le calcul est fait en heures ou en demi-journées.

[209] La source principale de cette divergence vient du décompte du temps nocturne qui est de 14 heures (Soit 40 % de plus que le temps diurne) lorsque le calcul est fait en heures alors qu'il est de 2 demi-journées (soit l'équivalent du temps diurne) lorsque le décompte est fait en demi-journées.

[210] Le choix entre ces deux modes de calcul dépend de négociations locales qui doivent prendre en compte les capacités financières de l'établissement, les difficultés de recrutement et la lourdeur moyenne du travail en garde.

2.1 Calcul en heures

[211] L'année représente $365 \times 24 = 8760$ heures. Le nombre de praticiens hospitaliers nécessaire sera donc de $8760 / 1833,6 = 4,78$ ETP.

2.2 Calcul en demi-journées

[212] 24 heures représentent 4 demi journées, le nombre annuel de demi-journées est donc de $365 \times 4 = 1460$ demi-journées dont 884 sont effectuées la nuit ou le samedi après midi ou le dimanche et 576 pendant les heures « ouvrables » du lundi au vendredi et le samedi matin.

[213] Le nombre de PH nécessaire sera donc de $1460 / 382 = 3,8$ ETP

3. CORRECTIONS COMPLEMENTAIRES

- [214] Ces chiffres ne sont que des résultats théoriques minimaux car ils ne prennent pas en compte plusieurs facteurs.
- L'absentéisme pour maladie qui, même s'il est plus faible que l'absentéisme du personnel non médical, ne peut pas être ignoré dans une équipe vieillissante.
 - Les tâches d'organisation, les missions transversales (conseil de bloc, vigilances...), et la participation aux travaux et réflexion engagés par l'établissement. Aussi bien la société française d'anesthésie – réanimation (SFAR) que Samu Urgences de France considèrent que ce temps, peut être évalué à 20 %, ce qui augmente d'autant l'effectif d'ETP nécessaire ce qui le porte à 6 ETP avec un calcul horaire et à 4,6 ETP avec un calcul à la ½ journée.
 - La pénibilité. Assurer les gardes de toute l'année à 4.6 ETP représente 192 demi-journées de garde par personne soit environ 20 demi-journées de garde par mois de travail⁴². Ce chiffre est considéré par les représentants des praticiens comme trop élevé. Par ailleurs, le recours aux praticiens de l'établissement au-delà d'une nuit par semaine et d'un WE par mois (soit 108 demi-journées de garde par an) ne peut se faire que sur la base du volontariat.
 - Ces chiffres ne permettent la présence que d'un anesthésiste 24x365. Ils ne permettent pas à ce dernier d'être à la fois au bloc, à l'USC et en maternité. Si l'on veut que ces activités coexistent, il faut prévoir d'autres praticiens. Si un seul suffit et qu'aucune autre garde n'est nécessaire, le nombre de PHTP se calcule de la manière suivante : 52 semaines x 20 ½ journées = 520 / 382 = 1,36 x 1.2 = 1.6 ETP⁴³.

4. CONCLUSIONS

- [215] Si l'on souhaite la présence d'un médecin 24 x 365 et la présence d'un deuxième médecin matin et après midi, 52 semaines par an, l'effectif en ETP est donc de 5,2 ETP sans temps institutionnel et de 6,2 ETP sur la base d'un calcul en ½ journées plus favorable à l'établissement.
- [216] Pour respecter la règle d'une nuit par semaine et un WE par mois, il semble difficile de descendre en dessous de 5,5 ETP, le solde des demi-journées étant assuré par des praticiens extérieurs ou par des praticiens hospitaliers de l'établissement au-delà de leurs obligations réglementaires.
- [217] Enfin, l'accord qui a été passé fin décembre 2014 entre le ministère et les représentants des praticiens urgentistes limitant à 39 heures la semaine d'activités cliniques aura vraisemblablement pour conséquence une élévation du nombre de praticiens hospitaliers nécessaire.

⁴² Rappel : 1 nuit par semaine et un dimanche par mois représentent 12 demi-journées de garde par mois. Un praticien qui travaille 9 mois par an doit faire 108 demi-journées de garde ou 44 gardes dans l'année.

⁴³ Ce résultat n'est qu'arithmétique. Dans la réalité, sa mise en œuvre nécessiterait une annualisation du temps de travail des PH qui n'est pas prévue, dans la réglementation.

ANNEXE 3

LE RECRUTEMENT DES ANESTHESISTES REANIMATEURS AU CHSE ET SES RESULTATS

[218] La démographie médicale est un enjeu important pour les dix prochaines années au CHSE: 38 % des 126 praticiens en poste au 1^{er} janvier 2014 avaient plus de 55 ans.

Tableau 22 : Démographie médicale au CHSE au 1er janvier 2014

Spécialité du praticien	< 30 ans	[30-40 ans[	[40-50 ans[	[50-55 ans[	[55-60 ans[	[60-65 ans[	[65 ans et plus	Total
	0,8%	15,9%	20,6%	24,6%	19,8%	14,3%	4,0%	100,0%

Source : projet médical CHSE 2015-2019, synthèse IGAS

[219] Ce sujet est particulièrement tendu pour les anesthésistes réanimateurs : 7 sur les 9 recensés dans le projet d'établissement ont plus de 60 ans et l'établissement recourt à plus de 40 % à l'intérim pour couvrir ses gardes. Ce taux a pu monter certains mois jusqu'à 77 % sur Dourdan.

[220] Les anesthésistes réanimateurs interviennent aujourd'hui principalement pour accompagner les activités de chirurgie et de gynéco-obstétrique (blocs opératoires et salle de naissance pour les péridurales) et en réanimation médicale – surveillance continue. Ils peuvent intervenir également en appui aux services d'urgences. Enfin, ils portent souvent des missions médicales transversales (traitement de la douleur, correspondant d'une ou plusieurs vigilances, dépôts de sang, gestion des risques et qualité...) ainsi que des fonctions de gestion (codage des actes, conseil de bloc, chefferie de service ou de pôle, CME, conseil de surveillance) indispensables à la bonne marche de l'établissement.

[221] De mars 2014 à Janvier 2015, trente trois praticiens différents, mandatés par une société d'intérim médical, sont intervenus pour participer à la liste de garde sur Dourdan. Le chef du service d'anesthésie de Dourdan relève que « travailler avec des intérimaires ne crée pas une équipe ».

[222] L'ensemble des missions ne peut effectivement pas reposer sur des praticiens intérimaires et nécessite de s'appuyer sur des praticiens temps plein ou temps partiel qui inscrivent leur activité dans la durée sur le CHSE. Mais leur recrutement apparaît difficile, notamment sur Dourdan.

[223] Le tableau suivant détaille la composition des équipes et les mouvements connus des praticiens temps plein ou temps partiels d'ici fin du 1^{er} semestre 2015.

Tableau 23 : Composition des équipes d'anesthésie-réanimation au CHSE au 27/02/2015

	Spécialités exercées	Etat des effectifs 2014	Moyenne Médiane (âge)	Mouvements au premier semestre 2015
DOURDAN	Anesthésie et réanimation (USC)	4,4 ETP (4 PH et 0,4 attaché) 3 postes pourvus (2 ETP d'activité), quelques médecins de garde Recours important à l'intérim	62,3 ans 62 ans	Dr C. départ officiel au 01/06/2015, mais en départ effectif depuis 04/2014 (CET) Deux recrutements - Dr D. 75 ans en mars 2015 : uniquement pour des consultations, 2 vacations hebdomadaires (0,2 ETP) - Dr R 40 ans, en mai 2015 : 0,5 ETP activité bloquée sur une semaine / mois (3 à 4 gardes de 24 heures/ tous les deux jours/ une semaine par mois)
	Anesthésie	6 ETP (6PH)	58,5 ans 60 ans	Un départ au 1 ^{er} mars 2015 (mutation vers un autre établissement de santé). Remplaçant recruté
ETAMPES	Réanimation	8 ETP (8 PH)	48,3 ans 48 ans	Un praticien a formulé une demande de prolongation d'activité au-delà de l'âge de retraite à compter du mois d'août 2015
	1 PH est qualifié en anesthésie-réanimation	7,8 ETP au réel / hors temps pour la CME		

Source : CHSE/DRH Note situation AR février 2015, Actualisation IGAS au 15 avril 2015.

[224] La mobilisation des anesthésistes réanimateurs diffère selon les deux sites.

- Sur Etampes. Les deux activités anesthésie et réanimation-surveillance continue, sont clairement séparées, sans aucune polyvalence de la part des praticiens de chaque équipe.
- Sur Dourdan :
 - ✓ La responsabilité de l'anesthésie et de la surveillance continue relève d'une seule et même équipe. Cette polyvalence est rare actuellement dans les établissements de santé, les praticiens choisissant ou l'anesthésie ou la réanimation pour leur activité professionnelle. Pour le chef de service, 20 à 30 % des candidats rencontrés se sont récusés sur ce critère. Les cabinets de consultants mobilisés ont confirmé que ceci est, sauf exception, une limite importante au recrutement des praticiens, seuls les plus âgés, acceptant de poursuivre une activité polyvalente (cf. infra).
 - ✓ Enfin, compte tenu de l'activité importante de chirurgie pédiatrique, il est demandé aux anesthésistes de pouvoir endormir des enfants de moins de trois ans. Cette demande peut constituer un frein supplémentaire pour les candidats non entraînés.

[225] Au regard des perspectives démographiques, des couts induits et du moindre service pour les fonctions collectives de l'intérim (voir rapport), le CHSE a développé une activité intense depuis fin 2013 pour recruter des praticiens anesthésistes réanimateurs sur les deux sites.

[226] Le CHSE s'est mobilisé très fortement en 2014 pour recruter des praticiens temps plein susceptibles de venir remplacer les départs annoncés. Ce début apparaît tardif au regard des évidences démographiques facilement anticipables ; toutefois depuis cette période l'effort réalisé apparaît tout à fait significatif dans le traitement des candidatures tant spontanées que celles apportées par les cinq agences de recrutement progressivement mobilisées pour ce faire.

Tableau 24 : Montée en charge des contrats de recherche de praticien anesthésiste-réanimateurs auprès d'agences spécialisées au CHSE

Contractant CHSE et	Objet recrutement d'un praticien Temps plein	Date convention
Expert Mundi	Anesthésiste Réanimateur	22/04/2012
Media Santé	Anesthésiste Réanimateur et Gynécologue-Obstétricien	03/09/2013
Moving People	Anesthésiste Réanimateur	21/11/2013
MedJob Consulting	Anesthésiste Réanimateur	20/02/2014
Auxillia	Anesthésiste Réanimateur	13/03/2014
Appel Medical Search	Anesthésiste Réanimateur	24/03/2014

Source : Contrats communiqués par CHSE, traitement IGAS

[227] Les contrats sont construits sur une rémunération totale ou partielle selon le résultat⁴⁴ : i.e. signature du contrat d'embauche entre le praticien et le CHSE. L'investissement est conséquent et les tarifs facturés sont compris entre 10 000 et 17000 €brut.

[228] Cinq des six cabinets ont présenté une ou plusieurs candidatures, le dernier cité dans le tableau ci-dessus en présentant la majorité. Ce cabinet a produit un reporting mensuel remarquable que la mission a pu consulter : sur la période mars 2014 à mars 2015, 531 praticiens ont été contactés sur le millier que comporte sa base de données. Parmi ceux-ci 12 ont accepté que leur candidature soit présentée au CHSE. Mais aucun de ces 12 n'a été recruté.

[229] Parallèlement, le CHSE a produit ses propres diligences en publiant les postes ouverts à la vacance via le centre national de gestion des praticiens hospitaliers (CNG). Par ailleurs, le service des affaires médicales a traité beaucoup de candidatures spontanées et/ ou adressées par les praticiens du CHSE.

[230] Le CHSE dispose d'un tableau de suivi des candidats depuis fin 2013- début 2014. Les deux canaux (par agence ou directe) ont apporté 68 candidatures d'avril 2013 à Mars 2015. L'essentiel étant concentré sur 2014 et 2015.

[231] Au total, le recrutement d'anesthésistes réanimateurs s'est considérablement amplifié au CHSE depuis début 2014.

[232] Les candidatures reçues par le CHSE sont étudiées à partir d'une grille d'analyse en six points de recevabilité réglementaire conforme à l'état actuel du droit. Les dossiers jugés recevables sont alors transmis pour avis au président de CME et au chef de pôle. S'agissant des candidats pressentis pour Dourdan, les avis sont également transmis au chef du service depuis sa nomination en juin 2014.

⁴⁴ Certains contrats prévoient une rémunération des étapes intermédiaires, par ex : signature de la convention générale, présentation d'un candidat et contrat d'embauche du candidat.

[233] Les 68 dossiers de candidature enregistrés entre fin 2013 et mars 2015 ont été revus par la mission et les suites données par le CHSE, analysées. La grille d'analyse du CHSE est documentée pour tous les candidats et correspond aux données reportées dans le tableau de synthèse fourni à la mission.

Tableau 25 : Nombre de candidatures d'anesthésistes réanimateurs reçues entre avril 2013 et mars 2015 selon l'origine et les suites données.

Origine de la candidature	Analyse IGAS			
	Processus en cours	Non recrutables	Recrutés	Total général
cabinet recrutement	1	16		17
candidature spontanée ou relayée par un praticien du CHSE	3	40	7	50
Non renseignée		1		1
Total général	4	57	7	68
	6%	84%	10%	100%

Source : tableau de suivi des candidatures AR/ CHSE, traitement IGAS

[234] Les cabinets de recrutement ont apporté 17 (25 %) des candidatures contre 75 % pour les candidatures reçues directement par le CHSE. Ce faible nombre est à relier au fait que les cabinets de recrutement effectuent un pré-tri sur la recevabilité des demandes (inscription ordinale, etc....) qui doit être fait par le CHSE pour les candidatures spontanées.

[235] **La mission estime, comme le CHSE, que la majorité (84 %) des candidatures reçues toutes origines confondues, ne pouvaient pas être acceptées.**

[236] Les motifs diffèrent selon l'origine et sont reproduits dans le tableau suivant.

Tableau 26 : Motifs de non recrutement des candidatures reçues entre avril 2013 et mars 2015 selon l'origine de la candidature

mode candidature 2	Autre motif de ne pas retenir la candidature	prétentions salariales au-delà des possibilités statutaires	candidat n'ayant pas donné suite ou s'étant désisté	Conditions réglementaires d'exercice en France non remplies	Total général
cabinet recrutement	2	6	7	1	16
candidature spontanée	2	11	3	24	40
Non renseignée	1				1
Total général	5	17	10	25	57

Source : tableau de suivi des candidatures AR/ CHSE, traitement IGAS

[237] On note que la première cause de non-recrutement est représentée par des conditions réglementaires non remplies : ce sont pour la plupart des praticiens à diplôme de médecine et/ou de spécialité obtenus hors CE. Toutes ces candidatures sauf une, sont spontanées.

- [238] Parmi les praticiens disposant du droit d'exercice, beaucoup ont des prétentions salariales élevées voire très élevées⁴⁵ qui ne peuvent être accordées réglementairement. Par ailleurs, si le CHSE y dérogeait, ceci ne pourrait que conduire à un alignement inéluctable avec les praticiens déjà en place, accroissant d'autant les charges.
- [239] Il n'est pas nécessaire de commenter la rubrique concernant l'absence de suites données ou les désistements. Par contre cinq dossiers ont fait l'objet d'une analyse plus attentive s'agissant des autres motifs de refus. Ces derniers portent sur les appréciations défavorables sur la manière de servir (4) et/ou sur les conditions statutaires de cumul d'emploi (1).
- [240] La mission confirme que le CHSE s'est appuyée sur de motifs valables pour écarter ces candidats. Deux d'entre eux ont fait l'objet d'investigations poussées avec interrogation du CNG et des établissements dont les candidats se sont prévalus ou étaient originaires.
- Dans le premier cas, le praticien a été récusé en raison d'antécédents de troubles du comportement invoqués dans deux établissements avec suspicion de toxicomanie dans l'un des deux ;
 - Dans le second cas, le praticien a été récusé en raison de ses antécédents. Il a été révoqué de son statut de praticien hospitalier après passage en commission disciplinaire. L'enquête auprès des établissements publics où il a travaillé comme intérimaire ou contractuel depuis sa révocation, fait apparaître un comportement perturbant les équipes et/ou des faiblesses au niveau professionnel. Ce praticien qui ne trouve pas de poste en France dans le contexte de grande pénurie connue, a postulé à nouveau début 2015 auprès du CHSE en baissant fortement ses prétentions salariales. Ces différents éléments confirment le bien fondé de son non-recrutement par le CHSE.
- [241] Evaluer les compétences professionnelles et la manière de servir est chose difficile. Souvent les lettres de recommandations et l'observation en situation sur une ou deux gardes peuvent ne pas suffire. Le CHSE a été conduit à se séparer d'un praticien gynécologue obstétricien recruté sur Etampes début 2014, dont le comportement a très rapidement heurté les équipes. La manière de servir a été également invoquée pour un anesthésiste-réanimateur de Dourdan dont l'insuffisance professionnelle a été explicitement invoquée en octobre 2014 lors d'un conseil de bloc⁴⁶. Son contrat n'a pas été renouvelé par le CHSE en 2015 et le praticien a quitté l'établissement.
- [242] **Au total, le nombre de candidatures recevables apparaît faible et concerne principalement des praticiens en 3^{ème} partie de carrière. Le CHSE ne peut pas être suspecté d'avoir refusé des candidatures pour affaiblir un des deux sites.**
- [243] L'analyse des candidatures jugées recevables fait apparaître que sept praticiens ont été recrutés ces derniers mois ou le seront d'ici mai 2015. Tous les praticiens sont, sauf exception, recrutés sur un contrat bi-site, avec une affectation principale sur l'un ou l'autre.
- [244] Ces résultats encourageants comportent toutefois des limites.
- [245] Sur le site d'Etampes, le praticien recruté à temps plein ne possède pas la pleine compétence et la validation de son cursus de qualification suppose qu'il travaille dans un service disposant de l'agrément pour recevoir des internes. Il ne peut donc aller de ce fait sur Dourdan.

⁴⁵ Exemples : demandes de 650 € jour soit 11 267 € net/mois soit le tarif de l'intérim ou demandes de contrats de cliniciens à plus de 10 000 € net/mois, qui implique l'établissement de contrats de 6 ans maximum, accordables uniquement avec accord de l'ARS après inscription dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

⁴⁶ CR du conseil de bloc du site de Dourdan du huit octobre 2014.

- [246] Sur Dourdan les recrutements sont, pour deux d'entre eux, des « recrutements d'appoint » faisant appel à d'anciens praticiens ayant accepté de reprendre du service à temps partiel à 68 et 75 ans. Ces recrutements sont dérogatoires aux règles générales actuelles d'emploi des praticiens en cumul emploi retraite dans la fonction publique⁴⁷. Le seul recrutement temps plein d'anesthésiste réanimateur effectif depuis fin 2014, est celui d'un praticien de 62 ans. Le prochain recrutement attendu à compter de mai 2015 est celui d'un praticien contractuel de 40 ans, recruté à temps partiel, qui n'a accepté de venir qu'à la condition de pouvoir concentrer son activité et ses gardes sur une semaine par mois. Enfin, toujours sur Dourdan, un dernier recrutement concerne un praticien dédié uniquement à l'USC, car il ne possède pas de compétences en anesthésie.
- [247] La situation devrait donc se détendre sur Dourdan avec l'arrivée de ces praticiens et l'apport des praticiens ayant repris du service et ceci réduira le recours aux intérimaires en garde.
- [248] Pour les deux sites la situation reste cependant fragile et l'effort de recrutement doit se maintenir afin d'attirer des praticiens disposant du plein exercice et consacrant l'essentiel de leur activité au CHSE.

⁴⁷ Le projet de loi santé, en cours de discussion au parlement, introduit dans son article 34-ter la possibilité, jusqu'en décembre 2022, de recruter des médecins en cumul emploi retraite jusqu'à l'âge de 72 ans, de façon dérogatoire à la limite d'âge du droit commun pour les recrutements de contractuels dans la fonction publique (67 ans).

5. **PIECE JOINTE : DEMOGRAPHIE MEDICALE DU CHSE DEBUT 2014**

Spécialité du praticien	< 30 ans	[30-40 ans[	[40-50 ans[	[50-55 ans[	[55-60 ans[	[60-65 ans[	[65 ans et plus	Total
DIM				1				1
ANEST				1	1	7		9
BIOLOGIE		3	1	2	1		1	8
CARDIO				3	1			4
CHIR ORL					1	1		2
CHIR ORTHO				1	3			4
CHIR URO			1		1			2
CHIR VISC				2	3	2	1	8
DERMATO					1	1		2
ENDOCRINO				2		1	1	4
GASTRO				2				2
GERIATRIE		1	2	8				11
GYNECO OBS		1	5	1	1	3		11
MED GEN		1	1					2
MED INTERNE			2					2
MED URGENCE	1	6	4	3	2			16
NEPHRO					1			1
NEURO					1			1
ONCO					1			1
OPHTALMO					1			1
PEDIATRIE		3	2	1	1	1	1	9
PHARMA		1	3		1			5
PNEUMO		1	1		2			4
RADIO		1	1	3	1	1		7
REA MED		2	3	1	1	1		8
RHUMATO							1	1
TOTAL	1	20	26	31	25	18	5	126

Source : projet médical CHSE 2015-2019

ANNEXE 4

ACTIVITE GENERALE MCO DU CHSE SUR LA PERIODE 2009-2013

[249] La présente annexe décrit l'activité générale de court séjour du CHSE, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), ainsi que ses parts de marché dans sa zone d'attractivité et leur évolution depuis 2009.

1. ZONES DE RECRUTEMENT DE COURT SEJOUR DU CHSE

1.1 Le territoire du Sud Ouest de l'Essonne

[250] « Le territoire du Sud-ouest Essonne est bordé au sud par la région centre et à l'ouest par le département limitrophe des Yvelines. Au nord et à l'est, ce sont les limites naturelles formées par l'Essonne et les zones boisées bordant la Juine qui en forment la frontière. Accueillant 72 500 habitants, le territoire est essentiellement rural, le plateau méridional du département étant exploité par de grandes cultures céréalières.

[251] Deux centres urbains concentrent près de la moitié de la population : Etampes (23 000 hab.) et Dourdan (10 000 hab.). La zone est marquée par des indicateurs sociodémographiques relativement défavorables, en particulier dans les deux principales agglomérations, où le revenu médian est de 10 à 30 % inférieur à la médiane régionale.

[252] Le territoire d'intervention est structuré par des axes de communication nord-sud : les principaux axes routiers sont la N 20 et la D116 qui relient respectivement Etampes et Dourdan à la capitale. L'A10, à la frange ouest du territoire, connecte Paris à Orléans. Le réseau ferré est identiquement orienté : le RER C dessert Dourdan et Etampes depuis Paris, de même que les lignes SNCF depuis la gare d'Austerlitz.

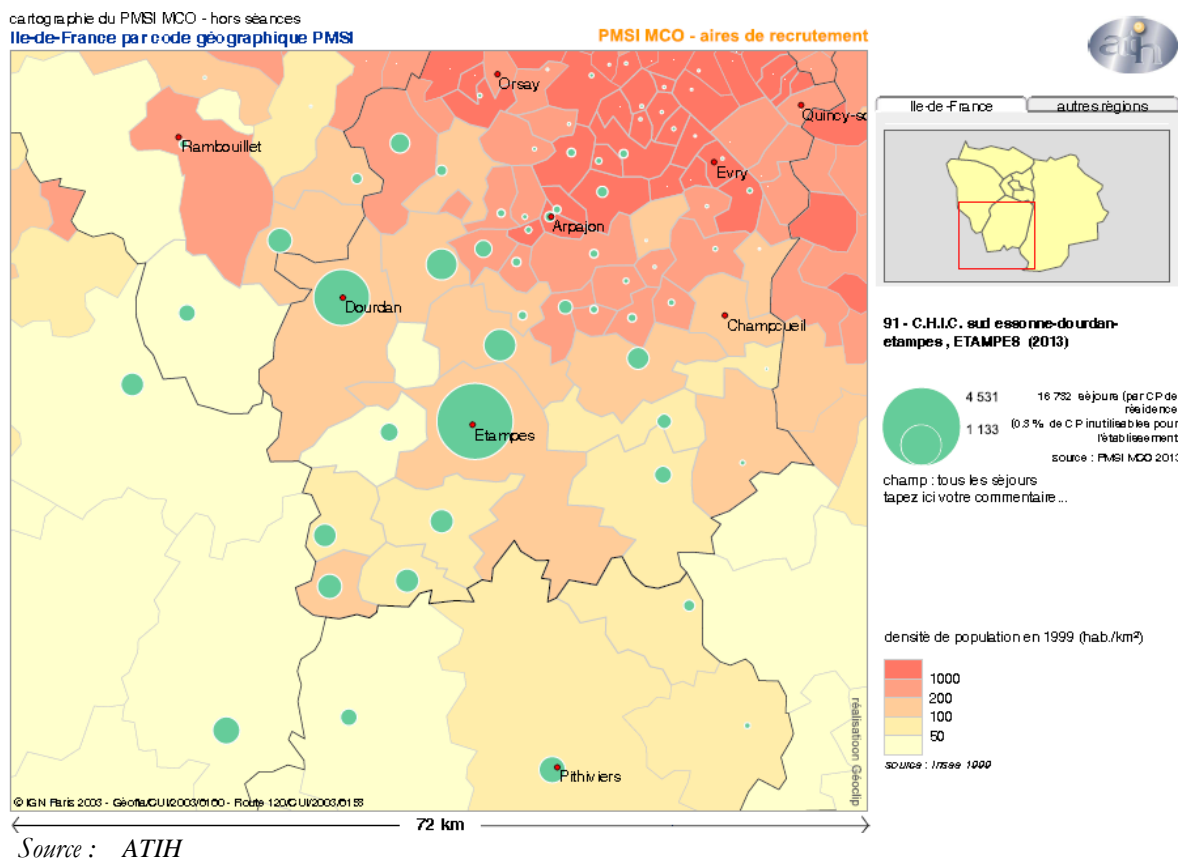
[253] Les villes d'Etampes et de Dourdan, distantes de 20 km, sont reliées par la D836 »⁴⁸.

⁴⁸ Source : ARSIF.

1.2 Origine des patients

[254] Le CHSE, offre sur chacun de ses sites de Dourdan et Etampes, une prise en charge en médecine, chirurgie et obstétrique. Deux zones de recrutement du CHSE s'articulent sur ces deux sites.

Schéma 1 : Origine des séjours MCO hors séances hospitalisés au CHSE en 2013



2. EVOLUTION DE L'ACTIVITE DE COURT SEJOUR

[255] L'activité est globalement décroissante sur la période des neuf dernières années (2006-2014) sur l'un et l'autre site. Elle baisse d'un demi-point par an en moyenne.

Tableau 27 : Evolution de l'activité en nombre de séjours, tous types d'hospitalisation confondus entre 2006 et 2014 pour les deux sites

Période	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux d'évolution 2006-2014	Taux de croissance annuel moyen
Dourdan	7922	8049	7726	8088	8465	8163	7738	7606	7582	-4,3 %	-0,50 %
Etampes	10342	9980	10264	10523	10267	10584	11099	10711	9983	-3,5 %	-0,40 %
Total⁴⁹	18264	18029	17990	18611	18732	18709	18769	18230	17476	-4,3 %	-0,50 %

Source : CHSE/DIM ; traitement IGAS

⁴⁹ Après la fusion, pour les années 2011 et suivantes, la consolidation des séjours d'hospitalisation complète n'est pas égale à la somme des séjours des deux sites, certains séjours étant comptabilisés comme des séjours communs, ce qui n'était pas le cas avant la fusion.

[256] Cette évolution a été variable selon les périodes pour les deux sites : en croissance avant la fusion pour Dourdan et en décroissance depuis ; en croissance les deux premières années de la fusion pour Etampes et en décroissance depuis. On note le fort décrochage sur ce site en 2014 lié en partie à la baisse en obstétrique (cf. Annexe 5).

Tableau 28 : Taux d'évolution annuelle de l'activité tous types d'hospitalisation confondus entre 2006 et 2014 pour les deux sites

Evolution annuelle	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux d'évolution 2006-2014	Taux de croissance annuel moyen
Dourdan	1,6 %	-4,0 %	4,7 %	4,7 %	-3,6 %	-5,2 %	-1,7 %	-0,3 %	-4,3 %	-0,50 %
Etampes	-3,5 %	2,8 %	2,5 %	-2,4 %	3,1 %	4,9 %	-3,5 %	-6,8 %	-3,5 %	-0,40 %
CHSE	-1,3 %	-0,2 %	3,5 %	0,7 %	-0,1 %	0,3 %	-2,9 %	-4,1 %	-4,3 %	-0,50 %

Source : CHSE/DIM ; traitement IGAS

2.1 Zone d'attractivité du CHSE

[257] La zone d'activité du CHSE déborde largement le Sud-Essonne. En 2013, vingt deux communes contribuent à 80 % de l'activité globale du CHSE en médecine chirurgie et obstétrique et constituent ainsi sa zone d'attractivité. **La population totale de ces communes représente 160 056 habitants.** Elle représente plus du double de la population de la seule zone du Territoire Sud Essonne définie par l'ARSIF *supra*.

Tableau 29 : Population appartenant à la zone d'attractivité du CHSE

Région	Département	Nombre de Communes	Total Population	Proportion population
Centre	28	2	26 157	16,3 %
	45	1	6 450	4,0 %
Total Centre		3	32 607	20,4 %
Ile de France	78	3	18 966	11,8 %
	91	16	108 483	67,8 %
Total Ile de France		19	127 449	79,6 %
Total général		22	160 056	100,0 %

CHSE/DIM, Zone d'attractivité 80 % méthodologie ATIH, traitement IGAS

Encadré. Calcul de la Zone d'attractivité.

On classe les zones géographiques (un code postal ou un regroupement de codes postaux) par taux de pénétration décroissant (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants) de l'établissement concerné. On sélectionne les zones qui ont les plus forts taux de sorte que le recrutement sur ces entités géographiques représente 80 % du recrutement total de l'établissement (ou 80 % du recrutement sur des codes géographiques connus dans le cas où l'établissement possède beaucoup de codes erronés ou étrangers). Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations à l'exclusion des séances. La zone ainsi déterminée représente la zone d'attractivité de l'établissement et c'est sur cette zone que sont calculées les parts de marché.

Source : ATIH. Fiches Indicateurs Hospidiag.

Tableau 30 : Communes⁵⁰ définissant la zone d'attractivité MCO 80 % du CHSE en 2013

Code postal	Commune	Effectif séjours	Proportion du total des séjours	Séjours pour 1000 habitants	Population	% Séjours cumulés
91 740	PUSSAY	375	2,23 %	151,82	2 470	2,23 %
91 150	ETAMPES	4 532	27,00 %	147,92	30 638	29,24 %
91 410	DOURDAN	2 448	14,59 %	147,57	16 589	43,82 %
91 670	ANGERVILLE	475	2,83 %	140,04	3 392	46,65 %
91 660	MEREVILLE	441	2,63 %	129,94	3 394	49,28 %
91 690	SACLAS	433	2,58 %	111,14	3 896	51,86 %
91 780	CHALO ST MARS	208	1,24 %	102,31	2 033	53,10 %
91 930	MONNERVILLE	36	0,21 %	90	400	53,32 %
91 580	ETRECHY	813	4,84 %	88,12	9 226	58,16 %
91 530	ST CHERON	772	4,60 %	81,16	9 512	62,76 %
91 880	BOUVILLE	42	0,25 %	66,25	634	63,01 %
28 310	JANVILLE	589	3,51 %	62,54	9 418	66,52 %
78 730	ST ARNOULT EN YVELINES	462	2,75 %	51,96	8 891	69,27 %
91 720	MAISSE	232	1,38 %	41,20	5 631	70,65 %
91 730	CHAMARANDE	62	0,37 %	37,67	1 646	71,02 %
78 660	ABLIS	226	1,35 %	36,79	6 143	72,37 %
45 480	OUTARVILLE	224	1,33 %	34,73	6 450	73,71 %
91 820	BOUTIGNY SUR ESSONNE	126	0,75 %	31,45	4 006	74,46 %
91 590	LA FERTE ALAIS	379	2,26 %	28,96	13 088	76,71 %
91 850	BOURAY SUR JUINE	50	0,30 %	25,93	1 928	77,01 %
28 700	AUNEAU	417	2,48 %	24,91	16 739	79,50 %
78 830	BONNELLES	91	0,54 %	23,14	3 932	80,04 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances

[258] Trois communes de la zone d'attractivité du CHSE sont localisées dans les Yvelines (78) à Saint-Arnoult, Ablis et Bonnelles. Mais le recrutement du CHSE déborde l'île de France et concerne également trois communes du nord de la région Centre : Janville et Auneau en Eure et Loir (28) et Outarville dans le Loiret (45). Les six communes hors Essonne totalisent 51 573 habitants, soit 32 % de la population de la zone d'attractivité.

⁵⁰ Il s'agit des communes regroupées autour du code postal d'une commune principale. Ex : regroupement d'Etampes (23 000 habitants) code 91500 et des communes voisines (total 30 638 habitants)

2.2 Zone d'attractivité de chaque site du CHSE

[259] Une activité MCO est développée par chacun des deux sites du CHSE. Il est possible de définir la zone d'attractivité pour chacun des sites, considéré séparément : quatorze communes contribuent à 80 % de l'activité MCO du site de Dourdan et dix-sept à celle du site d'Etampes. Les développements suivants détaillent la composition et la taille des ces deux zones d'attractivité.

2.2.1.1. Zone d'attractivité MCO du site de Dourdan en 2013

[260] La zone d'attractivité de Dourdan repose sur 14 communes représentant 129 341 habitants. Deux communes de cette zone sont situées hors Essonne : Ablis (78) et Auneau (28) en région Centre, soit 18 % de la zone (22 882 habitants).

Tableau 31 : Population appartenant à la zone d'attractivité du site de Dourdan en 2013

Région	Département	Nombre communes	Total population	% Population
Centre	28	1	16 739	12,9 %
Ile de France	78	1	6 143	4,7 %
	91	12	106 459	82,3 %
Total Ile de France		13	112 602	87,1 %
Total général		14	129 341	100,0 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80% des séjours hors séances, traitement IGAS

Tableau 32 : Communes définissant la zone d'attractivité de Dourdan en 2013

Code postal	Commune	Effectif séjours	Proportion total des séjours	Séjours pour 1000 habitants	Population	% Séjours cumulés
91 410	DOURDAN	2 290	31,62 %	138,04	16 589	31,62 %
91 530	ST CHERON	725	10,01 %	76,22	9 512	41,63 %
78 730	ST ARNOULT EN YVELINES	455	6,28 %	51,18	8 891	47,91 %
91 670	ANGERVILLE	159	2,20 %	46,88	3 392	50,10 %
91 740	PUSSAY	112	1,55 %	45,34	2 470	51,65 %
78 660	ABLIS	219	3,02 %	35,65	6 143	54,67 %
91 780	CHALO ST MARS	70	0,97 %	34,43	2 033	55,64 %
91 150	ETAMPES	773	10,67 %	25,23	30 638	66,31 %
78 830	BONNELLES	89	1,23 %	22,63	3 932	67,54 %
91 660	MEREVILLE	76	1,05 %	22,39	3 394	68,59 %
28 700	AUNEAU	364	5,03 %	21,75	16 739	73,62 %
91 470	LIMOURS	289	3,99 %	19,39	14 905	77,61 %
91 910	ST SULPICE DE FAVIERES	6	0,08 %	18,46	325	77,69 %
91 650	BREUILLET	177	2,44 %	17,06	10 378	80,13 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances

2.2.1.2. Zone d'attractivité du site d'Etampes

[261] La zone d'attractivité d'Etampes est constituée de 17 communes pour un total de 123 751 habitants. Trois communes de cette zone sont situées en région Centre : Janville (28), Outarville et Pithiviers (45) et représentent 33 % de la zone (41 369 habitants).

Tableau 33 : Population appartenant à la zone d'attractivité du site d'Etampes en 2013

Région	Département	Nombre communes	Total population	% Population
Centre	28	1	9 418	7,6 %
	45	2	31 951	25,8 %
Total Centre		3	41 369	33,4 %
Ile de France	91	14	82 382	66,6 %
Total général		17	123 751	100,0 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances, traitement IGAS

Tableau 34 : Communes définissant la zone d'attractivité du site d'Etampes en 2013

Code postal	Commune	Effectif séjours	Proportion total des séjours	Séjours pour 1000 habitants	Population	% Séjours cumulés
91 150	ETAMPES	3 777	39,23 %	123,28	30 638	39,23 %
91 660	MEREVILLE	371	3,85 %	109,31	3 394	43,09 %
91 740	PUSSAY	266	2,76 %	107,69	2 470	45,85 %
91 690	SACLAS	371	3,85 %	95,23	3 896	49,70 %
91 670	ANGERVILLE	318	3,30 %	93,75	3 392	53,01 %
91 930	MONNERVILLE	34	0,35 %	85	400	53,36 %
91 580	ETRECHY	695	7,22 %	75,33	9 226	60,58 %
91 780	CHALO ST MARS	139	1,44 %	68,37	2 033	62,02 %
91 880	BOUVILLE	39	0,41 %	61,51	634	62,43 %
28 310	JANVILLE	441	4,58 %	46,83	9 418	67,01 %
91 720	MAISSE	224	2,33 %	39,78	5 631	69,34 %
91 730	CHAMARANDE	55	0,57 %	33,41	1 646	69,91 %
91 820	BOUTIGNY SUR ESSONNE	120	1,25 %	29,96	4 006	71,15 %
45 480	OUTARVILLE	185	1,92 %	28,68	6 450	73,08 %
91 590	LA FERTE ALAIS	349	3,63 %	26,67	13 088	76,70 %
91 850	BOURAY SUR JUINE	42	0,44 %	21,78	1 928	77,14 %
45 300	PITHIVIERS	495	5,14 %	19,41	25 501	82,28 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances

2.2.1.3. Recouplement des zones d'attractivité des deux sites MCO du CHSE

[262] On a vu que vingt-deux communes composent la zone d'attractivité du CHSE. Cinq de ces communes appartiennent à la zone d'attractivité du site de Dourdan et à celle du site d'Etampes. Elles figurent en vert dans le tableau ci-dessous qui détaille pour les autres communes le bassin de rattachement principal Dourdan (en bleu) ou Etampes (en jaune). Le tableau précise enfin la contribution de la commune au nombre de séjours MCO du CHSE ainsi que la part de chaque site dans la prise en charge des séjours⁵¹.

Tableau 35 : Communes de la zone d'attractivité du CHSE selon l'appartenance au bassin principal d'attractivité, en 2013.

Code postal	Commune	Nombre de séjours	% sur total des séjours	Séjours pour 1000 hab	Population	Bassin de rattachement principal	Part Dourdan	Part Etampes
91 150	ETAMPES	4 532	27,00 %	147,92	30 638	Partagé	17 %	83 %
91 410	DOURDAN	2 448	14,59 %	147,57	16 589	Dourdan	93 %	7 %
91 580	ETRECHY	813	4,84 %	88,12	9 226	Etampes	15 %	85 %
91 530	ST CHERON	772	4,60 %	81,16	9 512	Dourdan	94 %	6 %
28 310	JANVILLE	589	3,51 %	62,54	9 418	Etampes	26 %	74 %
91 670	ANGERVILLE	475	2,83 %	140,04	3 392	Partagé	33 %	67 %
78 730	ST ARNOULT EN YVELINES	462	2,75 %	51,96	8 891	Dourdan	98 %	2 %
91 660	MEREVILLE	441	2,63 %	129,94	3 394	Partagé	17 %	83 %
91 690	SACLAS	433	2,58 %	111,14	3 896	Etampes	15 %	85 %
28 700	AUNEAU	417	2,48 %	24,91	16 739	Dourdan	87 %	13 %
91 590	LA FERTE ALAIS	379	2,26 %	28,96	13 088	Etampes	9 %	91 %
91 740	PUSSAY	375	2,23 %	151,82	2 470	Partagé	30 %	70 %
91 720	MAISSE	232	1,38 %	41,20	5 631	Etampes	3 %	97 %
78 660	ABLIS	226	1,35 %	36,79	6 143	Dourdan	96 %	4 %
45 480	OUTARVILLE	224	1,33 %	34,73	6 450	Etampes	18 %	82 %
91 780	CHALO ST MARS	208	1,24 %	102,31	2 033	Partagé	33 %	67 %
91 820	BOUTIGNY SUR ESSONNE	126	0,75 %	31,45	4 006	Etampes	5 %	95 %
78 830	BONNELLES	91	0,54 %	23,14	3 932	Dourdan	96 %	4 %
91 730	CHAMARANDE	62	0,37 %	37,67	1 646	Etampes	11 %	89 %
91 850	BOURAY SUR JUINE	50	0,30 %	25,93	1 928	Etampes	16 %	84 %
91 880	BOUVILLE	42	0,25 %	66,25	634	Etampes	7 %	93 %
91 930	MONNERVILLE	36	0,21 %	90	400	Etampes	6 %	94 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances, traitement IGAS

[263] Les cinq communes de la zone d'attractivité du CHSE qui appartiennent aux deux bassins d'attractivité sont toutes situées en Essonne. Elles regroupent 26 % de la population de cette zone (41 927 habitants) et contribuent à 44,9 % des séjours MCO (6 031 séjours)

⁵¹ La part des séjours est calculée sans tenir compte ici des doubles comptes, un même séjour pouvant être enregistré sur Dourdan et sur Etampes en cas de transfert intra-hospitalier. Cette approximation ne modifie pas les ordres de grandeurs.

Tableau 36 : Population et Nombre de séjours issus de la zone d'attractivité du CHSE selon le rattachement à un bassin principal

Bassin principal	Total population	% Population	Total séjours du bassin	% séjours
Dourdan	61 806	38,6 %	4 416	32,9 %
Etampes	56 323	35,2 %	2 986	22,2 %
Partagé	41 927	26,2 %	6 031	44,9 %
Total général	160 056	100,0 %	13 433	100,0 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances, traitement IGAS

[264] Les audits de 2009 et 2012 font état de deux bassins de population complémentaires desservis par les deux sites hospitaliers MCO et une zone de recoupement limitée : « Le bassin de recrutement commun des deux sites est limité principalement à Angerville et Pussay (5500 habitants) soit environ 5 % de la population pour chaque site. Il faut noter que le bassin d'Etampes ne fait pas partie du territoire du CH de Dourdan sauf pour l'activité de pédiatrie »⁵².

[265] Les analyses ci-dessous conduisent à compléter et nuancer ce constat.

Tableau 37 : Communes de la zone d'attractivité partagée du CHSE en 2013

Code postal	Commune	Nombre de séjours	% sur total des séjours	Séjours pour 1000 hab	Population	Bassin principal	Part Dourdan	Part Etampes
91 150	ETAMPES	4 532	27,00 %	147,92	30 638	Partagé	17 %	83 %
91 660	MEREVILLE	441	2,63 %	129,94	3 394	Partagé	17 %	83 %
91 740	PUSSAY	375	2,23 %	151,82	2 470	Partagé	30 %	70 %
91 670	ANGERVILLE	475	2,83 %	140,04	3 392	Partagé	33 %	67 %
91 780	CHALO ST MARS	208	1,24 %	102,31	2 033	Partagé	33 %	67 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances, traitement IGAS

[266] Les deux sites sont en situation de concurrence (70-30) au profit d'Etampes pour trois des cinq communes partagées : Pussay, Angerville et Chalo Saint Mars. Les deux dernières communes Etampes et Méréville appartiennent aussi à la zone de concurrence, et celle-ci est clairement en faveur du site d'Etampes (83-17).

[267] On peut considérer que la « zone de concurrence » s'exerce principalement pour un quart de la population de la zone d'attractivité. Elle se concentre principalement sur trois communes : Pussay, Angerville et Chalo Saint Mars qui totalisent 5 % de la population de la zone d'attractivité du CHSE.

[268] Deux autres communes participent dans une proportion moindre à cette zone de concurrence : Etampes et Méréville soit 21 % de la population. Dans ces cinq cas, la concurrence se fait au profit du site d'Etampes.

[269] Une part de cette concurrence n'en est toutefois pas véritablement une ; ainsi s'agissant des séjours de pédiatrie, seul le site de Dourdan propose cette offre sur la zone du CHSE, comme le relève justement l'audit de 2012. A l'inverse, seul le site d'Etampes offre une hospitalisation en néonatalogie ou en réanimation.

⁵² Rapport final de la mission d'appui à l'ARS sur la situation du Centre Hospitalier Sud Essonne 2 mai 2012

[270] On relève enfin que les séjours MCO pris en charge par le CSHE issus de la seule commune de Dourdan se concentrent sur le site de Dourdan à 93 %. Dourdan, seconde commune la plus importante de la zone d'attractivité du CHSE, d'Etampes, n'appartient pas à la zone d'attractivité partagée du CHSE.

[271] Cette analyse portant sur l'attractivité du site de Dourdan sur ses communes environnantes et d'une manière générale celle des deux sites du CHSE sur la zone d'attractivité MCO, doit être nuancée. Les données ci-dessus ne portent que sur l'activité prise en charge par le CHSE. Tout autre est l'analyse portant sur l'ensemble du marché, i.e. sur l'ensemble des séjours MCO issus de la zone d'attractivité du CHSE, quels que soient les établissements les ayant pris en charge. C'est l'objet du développement suivant sur les parts de marché du CHSE.

3. PARTS DE MARCHÉ

3.1 Parts de marché MCO du CHSE en 2012-2013

[272] Vingt-deux communes constituent la zone d'attractivité MCO du CHSE, retenues car elles concentrent 80 % de l'ensemble des séjours (hors séances) en 2013. Mais les séjours de ces communes se distribuent aussi sur d'autres établissements de santé. Le tableau suivant détaille les parts de marché des établissements de santé en concurrence avec le CHSE sur sa zone d'attractivité.

Tableau 38 : Parts de marchés des principaux établissements de santé en concurrence sur la zone d'attractivité MCO du CHSE en 2012 et 2013.

Etablissements	PDM 2013 (séjours)	PDM 2013 %	PDM 2013 cumulées %	PDM 2012 (séjours)	Evolution PDM 2012- 2013
91150 – CH SUD ESSONNE- DOURDAN-ETAMPES	13 496	35,00 %	35,00 %	13 537	0,00 %
91290 - CLINIQUE LES CHARMILLES	4 140	10,74 %	45,74 %	4 473	-7,00 %
75004 - ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	4 013	10,41 %	56,15 %	3 915	3,00 %
78120 - CH RAMBOUILLET	2 511	6,51 %	62,66 %	2 427	3,00 %
91000 - CH SUD-FRANCILIEN	1 913	4,96 %	67,62 %	1 554	23,00 %
91290 - CH ARPAJON	1 085	2,81 %	70,44 %	1 113	-3,00 %
92160 - HOP PRIVE D'ANTONY	967	2,51 %	72,95 %	794	22,00 %
91160 - CLINIQUE DE L'YVETTE	892	2,31 %	75,26 %	750	19,00 %
91640 - CTRE MEDICO CHIRURGICAL DE BLIGNY	779	2,02 %	77,28 %	751	4,00 %
91300 - INSTITUT HOSPITALIER JACQUES CARTIER	755	1,96 %	79,24 %	842	-10,00 %
91000 - CMCO EVRY	618	1,60 %	80,84 %	654	-6,00 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances

[273] **Le CHSE est le principal établissement de référence pour cette zone avec 35 % des parts de marché.** Ces parts sont stables entre 2012 et 2013. Le site de Dourdan contribue à 14,99 % des parts et celui d'Etampes à 20,04 % en 2013.

[274] Quatre établissements concentrent 5 % ou plus des parts de marché en 2013 : la clinique des charmilles (10,7 %), les établissements de l'APHP (10,4 %), le centre hospitalier de Rambouillet (6,5 %) et le centre hospitalier Sud Francilien (4,9 %). Les parts de marché de ce dernier entre 2012 et 2013 ont une croissance remarquable (+23 %) dans un marché en baisse (- 1 %) entre 2012 et 2013.

3.2 Parts de marché MCO des sites du CHSE en 2012-2013

[275] On a vu dans les deux tableaux précédents que quatorze communes contribuent à 80 % de l'activité MCO du site de Dourdan et dix-sept à celle du site d'Etampes. Les développements suivants détaillent les parts de marché MCO des établissements dans les communes de chaque zone d'attractivité propre des sites de Dourdan et Etampes.

Tableau 39 : Parts de marché des séjours MCO pour les établissements ayant accueilli des patients des quatorze communes de la zone d'attractivité du site de Dourdan

Etablissements	PDM 2013 (séjours)	PDM 2013 %	PDM 2013 cumulées %	PDM 2012 (séjours)	Evolution PDM 2012-2013
91150 - CHI SUD ESSONNE-DOURDAN-ETAMPES	11 141	33,39 %	33,39 %	11 178	0,00 %
75004 - ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	3 565	10,69 %	44,08 %	3 438	4,00 %
91290 - CLINIQUE LES CHARMILLES⁵³	3 253	9,75 %	53,83 %	3 543	-8,00 %
78120 - CH RAMBOUILLET	2 584	7,75 %	61,58 %	2 500	3,00 %
91290 - CH ARPAJON	1 317	3,95 %	65,52 %	1 353	-3,00 %
91300 - INSTITUT HOSPITALIER JACQUES CARTIER	1 119	3,35 %	68,88 %	1 229	-9,00 %
91640 - CTRE MEDICO CHIRURGICAL DE BLIGNY	1 098	3,29 %	72,17 %	1 126	-2,00 %
92160 - HOP PRIVE D'ANTONY	999	2,99 %	75,16 %	879	14,00 %
91400 - CH ORSAY	857	2,57 %	77,73 %	834	3,00 %
91160 - CLINIQUE DE L'YVETTE	798	2,39 %	80,12 %	651	23,00 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances

[276] **Le CHSE est le principal établissement de référence pour cette zone avec 33,3 % des parts de marché.** Ces parts sont stables entre 2012 et 2013. Le site de Dourdan contribue à 17,4 % des parts et celui d'Etampes à 15,72 % en 2013.

[277] Trois établissements concentrent 5 % ou plus des parts de marché en 2013 : les établissements de l'APHP (10,7 %), la clinique des charmilles (9,7 %) et le centre hospitalier de Rambouillet (7,7 %). Les parts de marché des établissements de l'APHP entre 2012 et 2013 ont une croissance remarquable (+4 %) dans un marché globalement étal sur cette zone (- 0,2 %).

53 Cette clinique s'appelle en 2015 l'Hôpital Privé de Paris Essonne Les Charmilles

Tableau 40 : Parts de marché des séjours MCO pour les établissements ayant accueilli des patients des dix-sept communes de la zone d'activité 80 % du site d'Etampes

Etablissements	PDM 2013 (séjours)	PDM 2013 %	PDM 2013 cumulées %	PDM 2012 (séjours)	Evolution PDM 2012-2013
91150 - CHI SUD ESSONNE-DOURDAN-ETAMPES	9 622	36,84 %	36,84 %	9 619	0,00 %
91290 - CLINIQUE LES CHARMILLES	3 423	13,10 %	49,94 %	3 791	-10,00 %
75004 - ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	2 808	10,75 %	60,69 %	2 799	0,00 %
91000 - CH SUD-FRANCILIEN	1 820	6,97 %	67,66 %	1 493	22,00 %
91290 - CH ARPAJON	873	3,34 %	71,00 %	918	-5,00 %
92160 - HOP PRIVE D'ANTONY	664	2,54 %	73,54 %	543	22,00 %
91160 - CLINIQUE DE L'YVETTE	622	2,38 %	75,92 %	522	19,00 %
91000 - CMCO EVRY	594	2,27 %	78,20 %	635	-6,00 %
91300 - INSTITUT HOSPITALIER JACQUES CARTIER	449	1,72 %	79,92 %	468	-4,00 %
91000 - CLINIQUE DE L'ESSONNE	403	1,54 %	81,46 %	489	-18,00 %

Source : CHSE/DIM Zone d'attractivité MCO 80 % des séjours hors séances

[278] **Le CHSE est le principal établissement de référence pour cette zone avec 36,8 % des parts de marché.** Ces parts sont stables entre 2012 et 2013. Le site de Dourdan contribue à 6,46 % des parts et celui d'Etampes à 30,32 % en 2013.

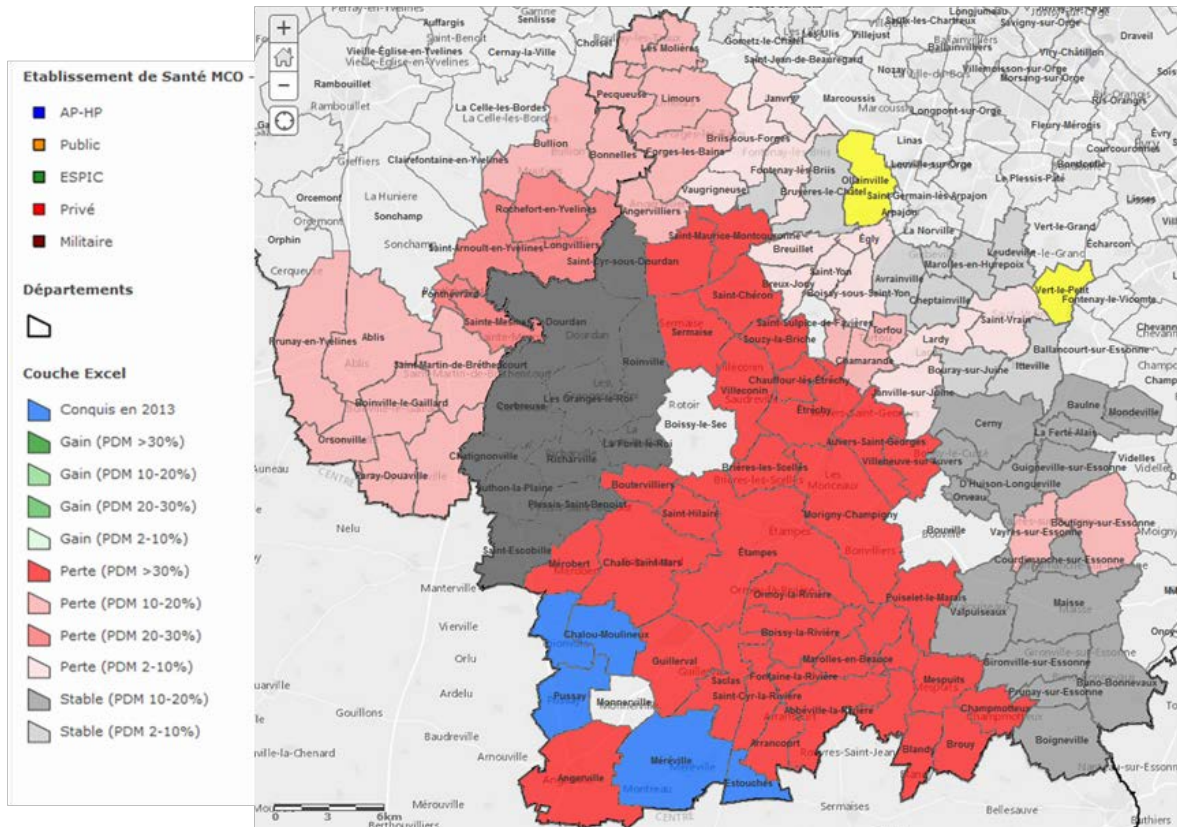
[279] Quatre établissements concentrent 5 % ou plus des parts de marché en 2013 : la clinique des charmilles (13,1 %), les établissements de l'APHP (10,7 %) et le centre hospitalier Sud Francilien (6,9 %). Les parts de marché de ce dernier entre 2012 et 2013 ont une croissance remarquable (+22 %) dans un marché stable ainsi que celles de l'hôpital privé d'Antony (+22 %), de la clinique d'Antony (+22 %) et de la clinique de l'Yvette (+19 %). Des acteurs dynamiques émergent sur ce marché.

[280] Sur une période plus longue, cette dynamique se confirme et le CHSE, bien qu'acteur de référence de sa zone d'attractivité, perd des parts de marché, notamment sur l'Etampois.

3.3 Evolution des parts de marché MCO du CHSE entre 2009 et 2013

[281] L'évolution de l'activité hospitalière du CHSE, en médecine-chirurgie-obstétrique (hors nouveaux nés, séjours en erreur et séances), établie par l'ARSIF sur les communes de la région Ile de France, s'inscrit dans un marché en croissance globale modérée sur la zone de recrutement du CHSE (+ 3 % sur 2009-2013) avec de fortes disparités selon les disciplines : +1 % pour la médecine, +2 % pour la chirurgie et -7 % en obstétrique.

Schéma 2 : Evolution des parts de marché du CHSE sur la période 2009-2013 par commune de sa zone de recrutement d'Ile de France



Source : ARSI/DOSMS/Pôle établissements de santé

[282] L'ARS conclut que « Bien que le CHSE perde des parts de marché sur cette période sur une majorité des communes de sa zone de recrutement, notamment sur le bassin d'Étampes, il demeure un établissement bien ancré sur ce bassin avec des parts de marché supérieures à 30 % ».

4. SYNTHÈSE SUR L'ACTIVITÉ GLOBALE DE COURT SÉJOUR DU CHSE ET SON ÉVOLUTION

- [283] Hormis en 2009, l'activité consolidée de court séjour des deux sites hospitaliers constituant le CHSE a décru chaque année de 2006 à 2014 à raison d'un demi-point par an en moyenne annuelle sur l'un et l'autre site. Alors que l'activité globale de la zone est en croissance modérée sur la période 2010-2013 (+ 3 %), celle du CHSE a baissé sur cette même période (-2,7 %).
- [284] Les quatre cinquièmes de l'activité de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) dite de court séjour du CHSE reposent sur une zone constituée de vingt-deux communes en 2013. Cette aire définit sa **zone d'attractivité MCO et comporte 160 000 habitants**. Dans ce bassin de population :
- Un tiers de la population vit hors Essonne, dans l'Eure et Loir, dans le Loiret et dans les Yvelines ; ces six communes totalisent 51 573 habitants, soit 32 % de la population de la zone d'attractivité ;
 - Les deux communes, siège des sites hospitaliers du CHSE, Etampes et Dourdan, représentent 29,5 % de la population (47 227 habitants).
- [285] Cinq communes, toutes situées dans l'Essonne, appartiennent simultanément aux deux zones d'attractivité de Dourdan et Etampes. Un quart de la population y réside et la moitié des séjours MCO du CHSE sont issus de cette zone partagée en 2013. La concurrence entre les deux sites s'exerce principalement sur trois communes : Pussay, Angerville et Chalo Saint Mars qui totalisent 5 % de la population de la zone d'attractivité du CHSE. Deux autres communes recourent également de façon significative à l'un et l'autre site : Etampes et Méréville soit 21 % de la population. Dans ces cinq cas, la part du site d'Etampes est prédominante dans la prise en charge des séjours issus de ces communes. Une partie de cette concurrence n'en est toutefois pas véritablement une : ainsi s'agissant des séjours de pédiatrie, seul le site de Dourdan propose cette offre sur la zone du CHSE, comme le relève justement l'audit de 2012⁵⁴ ; à l'inverse, seul le site d'Etampes offre une hospitalisation en néonatalogie ou en réanimation.
- [286] La question de la part de concurrence ou de complémentarité de l'activité MCO des deux sites ne doit pas occulter celle concernant la concurrence principale qui s'exerce avec les autres établissements de santé. Cette offre est importante et explique que, bien que le CHSE soit en position géographique centrale sur son bassin d'activité, il ne couvre que 35 % des parts de marché. En effet, après le CHSE qui demeure le premier établissement de référence, les habitants de sa zone d'attractivité ont fait appel à plus de deux cents établissements différents de la région en 2013. Les quatre premiers établissements sont l'Hôpital Privé de Paris Essonne Les Charmilles (10,7 % des parts de marché), les établissements de l'APHP (10,4 %), le centre hospitalier de Rambouillet (6,5 %) et le centre hospitalier Sud Francilien (4,9 %). À côté de ce dernier, dont l'activité est en très forte croissance depuis 2010, année de son regroupement sur Corbeil-Essonnes, des acteurs privés dynamiques émergent sur ce marché, notamment dans la zone d'attractivité d'Etampes.
- [287] Au total, le CHSE est l'établissement de référence pour la population de sa zone d'attractivité avec **35 % des parts de marché MCO réparties pour 20 % sur Etampes et 15 % sur Dourdan**. Mais, dans un contexte de baisse continue de son activité alors que le marché global est en croissance modérée (+3 %) sur sa zone d'attractivité, il a perdu des parts de marché sur la période 2010-2013 sur une majorité des communes de sa zone, notamment Etampes.

⁵⁴ Rapport final de la mission d'appui à l'ARS sur la situation du Centre Hospitalier Sud Essonne 2 mai 2012

ANNEXE 5

ACTIVITE DU CHSE EN OBSTETRIQUE SUR LA PERIODE 2009-2013

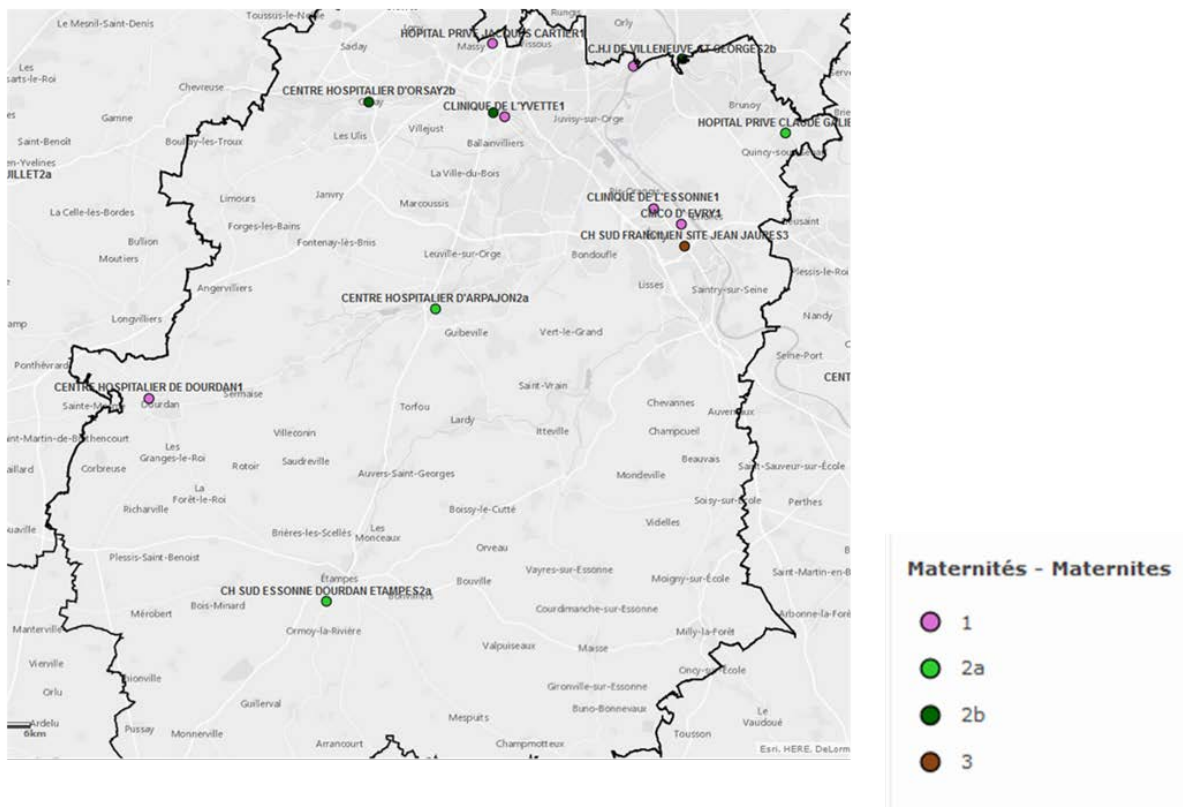
[288] La présente annexe décrit l'offre de soins et l'accessibilité des maternités de l'Essonne, puis l'évolution de l'activité des services de gynécologie-obstétrique du CHSE ainsi que celle de ses parts de marché dans sa zone d'attractivité depuis 2009.

1 OFFRE DE SOINS ET ACCESSIBILITE DES MATERNITES DANS LE SUD ESSONNE

1.1 Cinq maternités de niveau 1 ou 2 sont accessibles dans le Sud Essonne ainsi que dans les deux départements limitrophes

[289] L'offre de service se concentre sur trois maternités dans le Sud Essonne : Etampes (niveau 2a), Dourdan (niveau 1) et Arpajon (niveau 2a). La maternité de référence, de niveau 3, est située à Corbeil Essonne. Hors Essonne, les deux maternités les plus proches sont situées dans les Yvelines (Rambouillet, 23 km à l'ouest de Dourdan) et dans le Loiret (Pithiviers à 32 km au Sud d'Etampes).

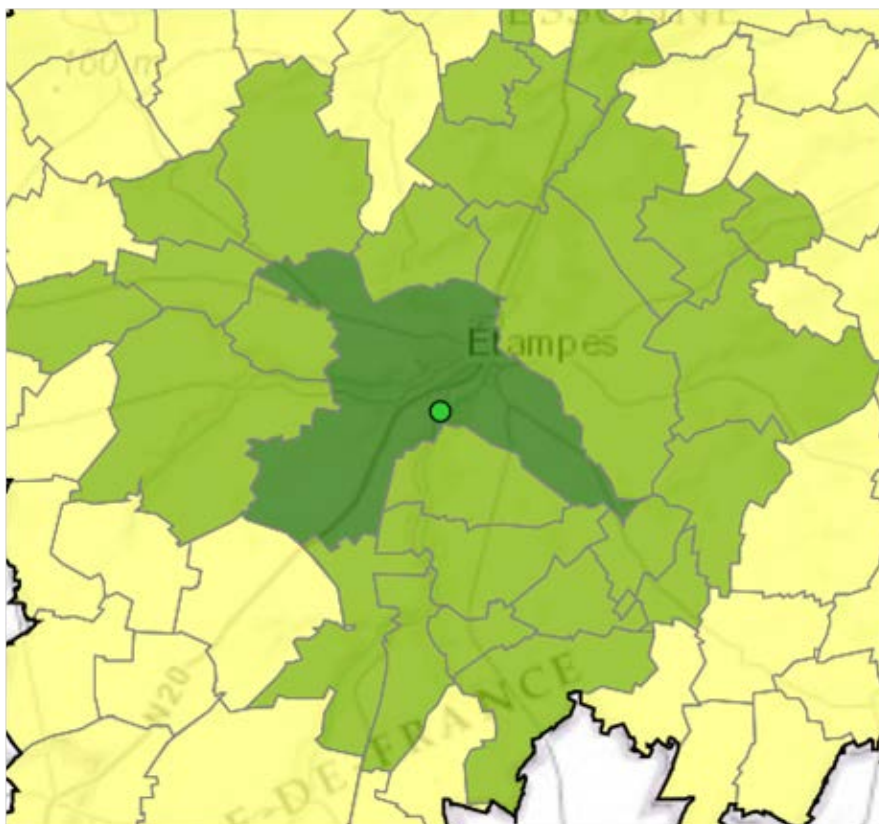
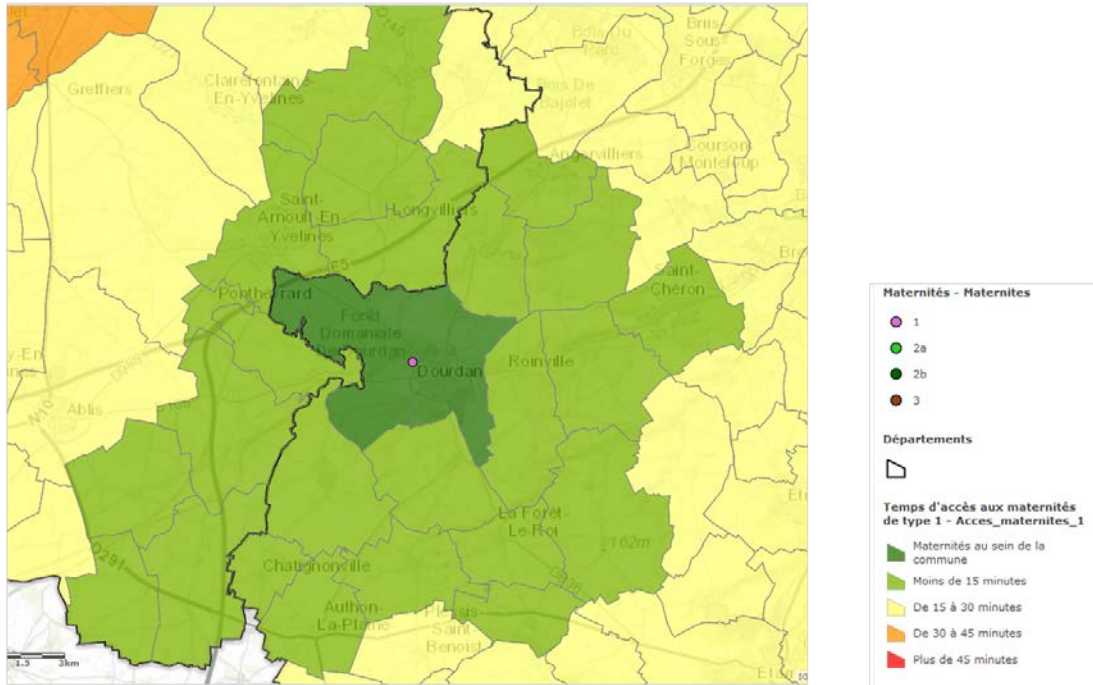
Schéma 3 : Les maternités de L'Essonne



Source : ARSIF

1.2 Toute la population du Sud Essonne est desservie à moins de 30 minutes de Dourdan ou d'Etampes.

Schéma 4 : Communes des zones 10 km autour des maternités de Dourdan et d'Etampes



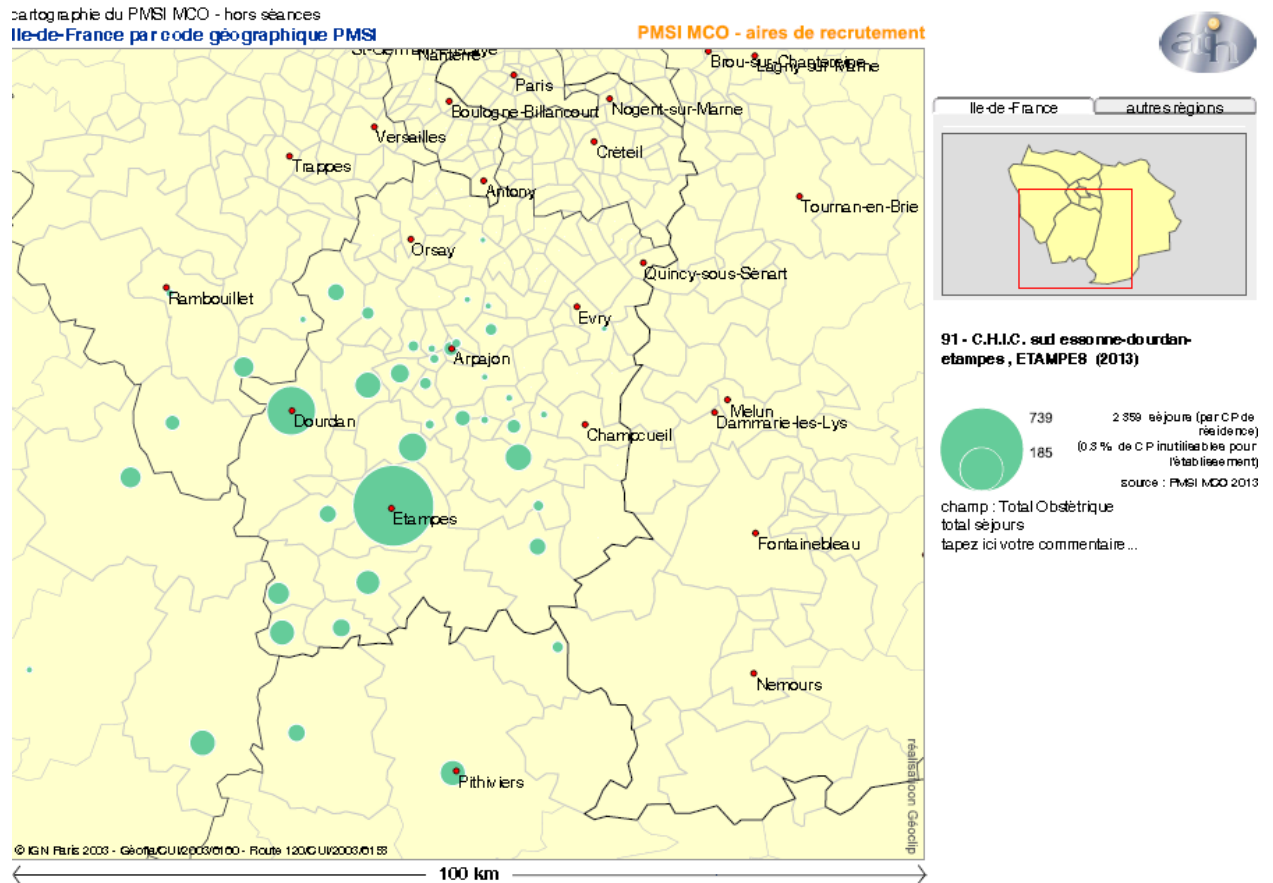
Source : ARSIF

2. ZONES DE RECRUTEMENT ET BASSIN DE NAISSANCE

2.1 Zone de recrutement

[290] Deux zones de recrutement se recoupant en partie existent pour l'activité d'obstétrique ; elles sont centrées comme pour toute l'activité MCO sur les sites de Dourdan et d'Etampes.

Schéma 5 : Origine des séjours en obstétrique hospitalisés au CHSE en 2013



Source : ATIH, Cartographie PMSI 2013, séjours totaux en obstétrique hors séances

[291] A partir des communes ayant généré un séjour⁵⁵ relié à une naissance au CHSE, on peut définir une zone d'attractivité spécifique à la naissance.

[292] Encadré. Calcul de la Zone d'attractivité.

On classe les zones géographiques (un code postal ou un regroupement de codes postaux) par taux de pénétration décroissant (nombre d'hospitalisations pour 1000 habitants) de l'établissement concerné. On sélectionne les zones qui ont les plus forts taux de sorte que le recrutement sur ces entités géographiques représente 80 % du recrutement total de l'établissement (ou 80 % du recrutement sur des codes géographiques connus dans le cas où l'établissement possède beaucoup de codes erronés ou étrangers).

Ces calculs se font sur toutes les hospitalisations à l'exclusion des séances.

La zone ainsi déterminée représente la zone d'attractivité de l'établissement et c'est sur cette zone que sont calculées les parts de marché.

Source : ATIH. Fiches Indicateurs Hospidiag.

2.2 Bassin de naissance des deux maternités du CHSE

[293] Les séjours relatifs aux grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum appartiennent sont rassemblées dans la catégorie majeure de diagnostic n°14. S'agissant de définir un bassin de naissance, les séjours du CHSE ont été sélectionnés sur l'existence dans le résumé de sortie standardisé (RSS) d'un code diagnostic marqueur d'un accouchement (codes DIAGS Z-37). Ce code Z37.-. est le seul compteur fiable et exhaustif d'accouchements et de naissances. Il permet le dénombrement de toutes les naissances (par son quatrième caractère) y compris celles des nouveau-nés transférés depuis la salle de naissance.

[294] En 2013, vingt-deux communes ont contribué à 80 % des séjours de cette zone d'attractivité des naissances du CHSE. Cette zone d'attractivité représente le bassin de naissance du CHSE qui comporte 156 970 habitants. Elle recoupe en grande partie la zone d'attractivité générale MCO du CHSE, tous séjours confondus.

Tableau 41 : Communes définissant le bassin de naissance en 2013

Région	Département	Nombre de Communes	Total Population	Proportion population
Centre	28	1	9 418	6,0 %
	45	1	6 450	4,1 %
Total Centre		2	15 868	10,1 %
Ile de France	78	2	15 034	9,6 %
	91	18	126 068	80,3 %
Total Ile de France		20	141 102	89,9 %
Total général		22	156 970	100,0 %

Source : CHSE/DIM, Zone d'attractivité 80 % séjours en code DIAG Z37-, traitement IGAS

⁵⁵ Résumés de séjours standardisés comportant un diagnostic Z37- marqueur de naissance

Tableau 42 : Communes définissant le bassin de naissance du CHSE en 2013

Code postal	Commune	Effectif séjours	Proportion du total des séjours	Séjours pour 1000 habitants	Population	% Séjours cumulés
91 740	PUSSAY	40	2,70 %	16,19	2 470	2,70 %
91 150	ETAMPES	438	29,57 %	14,30	30 638	32,27 %
91 670	ANGERVILLE	45	3,04 %	13,27	3 392	35,31 %
91 690	SACLAS	40	2,70 %	10,27	3 896	38,01 %
91 410	DOURDAN	166	11,21 %	10,01	16 589	49,22 %
91 660	MEREVILLE	28	1,89 %	8,25	3 394	51,11 %
91 930	MONNERVILLE	3	0,20 %	7,50	400	51,31 %
91 780	CHALO ST MARS	15	1,01 %	7,38	2 033	52,32 %
91 580	ETRECHY	66	4,46 %	7,15	9 226	56,78 %
28 310	JANVILLE	57	3,85 %	6,05	9 418	60,63 %
91 530	ST CHERON	55	3,71 %	5,78	9 512	64,34 %
91 730	CHAMARANDE	8	0,54 %	4,86	1 646	64,88 %
91 890	VIDELLES	3	0,20 %	4,58	655	65,08 %
45 480	OUTARVILLE	29	1,96 %	4,50	6 450	67,04 %
91 590	LA FERTE ALAIS	58	3,92 %	4,43	13 088	70,96 %
91 720	MAISSE	23	1,55 %	4,08	5 631	72,51 %
78 730	ST ARNOULT EN YVELINES	29	1,96 %	3,26	8 891	74,47 %
78 660	ABLIS	20	1,35 %	3,26	6 143	75,82 %
91 850	BOURAY SUR JUINE	6	0,41 %	3,11	1 928	76,23 %
91 510	LARDY	22	1,49 %	2,92	7 523	77,72 %
91 650	BREUILLET	29	1,96 %	2,79	10 378	79,68 %
91 790	BOISSY SOUS ST YON	10	0,68 %	2,73	3 669	80,36 %

Source : CHSE/DIM, Zone d'attractivité 80 % séjours en code DIAG Z37-, traitement IGAS

[295] Deux communes du bassin de naissance du CHSE sont localisées dans les Yvelines (78) à Saint-Arnoult et Ablis. Mais le recrutement du CHSE déborde l'île de France et concerne également deux communes du nord de la région Centre : Janville en Eure et Loir (28) et Outarville dans le Loiret (45). Les quatre communes hors Essonne totalisent 30 902 habitants, soit 19,7 % de la population de la zone d'attractivité.

2.3 Bassin de naissance de la maternité de Dourdan

[296] En 2013, seize communes ont contribué à 80 % des séjours de la zone d'attractivité centrée sur Dourdan. Cette zone d'attractivité représente le bassin de naissance de la maternité de Dourdan qui comporte 116 978 habitants.

Tableau 43 : Communes définissant le bassin de naissance de la maternité de Dourdan en 2013

Code postal	Commune	Effectif séjours	Proportion du total des séjours	Séjours pour 1000 habitants	Population	% Séjours cumulés
91 410	DOURDAN	146	31,60 %	8,80	16 589	31,60 %
91 530	ST CHERON	46	9,96 %	4,84	9 512	41,56 %
91 670	ANGERVILLE	13	2,81 %	3,83	3 392	44,37 %
91 740	PUSSAY	9	1,95 %	3,64	2 470	46,32 %
78 730	ST ARNOULT EN YVELINES	29	6,28 %	3,26	8 891	52,60 %
78 660	ABLIS	19	4,11 %	3,09	6 143	56,71 %
91 780	CHALO ST MARS	5	1,08 %	2,46	2 033	57,79 %
91 580	ETRECHY	17	3,68 %	1,84	9 226	61,47 %
28 700	AUNEAU	29	6,28 %	1,73	16 739	67,75 %
91 640	BRIIS SOUS FORGES	12	2,60 %	1,72	6 982	70,35 %
91 680	BRUYERES LE CHATEL	6	1,30 %	1,62	3 698	71,65 %
91 650	BREUILLET	16	3,46 %	1,54	10 378	75,11 %
91 690	SACLAS	5	1,08 %	1,28	3 896	76,19 %
91 790	BOISSY SOUS ST YON	4	0,87 %	1,09	3 669	77,06 %
28 310	JANVILLE	10	2,16 %	1,06	9 418	79,22 %
78 830	BONNELLES	4	0,87 %	1,02	3 932	80,09 %

Source : CHSE/DIM, Zone d'attractivité 80 % séjours en code DIAG Z37-, traitement IGAS

[297] Les taux de séjours pour 1000 habitants sont compris entre 8.8 pour le plus élevé (Dourdan) à 1,02 pour 1000 (Bonnelles). L'attractivité n'est significative que pour la commune de Dourdan, sur les seize communes qui composent son bassin, à adresser plus de 5 séjours pour 1000 habitants sur ce site.

2.4 Bassin de naissance de la maternité d'Etampes

[298] En 2013, dix-neuf communes ont contribué à 80 % des séjours de la zone d'attractivité centrée sur Etampes. Cette zone d'attractivité représente le bassin de naissance de la maternité d'Etampes qui comporte 136 519 habitants.

Tableau 44 : Communes définissant le bassin de naissance de la maternité d'Etampes en 2013

Code postal	Commune	Effectif séjours	Proportion du total des séjours	Séjours pour 1000 habitants	Population	% Séjours cumulés
91 150	ETAMPES	415	40,65 %	13,55	30 638	40,65 %
91 740	PUSSAY	31	3,04 %	12,55	2 470	43,69 %
91 670	ANGERVILLE	32	3,13 %	9,43	3 392	46,82 %
91 690	SACLAS	35	3,43 %	8,98	3 896	50,25 %
91 930	MONNERVILLE	3	0,29 %	7,50	400	50,54 %
91 660	MEREVILLE	25	2,45 %	7,37	3 394	52,99 %
91 580	ETRECHY	49	4,80 %	5,31	9 226	57,79 %
28 310	JANVILLE	47	4,60 %	4,99	9 418	62,39 %
91 780	CHALO ST MARS	10	0,98 %	4,92	2 033	63,37 %
91 890	VIDELLES	3	0,29 %	4,58	655	63,66 %
91 590	LA FERTE ALAIS	57	5,58 %	4,36	13 088	69,24 %
45 480	OUTARVILLE	28	2,74 %	4,34	6 450	71,98 %
91 730	CHAMARANDE	7	0,69 %	4,25	1 646	72,67 %
91 720	MAISSE	23	2,25 %	4,08	5 631	74,92 %
91 850	BOURAY SUR JUINE	6	0,59 %	3,11	1 928	75,51 %
91 510	LARDY	21	2,06 %	2,79	7 523	77,57 %
91 760	ITTEVILLE	14	1,37 %	2,17	6 440	78,94 %
91 770	ST VRAIN	6	0,59 %	2,15	2 790	79,53 %
45 300	PITHIVIERS	48	4,70 %	1,88	25 501	84,23 %

Source : CHSE/DIM, Zone d'attractivité 80 % séjours en code DIAG Z37-,

[299] Les taux de séjours pour 1000 habitants sont compris entre 13.5 pour le plus élevé (Etampes) à 1,88 pour 1000 (Pithiviers). L'attractivité actuelle de la maternité d'Etampes est faible sur cette dernière commune. A l'inverse, l'attractivité est significative pour Etampes, Pussay, Angerville, Saclas, Monnerville et Etrechy, soit les cinq des dix-neuf communes du bassin qui adressent plus de 5 séjours pour 1000 habitants.

2.5 Recoupement des bassins de naissance des deux maternités

[300] Quatre communes toutes situées en Essonne, appartiennent aux deux bassins de naissance : Angerville, Pussay, Chalo St Mars et Etrechy. Elles représentent 17 121 habitants, soit 11 % du bassin de naissance du CHSE et 11 % également de l'ensemble des séjours.

3. ACTIVITE EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

3.1 L'activité du CHSE est en plus forte baisse que celle observée sur l'ensemble des établissements de santé en 2010-2013

[301] On dispose via l'ARSIF des données 2010 à 2013 sur l'évolution des séjours hospitaliers sur la zone du Sud-Essonne. Dans un marché en baisse importante pour tous les établissements dans cette zone sur la période récente (-7 % entre 2010 et 2013), l'activité de gynécologie-obstétrique du CHSE a baissé de -12,1 %. Cette baisse est plus marquée sur Dourdan (-17,7 %) que sur Etampes (9,4 %) sur cette période.

3.2 Une baisse d'activité observable avant la fusion

[302] Les données produites à la demande de la mission par le département d'information médicale (DIM) du CHSE et présentées ci-dessous, portent sur une période plus large, avant et après la fusion, soit de 2009 à 2014. Elles confirment le phénomène de décroissance observé sur la période 2010-2013 et en précisent l'importance pour chacun des deux sites du CHSE.

[303] L'activité médicale et chirurgicale de gynécologie-obstétrique⁵⁶ est globalement décroissante sur la période des six dernières années (2009-2014) sur l'un et l'autre site. Elle baisse d'1,7 % par an en moyenne.

Tableau 45 : Evolution de l'activité en nombre de séjours, en gynécologie-obstétrique entre 2009 et 2014 pour les deux sites

Période	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux d'évolution 2009-2014	Taux de croissance annuel moyen 2009-2014
Dourdan	956	1097	1125	1104	928	913	-4,5 %	-0,9 %
Etampes	2046	2197	2008	1938	2005	1850	-9,6 %	-2,0 %
CHSE	3002	3294	3130	3038	2931	2754	-8,3 %	-1,7 %

Source : CHSE/DIM ; traitement IGAS

[304] Cette évolution a été variable selon les périodes pour les deux sites (cf. infra) :

- en croissance jusqu'en 2011 pour Dourdan et en décroissance depuis ; le fort décrochage de 2013 est lié principalement à la fermeture de la maternité à compter du 21 octobre 2013.
- en croissance en 2010 pour Etampes et en décroissance depuis. On note le fort décrochage sur ce site en 2014 qui peut être relié également à la baisse de l'activité d'obstétrique. Les raisons en sont le contre-coup médiatique de la fermeture de Dourdan mais aussi l'impact négatif d'un praticien recruté début 2014 comme potentiel chef de service et dont le comportement a rapidement heurté les équipes. Le praticien a finalement quitté le CHSE début septembre 2014.

⁵⁶ Périmètre : « Nombre de résumés de sortie standardisés annuels pour les catégories majeures de diagnostic (CMD) 13 : Affections de l'appareil génital féminin (médicales et chirurgicales) et CMD 14 : Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum (incluant les IVG) ; Ces paramètres de recherche excluent les interventions à visée urologique chez la femme. A Dourdan elles sont pratiquées par les urologues exclusivement et à Etampes elles peuvent être pratiquées aussi par des gynécologues » Source : CHSE/DIM.

Tableau 46 : Taux d'évolution de l'activité annuelle en gynécologie-obstétrique entre 2009 et 2014 pour les deux sites

Période	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009-2014	Taux de croissance annuel moyen 2009-2014
Dourdan	14,7 %	2,6 %	-1,9 %	-15,9 %	-1,6 %	-4,5 %	-0,9 %
Etampes	7,4 %	-8,6 %	-3,5 %	3,5 %	-7,7 %	-9,6 %	-2,0 %
CHSE	9,7 %	-5,0 %	-2,9 %	-3,5 %	-6,0 %	-8,3 %	-1,7 %

Source : CHSE/DIM ; traitement IGAS

[305] On rappelle qu'il s'agit ici des données des séjours médicaux et chirurgicaux en gynécologie-obstétrique qui dépassent la seule activité obstétricale médicale.

3.3 Une baisse d'activité encore plus marquée s'agissant de l'obstétrique médicale

[306] Si l'on s'intéresse à l'activité spécifiquement médicale des deux sites - soit l'activité obstétricale (suivi de grossesse normale et pathologique) et de gynécologie médicale, auxquelles on a rattaché le suivi des nouveau-nés - on observe, en plus marqué, le phénomène de baisse d'activité constaté supra. A noter qu'on ne dispose de données individualisables pour les deux sites sur ce segment d'activité que depuis la fusion de 2011.

Tableau 47 : Evolution de l'activité en nombre de séjours en obstétrique⁵⁷ entre 2011 et 2014 pour les sites de Dourdan et Etampes⁵⁸

Période	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux d'évolution 2011-2014	Taux de croissance annuel moyen 2011-2014
Dourdan	1368	1448	1383	1321	1070	1052	-23,9 %	-8,7 %
Etampes	-	-	2296	2305	2273	1975	-14,0 %	-4,9 %
CHSE	-	-	3677	3549	3341	3021	-17,8 %	-6,3 %

Source : CHSE/DIM ; traitement IGAS

Tableau 48 : Taux d'évolution de l'activité annuelle de l'activité d'obstétrique entre 2011 et 2014 pour les sites de Dourdan et Etampes

Période	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Taux d'évolution 2011-2014	Taux de croissance annuel moyen 2011-2014
Dourdan		5,8 %	-4,5 %	-4,5 %	-19,0 %	-1,7 %	-23,9 %	-8,7 %
Etampes		-	-	0,4 %	-1,4 %	-13,1 %	-14,0 %	-4,9 %
CHSE		-	-	-3,5 %	-5,9 %	-9,6 %	-17,8 %	-6,3 %

Source : CHSE/DIM ; traitement IGAS

⁵⁷ Périmètre : « Nombre de RSS réalisés dans les unités fonctionnelles (UF) 6501, 6502, 6505,6510 (UF de gynéco-obstétrique sauf chirurgie gynécologique et IVG mais incluant les séjours de nouveau-nés) pour Dourdan et les UF correspondantes sur Etampes : 4201, 4204, 4205. » Source : CHSE/DIM.

⁵⁸ Pour Etampes et le CHSE pas de données avant 2011 : les unités fonctionnelles n'ont été individualisées qu'après cette date

[307] Sur l'activité médicale des deux maternités, la baisse de l'activité est très marquée depuis 2011 : elle est de -17,8 % sur ces trois dernières années sur le CHSE, soit - 6,3 % en moyenne annuelle. On observe ici l'impact majeur sur Dourdan de la suspension des deux derniers mois de 2013 (-19 %). Sur Etampes, la baisse est surtout marquée en 2014 (-9,6 %).

3.4 Le nombre d'accouchements sur les deux sites a baissé de 20 % depuis 2009

[308] On retrouve cette baisse d'activité depuis 2009 s'agissant cette fois des seuls accouchements.

Tableau 49 : Evolution du nombre d'accouchements entre 2009 et 2014 pour les sites de Dourdan et Etampes

Période	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009-2014	Taux de croissance annuel moyen 2009-2014
Dourdan	621	655	591	585	449	456	-26,1 %	-5,9 %
Etampes	1051	1 079	1007	1 004	1 015	871	-16,4 %	-3,5 %
Total	1672	1734	1596	1589	1464	1327	-20,0 %	-4,4 %

Source : Réseau Périnatif et CHSE/DIM, traitement IGAS

Tableau 50 : Taux d'évolution du nombre d'accouchements entre 2009 et 2014 pour les sites de Dourdan et Etampes

Période	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009-2014	Taux de croissance annuel moyen 2009-2014
Dourdan		5,5 %	-9,8 %	-0,8 %	-21,2 %	-0,6 %	-26,1 %	-5,9 %
Etampes		2,7 %	-6,7 %	-0,4 %	1,8 %	-13,9 %	-16,4 %	-3,5 %
Total		3,7 %	-8,0 %	-0,4 %	-6,7 %	-9,8 %	-20,0 %	-4,4 %

Source : Réseau Périnatif et CHSE/DIM, traitement IGAS

[309] Le nombre d'accouchements a fortement décliné depuis 2009 sur les deux sites. La baisse est de - 26,1 % sur Dourdan et de - 16,4 % sur Etampes. L'évolution consolidée pour les deux sites est de -20,0 % soit -4,4 % en moyenne annuelle sur la période.

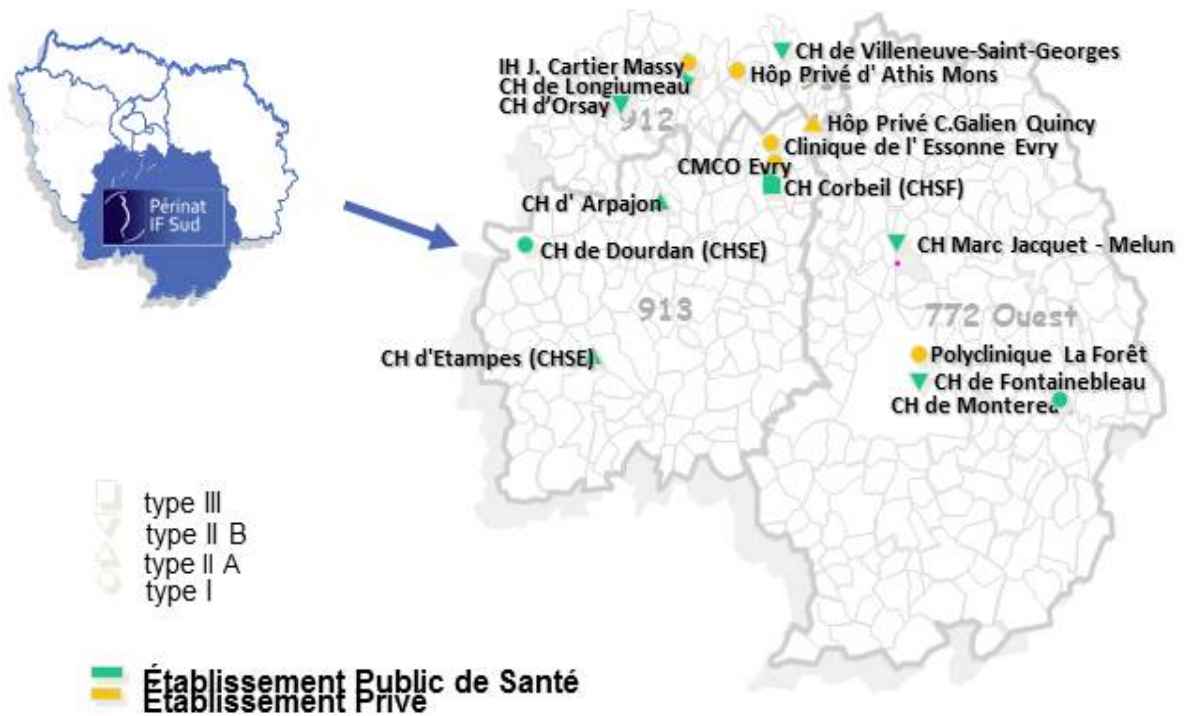
[310] Deux seuils symboliques ont été franchis dans cette période : moins de 500 accouchements à Dourdan en 2013 et 2014 et moins de 1000 à Etampes en 2014. On a vu que cette évolution est directement liée à la fermeture sur Dourdan en 2013 et que l'activité ne s'est pas redressée en 2014. Pour Etampes, il s'agit davantage de l'impact négatif du recrutement d'un praticien, reparti depuis.

[311] Pour Dourdan, les prévisions du nombre d'accouchements pour le premier semestre 2015 étaient au 13 mars 2015 de 226, soit 5 % de plus qu'au premier semestre 2014 (215), mais loin du nombre d'accouchements observés au premier semestre 2013 (296) ou 2012 (295). Sur Etampes, les données observées au 1er trimestre 2015 (212) sont en baisse par rapport à la même période 2014 (230). Le phénomène de baisse perdure.

3.5 Le nombre d'accouchements est stable voire légèrement croissant sur les maternités du Sud de la région Ile de France

[312] Cette évolution survient dans un contexte où le nombre de naissances est légèrement décroissant en Ile de France mais stable sur le département de l'Essonne. Il est même légèrement croissant de 0,7 % dans le réseau des maternités du réseau Périnatif entre 2009 et 2013 (cf. tableau suivant). Le CHSE est en effet membre du réseau PERINATIF qui regroupe toutes les maternités de l'Essonne et de Seine et Marne. Le graphique suivant détaille les implantations de ces maternités.

Graphique 2 : Réseau Périnatif



Source : Périnatif

[313] Dans ce réseau, qui prend en charge entre 24 000 et 25 000 accouchements par an, la progression du nombre d'accouchement a été modérée depuis 2009 : 0,7 % sur la période 2009-2013 et 0,2 % en moyenne annuelle.

Tableau 51 : Evolution du nombre d'accouchements dans les maternités adhérentes du réseau Périnatif entre 2009 et 2013. Classement par taux d'activité annuel moyen décroissant (TCAM)

Type de maternité	Nom Hôpital	2009	2010	2011	2012	2013	évolution 2009-2013	TCAM 2009-2013
3	CH SUD FRANCILIEN	3442	3 695	3 724	4 052	4 581	33,1 %	7,4 %
1	CLINIQUE DE L'YVETTE	797	892	864	987	967	21,3 %	5,0 %
2B	CH ORSAY	1171	1 263	1 276	1 252	1 361	16,2 %	3,8 %
2B	CH FONTAINEBLEAU	1445	1 582	1 546	1 505	1 529	5,8 %	1,4 %
2B	CH MELUN	2539	2 575	2 629	2 639	2 645	4,2 %	1,0 %
2A	CH ARPAJON	1223	1 238	1 226	1 211	1 265	3,4 %	0,8 %
2B	CH VILLENEUVE-ST-GEORGES	2442	2 501	2 368	2 468	2 488	1,9 %	0,5 %
2A	Site ETAMPES	1051	1 079	990	1 001	1 021	-2,9 %	-0,7 %
2B	CH LONGJUMEAU	1988	2 105	2 035	1 904	1 900	-4,4 %	-1,1 %
1	CH MONTEREAU	688	769	777	760	655	-4,8 %	-1,2 %
2A	C.H.P. CLAUDE GALIEN	1465	1 417	1 553	1 392	1 316	-10,2 %	-2,6 %
1	CLINIQUE CARON	887	1 005	915	863	793	-10,6 %	-2,8 %
1	INST HOSP JACQUES CARTIER	951	983	933	780	777	-18,3 %	-4,9 %
1	POLYCLINIQUE DE LA FORET	582	455	441	500	475	-18,4 %	-5,0 %
1	C.M.C. EVRY	1023	1 044	960	868	832	-18,7 %	-5,0 %
1	CLINIQUE DE L'ESSONNE	1052	998	955	858	828	-21,3 %	-5,8 %
1	Site DOURDAN	621	655	606	584	460	-25,9 %	-7,2 %
1	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	802	880	816	691	580	-27,7 %	-7,8 %
1	SIH DE JUVISY-SUR-ORGE	131						
	TOTAL	24 299	25 136	24 614	24 315	24 473	0,7 %	0,2 %

Source : Réseau Périnatif, traitement IGAS

[314] On remarquera que les données du CHSE diffèrent légèrement entre ce tableau et le précédent, ceci ne porte que sur quelques unités et ne modifie pas les analyses.

[315] La décroissance est marquée pour Dourdan si l'on prend 2013 comme dernière année de référence. Sur les données 2009-2012, les deux sites apparaissent faire partie des maternités ayant une perte d'activité de moins de 10 %. Deux établissements du Nord Essonne ont une croissance d'activité soutenue, supérieure à 10 % : la clinique de l'Yvette et le centre hospitalier Sud-Francilien.

Tableau 52 : Evolution du nombre d'accouchements par maternité du réseau PERINATIF entre 2009 et 2012. Classement par taux d'activité annuel moyen décroissant (TCAM)

Type de la maternité	Nom Hôpital	2009	2012	évolution 2009-2012	Taux de croissance annuel moyen 2009-2012
1	CLINIQUE DE L'YVETTE	797	987	23,8 %	7,4 %
3	CH SUD FRANCILIEN	3442	4 052	17,7 %	5,6 %
1	CH MONTEREAU	688	760	10,5 %	3,4 %
2B	CH ORSAY	1171	1 252	6,9 %	2,3 %
2B	CH FONTAINEBLEAU	1445	1 505	4,2 %	1,4 %
2B	CH MELUN	2539	2 639	3,9 %	1,3 %
2B	CH VILLENEUVE-ST-GEORGES	2442	2 468	1,1 %	0,4 %
2A	CH ARPAJON	1223	1 211	-1,0 %	-0,3 %
1	CLINIQUE CARON	887	863	-2,7 %	-0,9 %
2B	CH LONGJUMEAU	1988	1 904	-4,2 %	-1,4 %
2A	CH ETAMPES	1051	1 001	-4,8 %	-1,6 %
2A	C.H.P. CLAUDE GALIEN	1465	1 392	-5,0 %	-1,7 %
1	CH DOURDAN	621	584	-6,0 %	-2,0 %
1	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	802	691	-13,8 %	-4,8 %
1	POLYCLINIQUE DE LA FORET	582	500	-14,1 %	-4,9 %
1	C.M.C. EVRY	1023	868	-15,2 %	-5,3 %
1	INST HOSP JACQUES CARTIER	951	780	-18,0 %	-6,4 %
1	CLINIQUE DE L'ESSONNE	1052	858	-18,4 %	-6,6 %
1	SIH DE JUVISY-SUR-ORGE	131			
	TOTAL	24 299	24 315	0,1 %	0,02 %

Source : Réseau Périnatif, traitement IGAS

4. PARTS DE MARCHE EN OBSTETRIQUE DU CHSE

[316] Dans ce contexte de baisse quelles sont les évolutions des parts de marché en obstétrique et celles plus spécifiques reliées aux naissances sur la zone d'attractivité du CHSE ?

4.1 Les Parts de marché sur sa zone d'attractivité en obstétrique se concentrent sur un nombre limité d'établissements

Tableau 53 : Evolution des parts de marché en obstétrique⁵⁹ sur la zone d'attractivité du CHSE entre 2009 et 2013

Etablissement	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CHI SUD ESSONNE-DOURDAN-ETAMPES	57	58.9	58.5	57.6	58.8	58
CH D'ARPAJON	12.2	13.2	12.4	12.4	11.8	12.8
CH DE RAMBOUILLET	3.1	2.7	2.6	2.6	3.3	4.2
CH SUD-FRANCILIEN	3.3	3.3	3.2	3.2	3.2	3.6
C.H. DE PITHIVIERS	3.5	2.1	2.3	2.3	2.9	2.4
CH DE LONGJUMEAU	1.8	2.2	1.5	1.5	2.1	1.9
HOPITAL PRIVE D ANTONY	0.7	1.2	1.6	1.6	1	1.5
CLINIQUE DE L'YVETTE	1.5	1.6	1.6	1.6	1.4	1.4
CTRE MEDICO-CHIRURGICAL ET OBST	1	1.2	1.6	1.6	1.2	1.2
CH CHARTRES	1.2	1.3	1.2	1.2	1.2	1.1
C.H.R. ORLEANS	1	1.1	1.4	1.4	0.7	1.1
CLINIQUE DE L ESSONNE	1.2	1	1	1	1.3	1.1

Source : ANAP, Hospidiag Indicateur A3

[317] Douze établissements se partagent les parts de marché en obstétrique de la zone d'attractivité du CHSE. Le CHSE est le premier établissement de référence sur sa zone. Ses parts varient entre 57 et 58,8 % sur la période 2008 à 2013, dernière année disponible. Elles s'inscrivent sur le seuil bas des parts de marché attendues pour un établissement de proximité (60-70 %), et ce d'autant que la maternité d'Etampes est de niveau 2A et attire aussi les grossesses plus « à risque » que celles attendues sur une maternité de niveau 1 comme celle de Dourdan.

⁵⁹ « Nombre de séjours d'obstétrique réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité. L'ensemble des séjours sont pris en compte, y compris les séjours ambulatoires. Le nombre de séjours en obstétrique s'entend au sens de la classification ASO. Les séjours classés en erreur ainsi que les prestations inter-établissement sont supprimés. » Source : ANAP/Fiche Hospidiag A3.

4.2 Parts de marché « naissance » du CHSE et de ses deux maternités en 2013

[318] Les données suivantes portent sur les seuls séjours reliés à un code de naissance (code diagnostic Z37). Pour ces séjours les parts de marché du CHSE sur son bassin de naissance étaient de 67 % en 2013. Il s'agit de l'établissement de référence pour son bassin de naissance. Les parts de marchés calculées pour le bassin de naissance (157 000 habitants) sont supérieures à celles calculées par l'ANAP dans le tableau précédent, qui concernent l'ensemble de l'activité obstétrique dans la zone d'attractivité MCO qui est un peu plus grande (160 000 hbts).

Tableau 54 : Parts de marché des maternités du bassin de naissance du CHSE en 2013

Etablissements	PDM 2013 (séjours)	PDM 2013 %	PDM 2013 cumulées %	PDM 2012 (séjours)	Evolution PDM 2012-2013
91150 - CHI SUD ESSONNE-DOURDAN-ETAMPES	1 197	64,84 %	64,84 %	1 213	-1,00 %
91290 - CH ARPAJON	212	11,48 %	76,33 %	188	13,00 %
78120 - CH RAMBOUILLET	92	4,98 %	81,31 %	69	33,00 %
91000 - CH SUD-FRANCILIEN	71	3,85 %	85,16 %	60	18,00 %
75004 - ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	50	2,71 %	87,87 %	43	16,00 %
91160 - CLINIQUE DE L'YVETTE	26	1,41 %	89,27 %	26	0,00 %
91160 - CH LONGJUMEAU	22	1,19 %	90,47 %	36	-39,00 %

Source : CHSE/DIM

[319] Sept établissements se partageaient 90 % des parts de marché du bassin de naissance CHSE en 2013. On y retrouve comme pour l'analyse précédente sur l'ensemble des séjours en obstétrique, les maternités situées en proximité : Arpajon, Rambouillet ainsi que la maternité de référence du CH Sud Francilien.

[320] Tandis que les parts de marché sur son bassin de naissance ont baissé sur la période récente pour le CHSE, les maternités environnantes connaissent une croissance importante. Il s'agit pour partie de l'effet fermeture de la fin 2013 sur les données présentées ici.

Tableau 55 : Parts de marchés des deux maternités sur le bassin de naissance du CHSE en 2013

Détail CH SUD ESSONNE	PDM 2013	Proportion de chaque site dans PDM du CHSE	Part de chaque site
Dourdan	349	18,91 %	29,3 %
Etampes	842	45,61 %	70,7 %
Total	1191	64,52 %	100,0 %

Source : CHSE/DIM

[321] Les 67,7 % des parts de marché du CHSE se répartissent à 29,3 % sur la maternité de Dourdan et 70,7 % sur la maternité d'Etampes.

5. SYNTHÈSE SUR L'ACTIVITÉ DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DU CHSE ET SON ÉVOLUTION

- [322] Le bassin de naissance global des deux maternités du CHSE comporte 22 communes et 156 970 habitants. Deux bassins de naissance de l'une et l'autre maternité s'additionnent sur la zone d'attractivité du CHSE, à l'image des deux zones de recrutement de l'activité générale. Quatre communes toutes situées en Essonne, appartiennent à ces deux bassins de naissance et représentent 17 121 habitants, soit 11 % du bassin de naissance du CHSE et 11 % également de l'ensemble des séjours. Dans ces communes « en concurrence », l'attractivité de la maternité d'Etampes prédomine toujours sur celle de la maternité de Dourdan.
- [323] Dans un marché en baisse pour les établissements dans sa zone de recrutement sur la période récente (-7 % entre 2010 et 2013) l'activité de gynécologie-obstétrique du CHSE a baissé de -12,1 %. Cette baisse est plus marquée sur Dourdan (-17,7 %) que sur Etampes (9,4 %) sur cette période.
- [324] Sur une période plus longue 2009-2014, l'activité a également décliné. L'évolution du nombre d'accouchements est à ce titre très illustrative de la forte décroissance observée depuis 2009 sur les deux sites. La baisse est de -26,1 % sur Dourdan et de -16,4 % sur Etampes. L'évolution consolidée est de -20,0 % soit -4,4 % en moyenne annuelle sur la période pour le CHSE.
- [325] L'année 2013 est toutefois une année particulière en raison de la fermeture de la maternité pendant plus de deux mois entre le 21 octobre et le 14 janvier 2014. En 2014, l'activité mesurée en nombre d'accouchements s'est juste stabilisée sur Dourdan sur son niveau 2013 et a fortement baissé sur Etampes, en raison là aussi d'un élément conjoncturel.
- [326] Deux seuils symboliques ont été franchis : moins de 500 accouchements à Dourdan en 2013 et 2014 et moins de 1000 à Etampes en 2014.
- [327] Dans ce contexte les parts de marché dans son bassin baissent, mais l'établissement reste de loin le premier établissement de référence s'agissant de l'accueil des naissances avec 64,5 % des parts de marché. Dourdan en représente 18,9 %, soit environ un tiers des parts de marché du CHSE et Etampes 45,6 % soit un peu plus des deux tiers. Cette répartition 1/3 – 2/3 correspond au poids respectif des maternités sur le bassin de naissance du CHSE.

SIGLES UTILISES

ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation.
ARHIF	Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France.
ARS	Agence Régionale de Santé.
CET	Compte Epargne Temps.
CH	Centre Hospitalier.
CHSE	Centre Hospitalier Sud Essonne.
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire.
CME	Commission Médicale d'Etablissement.
CSP	Code de la Santé Publique
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins.
DRH	Direction des Ressources Humaines.
EHPAD	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes.
ETP	Equivalent Temps Plein.
FHF	Fédération Hospitalière de France.
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire.
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales.
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique.
PAE	Procédure d'Autorisation d'Exercice
PDS	Permanence Des Soins.
PH	Praticien Hospitalier.
PMCT	Prix Moyen du Cas Traité.
PRS	Programme Régional de Santé.
SAU	Service d'Accueil et d'Urgences.
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation.
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
SSR	Soins de Suite et de Rééducation.
TTA	Temps de Travail Additionnel.
USC	Unité de Surveillance Continue.
USLD	Unité de Soins de Longue Durée.