



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

Les conditions de réussite d'un Groupe Hospitalier ou l'efficacité de son projet d'établissement

**L'exemple de la constitution du Groupe Hospitalier Saint-
Antoine, Rothschild, Tenon, Armand Trousseau La Roche-Guyon
à l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris**

Sébastien GASC

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements aux personnes qui m'ont accompagné dans la réalisation de ce mémoire, et en particulier :

- ❖ Madame Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon pour m'avoir accueilli au sein de son équipe et fait partager ses analyses.
- ❖ Madame Geneviève CLOUARD, directrice des Travaux et de la Logistique du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon et maître de stage pour m'avoir guidé et conseillé dans ce travail et plus généralement pour la qualité de son encadrement, sa disponibilité et son professionnalisme durant mes stages hospitaliers,
- ❖ Madame Dominique LELIEVRE, Madame Ghislaine CALAVIA, Madame Christine NALLET et Monsieur David TROUCHAUD pour leur accueil et les analyses qu'ils m'ont fait partager,
- ❖ L'ensemble des personnes qui ont accepté de m'accorder un entretien, et notamment Monsieur Jackie BONDROLE , coordonateur des soins à l'hôpital Rothschild, Madame Stéphanie DECOOPMAN, directrice adjointe des finances de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), Monsieur Roland GONIN, directeur de l'hôpital TENON et animateur du Groupe Hospitalier Saint Antoine, Rothschild, Tenon, Armand Trousseau / La Roche-Guyon (STARTT), Monsieur Daniel JANCOURT, directeur chargé de mission auprès du Directeur Général de l'AP-HP pour la mise en œuvre des Groupes hospitaliers et ancien directeur du nouveau système d'information de Gestion de l'AP-HP, Madame Isabelle LESAGE, directrice du Groupe Hospitalier Universitaire Est, Monsieur Philippe MARIN, directeur de la filière des élèves directeur d'hôpital à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique et ancien directeur du centre hospitalier de LAVAL, Monsieur le Professeur Jean-Claude PETIT, président du Comité consultatif médical de l'hôpital Saint-Antoine et vice-président de la commission activité-ressources de la Commission médicale d'établissement de l'AP-HP, Madame Chantal de SINGLY, directrice de l'Institut du Management à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et ancienne directrice de l'Hôpital Armand Trousseau et de l'Hôpital Saint-Antoine,
- ❖ Valérie pour le soutien qu'elle m'a accordé pendant la rédaction de ce mémoire et plus généralement, pendant ma formation de directeur d'hôpital.

Sommaire

Introduction	2
PREAMBULE : PRESENTATION DES QUATRE ETABLISSEMENTS ET CONTEXTE DE LA CONSTITUTION DU GROUPE HOSPITALIER	5
1 Analyse des besoins de santé et de l'offre de soins du territoire	10
1.1 Les besoins de santé du territoire	10
1.1.1 Principales caractéristiques de la population du territoire de santé.....	11
A) Paris regagne des habitants grâce un solde naturel très positif, mais sa population vieillit.....	11
B) Paris est caractérisé par des indicateurs socio-économiques globalement favorables, mais des disparités importantes.....	11
C) Les données épidémiologiques de la population du territoire	12
1.1.2 L'origine des patients.....	14
A) Des patients essentiellement de proximité avec le poids prépondérant de Paris et de sa petite couronne.	14
B) Des patients plus divers sur certaines surspécialités.....	15
1.1.3 Les circuits de recrutement.....	15
1.2 Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouveau Groupe Hospitalier dans le contexte d'une offre de soins concurrentielle	17
1.2.1 Une offre de soins fortement concurrentielle et un taux de fuite très important...	17
1.2.2 Un Groupe Hospitalier qui offrira des soins de proximité, mais qui sera aussi un centre de référence	18
2 Un projet d'établissement au service de la réussite de l'opération de regroupement conditionné par le jeu des acteurs	20
2.1 Le rôle stratégique du projet d'établissement devra permettre une adhésion rapide des acteurs hospitaliers	20
2.1.1 Le Projet médical, la pierre angulaire qui doit susciter l'adhésion de l'ensemble des acteurs	21
A) Le Préprojet médical du groupe STARTT ou comment rendre plus efficiente l'offre de soins actuelle	21
B) La méthodologie d'élaboration du préprojet médical	23
2.1.2 Les autres volets du projet d'établissement, les éléments d'appui du projet médical	24

A)	Le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques	24
B)	Le Projet architectural ou Schéma Directeur Immobilier et Technique (SDIT) ...	24
C)	Le Projet Logistique	25
D)	Le Projet Ressources Humaines, l'outil nécessaire à une conduite du changement adaptée pour susciter l'adhésion des acteurs	25
E)	Le Projet qualité, gestion des Risques et relations avec les usagers.....	27
F)	Le Projet du Système d'Information.....	28
G)	Le Projet Gouvernance.....	29
2.2	Une définition du projet d'établissement conditionnée par une conduite du changement qui visera l'adhésion des acteurs	30
2.2.1	Les théories sociologiques du changement ou comment fédérer les acteurs autour d'un projet	30
A)	Typologie des changements d'AUTISSIER et MOUTOT : prescrit/construit, imposé/volontaire	30
B)	Les pratiques de la conduite du changement de G. JOHNSON et K. SCHOLLES	31
C)	Les dix clés à mettre en œuvre pour réussir un changement organisationnel de B. GROUARD et F. MESTON	32
D)	Le changement, un processus à intégrer par les acteurs dans le temps : le cycle de E. KÜBLER-ROSS	32
2.2.2	Le jeu des acteurs ou comment obtenir leur adhésion.....	33
A)	Les acteurs extérieurs qui vont influencer la création du groupe.	33
B)	La Direction Générale de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, une politique affirmée	34
C)	Les directions fonctionnelles de site, les relais indispensables	35
D)	Les acteurs médicaux de terrain, volontés et enjeux de pouvoir.....	36
E)	Les personnels non médicaux, un groupe attentiste à conquérir	36
F)	Les partenaires sociaux, des interlocuteurs indécis	37
3	L'identification des scénarii de l'offre de soins du regroupement et autres mutualisations possibles.....	38
3.1	Identification des projets possibles sur le GH, leviers d'efficience et contraintes à prendre en compte, méthodologie de construction des scénarii	38
3.1.1	De l'identification par les acteurs des projets possibles à l'émergence de sept projets structurants.....	38
3.1.2	Les variables à prendre en compte pour construire les scénarii possibles de construction du groupe STARTT dans les années à venir.....	39

3.1.3	Méthodologie personnelle de construction des scénarii : l'évaluation par le « scoring » des différents projets.....	41
3.2	Le scenario zéro : une répartition des soins à l'identique avec des synergies a minima.....	44
3.2.1	Hypothèses.....	44
3.2.2	Conséquences.....	44
3.2.3	Une stratégie attentiste.....	45
3.2.4	Limites : fragilité de l'ensemble.....	45
3.3	Le scenario volontariste pour le GH en cible : une nouvelle réorganisation des activités de soins entre hôpitaux dès 2010-2011.....	46
3.3.1	Hypothèses.....	46
A)	Un SAU adultes principal centralisé à l'hôpital Saint-Antoine.....	46
B)	Le regroupement des activités d'aval des urgences adultes.....	47
C)	Les autres activités médicales adultes du GH : faire de Tenon un centre tourné vers la Cancérologie et le programmé.....	49
D)	Faire de Rothschild un centre de SSR élargi.....	50
E)	Revoir l'activité pédiatrique du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon au sein de la filière pédiatrique de l'AP-HP.....	50
F)	Rendre plus efficaces les activités supports.....	52
3.3.2	Conséquences.....	52
3.3.3	Une stratégie volontariste reposant sur une forte conduite du changement à mener.....	53
3.3.4	Limites.....	53
3.4	Le scenario tendanciel : une graduation du scenario volontariste dans le temps avec deux phases : 2010-2014 et 2015-2019.....	54
3.4.1	Hypothèses.....	54
3.4.2	Conséquences.....	55
3.4.3	Une stratégie au long cours.....	55
3.4.4	Limites : la persévérance des acteurs et l'étirement temporel.....	56
	Conclusion.....	57
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	65

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de longue durée
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France
CA : Conseil d'Administration
CCM : Comité Consultatif Médical
CME : Commission Médicale d'établissement
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CTE : Commission Technique d'Etablissement
CSP : Code de la Santé Publique
DPM : Direction de la Politique Médicale
GH : Groupe Hospitalier
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIT : Maladies Infectieuses et Tropicales
NSI : Nouveau Système d'information
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PH : Praticien Hospitalier
PM : Personnel Médical
PNM : Personnel Non Médical
PPP : Partenariat Public Privé
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier
PUPH : Professeur d'Université - Praticien Hospitalier
RH : Ressources Humaines
ROI : de l'anglais « Return On Investment », retour sur investissement
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SHON : Surface Hors Œuvre Nette
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
STARTT : Saint Antoine, Rothschild, Tenon, Armand Trousseau / La Roche-Guyon
T2A : Tarification A l'Activité
TDC : Toutes dépenses confondues
UHTCD : Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée

Introduction

Dans le cadre d'une politique nationale volontariste de maîtrise des dépenses de santé, le nombre d'établissements s'est continûment réduit depuis le milieu des années 1990. Tous statuts juridiques confondus, le nombre d'établissements a diminué de près de 470 sous l'effet des réorganisations et restructurations qui ont affecté ce secteur.¹

Anticipant la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui prévoit notamment la création de communautés hospitalières de territoire, le Conseil d'Administration de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a adopté, le 03 juillet 2009, le principe et les modalités de mise en œuvre du projet de recomposition de son offre de soins autour de 11 groupes hospitaliers d'ici 2011 en lieu en place de ses 38 établissements existants. Ainsi, le Groupe Hospitalier STARTT regroupe les hôpitaux Saint-Antoine, Rothschild, Tenon et le Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon.

La constitution des groupes hospitaliers s'inscrit dans une démarche globale de modernisation de l'AP-HP. En juin 2003, quatre Groupes Hospitaliers Universitaires (GHU Nord, Sud, Est, Ouest) sont créés pour dynamiser le pilotage sur le terrain de la Direction générale. En 2005, la mise en place d'un Nouveau Système d'Information (NSI) est décidée. En 2008, la rationalisation et la modernisation du siège de l'AP-HP est lancée. Tous ces chantiers sont cruciaux dans un contexte financier contraint où le retour à l'équilibre des comptes doit intervenir pour 2012. En outre, la création de l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France instaure une tutelle unique pour l'AP-HP.

Dans un contexte français, ou selon Pierre WINICKI², « les causes d'échec ou de difficulté de mise en œuvre de réformes sont souvent directement liées aux peurs et aux croyances profondément ancrées dans l'esprit des responsables politiques et des cadres de l'administration », l'enjeu de ce mémoire sera donc de **s'interroger sur les conditions de réussite de la constitution d'un Groupe Hospitalier.**

Selon l'Observatoire des recompositions des activités des établissements de santé³, quatre raisons majeures expliquent les regroupements hospitaliers :

- L'adaptation de l'offre de soins à l'évolution des besoins de santé,
- Un objectif d'optimisation des moyens,

¹ LARCHER G., *Les missions de l'hôpital*, rapport à l'attention de Monsieur Nicolas SARKOZY, Président de la République, de Monsieur François FILLON, Premier Ministre et de Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé, de la jeunesse et des sports, Avril 2008, 102 p.

² WINICKI P., *Réussir une réforme publique*, Paris, éditions DUNOD, 2007, 182 p.

³ Note de présentation de l'évolution de la recomposition de l'offre de soins de septembre 2004, 4p.

- Le souhait de maintien de l'offre de soins,
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Dans la mesure où la décision de restructuration de l'AP-HP a été entérinée par son Conseil d'Administration préalablement à la réalisation de ce travail, celui-ci ne s'attachera pas à analyser les causes de cette réorganisation. En revanche, ce mémoire visera à **étudier les modalités du regroupement**. Au regard des expériences de restructuration déjà observées en France et à l'étranger, l'hypothèse de départ de ce travail est que :

La meilleure garantie pour réussir la création d'un Groupe Hospitalier réside dans la pertinence de son projet d'établissement et notamment de son projet médical.

Un Groupe Hospitalier est une entité qui regroupe plusieurs établissements de santé. Au cas présent, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris étant un centre hospitalier universitaire à part entière et son intégrité n'étant pas remise en cause à ce jour, les groupes hospitaliers mis en place seront des entités organisationnelles et fonctionnelles sans autonomie juridique au sein de cette institution. Toutefois, les Groupes hospitaliers de l'AP-HP préfigurent à bien des égards les Communautés Hospitalières de Territoire définies par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

Institué par la loi n°91-748 du 31 juillet 1991, conformément à l'article L. 714-11 du code de la santé publique, **le projet d'établissement doit définir, sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement** dans différents domaines : l'activité médicale, le secteur de soins infirmiers, la politique des ressources humaines, le système d'information, la logistique, etc. Il détermine la stratégie d'un établissement au regard des besoins de santé et de l'offre de soins de son territoire. Dans le cas de la constitution du Groupe Hospitalier STARTT, il devra également permettre de fédérer les acteurs de quatre hôpitaux autour de la construction d'un avenir commun. Enfin, dans un contexte financier contraint, la question de la performance économique des projets envisagés sera centrale. Seuls des projets réalistes, sources de recettes et économes en termes de moyens pourront convaincre la Direction Générale de l'AP-HP et la tutelle.

Aussi, pour répondre à la question des conditions de réussite d'un Groupe Hospitalier, l'hypothèse majeure de ce mémoire est que :

L'efficience⁴ est le facteur de réussite pour la réalisation du projet d'établissement du groupe STARTT.

⁴ NB : l'efficacité est un concept différent de l'efficience. Elle mesure la capacité à atteindre un objectif sans préoccupation de coût, de temps alloué ou de moyens engagés.

Elle **peut être définie comme la capacité à atteindre un objectif dans les meilleures conditions, avec un minimum de moyens, au moindre coût et dans un minimum de temps**. Pour ce faire, le projet d'établissement du groupe STARTT devra répondre à un triple objectif :

1. répondre aux besoins de santé de la population du territoire 75-2 tel que défini dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins et vis-à-vis de l'offre de soins existante,
2. mobiliser rapidement tous les acteurs hospitaliers,
3. présenter des projets économiquement performants.

L'intérêt d'étudier la constitution d'un Groupe Hospitalier est majeur pour un élève directeur d'hôpital. Tout d'abord, vivre une telle réforme au cours d'un stage hospitalier est un moment privilégié qui permet d'être au cœur du fonctionnement du monde hospitalier, d'identifier les enjeux de santé publique concernés, d'apprécier le rôle des acteurs. En second lieu, la constitution d'un Groupe Hospitalier est un thème transversal qui permet d'appréhender les domaines des ressources humaines, les aspects financiers, les dimensions foncière et logistique mais aussi et surtout la stratégie. Enfin, une réorganisation hospitalière permet de mieux apprécier l'évolution du métier de directeur d'hôpital de plus en plus stratège et manager, force de propositions et responsable de la conduite du changement.

Pour répondre à la problématique des conditions de réussite de la constitution d'un Groupe Hospitalier, ce travail s'est basé sur une recherche préalable portant sur des documents relatifs aux coopérations hospitalières, à l'efficience et à la conduite de projet mais aussi sur des documents internes à l'AP-HP. La participation aux instances du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon, aux instances préfiguratives du Groupe Hospitalier STARTT et à différents ateliers de travail m'ont permis de mieux appréhender le contexte. En outre, quinze entretiens ont été menés auprès des acteurs de terrain et auprès des décideurs au siège de l'AP-HP⁵. Ils ont permis de mieux appréhender le rôle et la vision des acteurs et m'ont permis d'identifier les modalités de rapprochement des hôpitaux et les différents scénarii possibles.

Après avoir effectué une étude de l'environnement du groupe STARTT et de son positionnement sur son territoire de santé (I), nous démontrerons que le projet d'établissement et notamment le projet médical sont essentiels pour légitimer la réorganisation aux yeux des acteurs (II). Nous verrons que les scénarii possibles sont fortement conditionnés par la performance économique des projets envisagés (III).

⁵ La liste des personnes auditionnées figure en annexe 1. Le guide d'entretien figure en annexe 2.

PREAMBULE : PRESENTATION DES QUATRE ETABLISSEMENTS ET CONTEXTE DE LA CONSTITUTION DU GROUPE HOSPITALIER

Présentation des quatre établissements de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

❖ L'hôpital Saint-Antoine

L'hôpital Saint-Antoine est un hôpital situé dans le 12^e arrondissement de Paris. L'origine de l'hôpital remonte à la confiscation des biens de l'Eglise pendant la Révolution française qui permet de transformer les bâtiments de l'abbaye Saint-Antoine-des-Champs en hôpital pour l'Est parisien. Aujourd'hui, l'hôpital Saint-Antoine totalise 777 lits dont 702 en Aigus, 22 en Urgences et 53 en Psychiatrie. Il rassemble des activités médicales et chirurgicales de pointe et de proximité, de court séjour, pour adultes. Centre universitaire rattaché à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI) et centre de recherche (unités de l'université et de l'INSERM, centres d'investigation clinique et biomédicale), il est également un centre d'enseignement (écoles d'infirmiers et d'aides-soignants, école de sages-femmes). L'hôpital Saint-Antoine est organisé autour de sept pôles médico-chirurgicaux : 1-Urgences et Médecines d'aval généraliste, 2- Médecines spécialisées, 3- Digestif, 4-Cancérologie Hématologie, 5- Gynécologie Endocrinologie Obstétrique, 6- Os et articulations, 7- Biologie et Imagerie. La prise en charge des patients est notamment axée sur la Cancérologie (cancers digestifs, pathologies hématologiques, autogreffe et allogreffe de moelle osseuse), sur la Chirurgie ambulatoire et sur le traitement des Addictions. L'hôpital Saint-Antoine est aussi centre de maladies rares pour les Maladies inflammatoires des voies biliaires, pour les Maladies endocriniennes rares de la croissance et les Microangiopathies thrombotiques. En 2008, l'hôpital Saint-Antoine a réalisé 262 000 consultations, 57 000 admissions et 2 400 accouchements. Il disposait d'un budget d'exploitation de 268 millions d'euros et d'un budget d'investissement de 10,8 millions. Son résultat net était de -1.4 millions d'euros. Il employait 900 PM et 2800 PNM.

❖ L'hôpital Tenon

L'hôpital Tenon est un hôpital situé dans le 20^e arrondissement de Paris. En 1866, les quartiers Nord-Est de Paris manquant de structures hospitalières, il est décidé d'acquérir des terrains et d'y construire l'hôpital de Ménilmontant. Baptisé Tenon en 1879, c'est le premier hôpital à être doté d'un personnel exclusivement laïc. Aujourd'hui, l'hôpital Tenon totalise 604 lits dont 604 en Aigus et 66 places d'hospitalisation de jour. Il rassemble des activités médicales et chirurgicales de pointe et de proximité, de court séjour, pour adultes. Il est rattaché à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI). L'établissement est organisé autour de six pôles médico-chirurgicaux : 1- Gynécologie/Obstétrique/Reproduction/santé publique, 2- Imagerie/Oncologie/digestif, 3- Urgences/Médecine/tête, 4- Urologie / Néphrologie / Infectiologie / Médecine, 5-

Biologie/Physiologie/Pharmacie, 6-Thorax/voies aériennes/Anesthésie-réanimation. La prise en charge des patients est axée à la fois vers des missions hospitalo-universitaires spécifiques (Urologie-Néphrologie, Périnatalogie-Assistance Médicale et Biologique à la Procréation, Immunodéprimés-Virus) et vers des missions de proximité Transversales (Urgences - Cancérologie - Pathologies Vasculaires). En 2008, l'hôpital Tenon a réalisé 240 000 consultations, 75 000 admissions et 2 300 accouchements. Il disposait d'un budget d'exploitation de 227 millions d'euros et d'un budget d'investissement de 10 millions. Son déficit était de 10,2 millions d'euros. Il employait 850 PM et 2450 PNM.

❖ **L'hôpital Rothschild**

L'hôpital Rothschild est situé dans le 12^e arrondissement de Paris. L'origine de l'hôpital remonte à 1912. En 1955, il est transféré par le Baron de Rothschild à l'AP-HP. A partir des années 1990, les contraintes foncières et économiques conduisent à la reconversion progressive du site qui perd l'essentiel de son activité de Chirurgie et sa maternité est transférée sur le site de Trousseau en 2007. Il comporte 139 lits et 13 places de jour. Aujourd'hui, l'hôpital Rothschild allie une activité de soins de suite et de réadaptation (services de rééducation et de Gériatrie) à une activité de court séjour (services de Chirurgie plastique, esthétique et reconstructrice et de Médecine gériatrique). En 2008, il a réalisé 7 600 hospitalisations et 29 000 consultations. Il disposait d'un budget d'exploitation de 35 millions d'euros et d'un budget d'investissement de 15 millions d'euros. Son résultat net était de -9.5 millions d'euros. Il employait 80 PM et 450 PNM.

❖ **Le Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon**

Le Groupe Hospitalier Armand Trousseau - La Roche Guyon est né du regroupement en 2006 de deux hôpitaux : l'hôpital Armand Trousseau situé dans le 12^{ème} arrondissement de Paris et l'hôpital de la Roche Guyon situé dans le département du Val d'Oise (95).

La création de l'hôpital pour enfants Armand Trousseau est dictée par le remplacement de l'hôpital Sainte Eugénie créé en 1854 et dénommé depuis 1880 Armand Trousseau. Il sera bâti à son emplacement actuel à la fin du 19^{ème} siècle. En 2007, l'hôpital Armand Trousseau voit sa patientèle élargie aux adultes grâce à l'ouverture d'une maternité de type III (grossesses à risque, réanimation néonatale). Ce nouveau pôle s'inscrit dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire avec l'Hôpital Pierre Rouquès-les Bluets, établissement privé participant au service public hospitalier et maternité de type I.

L'hôpital de La Roche Guyon est situé dans le Vexin. Structure de soins de suite et de réadaptation, il accueille en soins aigus prolongés 80 enfants et adolescents polyhandicapés d'Ile de France (80 lits en moyen et long séjour au total).

En Pédiatrie, les missions principales du Groupe Hospitalier Armand Trousseau - La Roche Guyon sont d'assurer des soins de proximité, d'assurer des soins hautement spécialisés et prendre en charge les maladies rares, d'assurer la formation des soignants (école de puériculture). L'activité de cet hôpital est de 371 lits de plus de 24 heures de

soins aigus et 28 places de moins de 24 heures en hôpital de jour. Elle est organisée autour de cinq pôles de santé : 1- Pédiatrie médicale et urgences, 2- Chirurgie pédiatrique et d'anesthésie, 3- Périnatalité, 4- Imagerie, 5- Investigations biocliniques et de pharmacie. En 2008, le Groupe Hospitalier Armand Trousseau - La Roche Guyon a réalisé 194 000 consultations, 31 000 admissions et 2 600 accouchements. Il disposait d'un budget d'exploitation de 160 millions d'euros et d'un budget d'investissement de 3.6 millions. Son déficit était de 18.4 millions d'euros. Il employait 470 PM et 1 770 PNM.

Contexte de la restructuration hospitalière entre les quatre établissements

Suite la remise, en avril 2008, au Président de la République du rapport de la commission LARCHER sur « *Les missions de l'hôpital* », l'intérêt des coopérations hospitalières sur un territoire de santé a été mis en exergue. Elles permettent une sécurisation et une qualité renforcées des soins proposés aux patients ainsi qu'une mutualisation de moyens dans un souci de bonne gestion des deniers publics. Elles garantissent la permanence des soins et sont une réponse efficace aux évolutions de la démographie médicale.

Toutefois, il est bon de rappeler que la coopération entre hôpitaux est ancienne. La coopération est une forme d'organisation collective qui existe par la mise en place de contrats fonctionnels dans l'intérêt de chacun (coopération fonctionnelle) ou par la création de structures communes (coopération institutionnelle). La coopération fonctionnelle peut être illustrée par la concession de service public hospitalier (établissements PSPH), les conventions de coopération, les réseaux de santé. La coopération institutionnelle existent à travers les syndicats inter hospitaliers, les groupements d'intérêt public et le groupement d'intérêt économique, les groupements de coopération sanitaire, et désormais les communautés hospitalières de territoire.

Anticipant la future loi, la Direction générale de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) a lancé, dès le 03 juillet 2008, un projet de regroupement des 38 hôpitaux actuels en un nombre restreint de groupes hospitaliers. La définition du périmètre des 11 futurs groupes hospitaliers arrêtée le 19 décembre 2009 est la suivante ⁶:

- ❖ Bicêtre - Paul Brousse - Antoine Béclère,
- ❖ Henri Mondor - Albert Chenevier - Emile Roux - Joffre-Dupuytren - Georges Clémenceau,
- ❖ Cochin - Hôtel Dieu – La Collégiale - Broca – La Rochefoucauld,
- ❖ Necker - Saint Vincent de Paul,
- ❖ Ambroise Paré - Raymond Poincaré - Sainte Périne – Rossini – Chardon Lagache,

- ❖ HEGP - Corentin Celton - Vaugirard,
- ❖ **Saint Antoine - Rothschild - Tenon - Armand Trousseau La Roche-Guyon,**
- ❖ Bichat - Beaujon – Bretonneau,
- ❖ Pitié Salpêtrière – J. Rostand - Charles Foix,
- ❖ Avicenne - Jean Verdier - René Muret,
- ❖ Lariboisière - Saint Louis,
- ❖ Robert Debré.

Le Groupe Hospitalier STARTT regroupe les hôpitaux Saint Antoine, Rothschild, Tenon et le Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon qui appartiennent au Groupe hospitalo-universitaire Est. Il constituera un ensemble hospitalier universitaire de premier plan avec 1705 lits, dont 992 en Médecine, 494 en Chirurgie et 219 en Gynécologie obstétrique. En 2008, il a réalisé 81 901 séjours d'hospitalisation complète, 80 668 séjours d'hospitalisation partielle et 480 860 consultations. Il a enregistré 131 449 passages aux urgences. C'est aussi un ensemble de recherche important avec 5 394 publications et 114 essais industriels en 2008. Les quatre hôpitaux sont reconnus pour la qualité de leurs soins (cf. enquête SAPHORA 2008). En 2008, le GH a comptabilisé 659,7 millions d'euros de recettes pour 699,2 millions d'euros de dépenses, soit un déficit de 39,5 millions d'euros (6% des recettes). C'est également un employeur important avec 1 022 PM et 7 512 PNM. En termes de données chiffrées⁷, le GH STARTT est une structure comparable au CHU de Strasbourg. C'est le premier groupe de l'AP-HP pour le nombre de lits exploitables, l'hospitalisation complète, le deuxième pour le nombre de consultations, sa masse salariale, pour ses recettes et dépenses d'exploitation.

Avant même la constitution du groupe hospitalier STARTT, les quatre hôpitaux travaillaient déjà ensemble. D'un point de vue géographique, l'Hôpital Tenon est situé dans le 20ème arrondissement, tandis que les trois autres se trouvent dans le 12ème arrondissement de Paris. Les quatre hôpitaux sont tous distants de moins de 4km les uns les autres. (St Antoine-Rothschild : 1,79 km ; St Antoine-Trousseau : 2,21 km ; Trousseau-Rothschild : 1,57 km ; Tenon - St Antoine : 3,24 km ; Tenon - Rothschild : 3,86 km ; Tenon – Trousseau : 3,59 km). D'un point de vue universitaire, les quatre hôpitaux sont rattachés à l'Université Pierre et Marie Curie (Paris VI) présidée par le doyen, M. le Professeur Serge UZAN. Au niveau de la recherche, des unités de recherche

⁶ Cf. Annexe 5 : La nouvelle cartographie de l'AP-HP.

⁷ Cf. Annexe 6 : Les principales données chiffrées du groupe STARTT.

INSERM travaillent sur plusieurs hôpitaux du GH⁸. Pour la prise en charge des patients, les coopérations entre les quatre hôpitaux sont anciennes. A titre d'exemple, la prise en charge des enfants et adolescents fait l'objet de conventions entre l'hôpital à vocation pédiatrique Armand Trousseau et les hôpitaux pour adultes que sont Tenon et Saint-Antoine⁹. En termes de coopération sur les services supports et médico-techniques, les coopérations sont également déjà présentes. Ainsi, il existe depuis plusieurs années une convention d'utilisation privilégiée du scanner du Groupe Hospitalier Armand Trousseau – La Roche Guyon par l'Hôpital Rothschild (mardi et jeudi matin). Enfin, la gestion mutuelle des moyens humains est préexistante. Le personnel de l'Hôpital Rothschild bénéficie des services de la crèche du personnel et des services de restauration de l'hôpital Trousseau. La constitution du GH STARTT ne fait donc qu'entériner des pratiques de coopération déjà existantes pour les amplifier et les multiplier.

Pourtant, cette analyse des coopérations préexistantes ne doit pas non plus masquer une autre réalité. Le déficit cumulé des quatre hôpitaux pour l'année 2008 a été de 39,5 millions d'euros. La constitution du Groupe Hospitalier STARTT apparaît donc également comme une opportunité pour mutualiser des services supports entre hôpitaux situés à proximité les uns les autres. C'est aussi un levier pour revoir l'organisation des soins offerts globalement par le nouvel ensemble et voir si des synergies d'activités médicales et de recherche sont possibles. Enfin, dans un contexte de patrimoine foncier vieillissant et contraint du fait de son insertion en milieu urbain, une mutualisation de certains investissements à venir semble indispensable.

Dans sa note en date du 18 juin 2009 relative à « la feuille de route » des Groupes Hospitaliers, le Directeur Général de l'AP-HP Benoît LECLERCQ a demandé à chaque animateur de Groupe Hospitalier d'identifier le principal levier d'amélioration de l'efficacité tant dans les fonctions supports que pour les fonctions « cœur de métier ». Pour chaque

⁸ Cf. Unité INSERM 515 « Croissance, différenciation et processus tumoraux » dirigée par le Professeur Yves LEBouc et présente à l'hôpital Saint Antoine et l'hôpital Armand Trousseau.

⁹ Cf. Principaux partenariats existants entre le GH ARMAND TROUSSEAU LA ROCHE-GUYON et les autres hôpitaux avant la création du GH STARTT :

- Protocole avec les hôpitaux de Tenon / St Antoine (avril 2002) pour le relais urgences : prise en charge par l'Hôpital Armand Trousseau de tous les enfants, y compris les nouveau-nés, qui lui sont adressés par le SAU de l'hôpital Tenon / St Antoine,
- Protocole relais urgences (décembre 2000) : prise en charge, par l'hôpital St Antoine, de tous les patients adultes et mineurs âgés de 15 ans et plus, proposés par l'Hôpital Armand Trousseau,
- Protocole relais urgences avec les hôpitaux de Tenon / St Antoine (avril 2002) : prise en charge, par l'hôpital Tenon, de tous les patients adultes et mineurs âgés de 15 ans et plus, proposés par l'Hôpital Armand Trousseau dans le cas où l'hôpital Saint-Antoine ne serait pas en mesure d'accepter le malade,

GH, les conférences stratégiques de l'automne 2009¹⁰ réuniront le directoire préfigurateur, le directeur exécutif, les directions fonctionnelles et la Mission efficacité¹¹. Ces conférences auront notamment pour but d'effectuer la synthèse des processus en cours pour la transformation de l'AP-HP. Chaque directeur animateur de GH devra présenter son positionnement stratégique, identifier les projets les plus structurants pour le positionnement stratégique futur du Groupe Hospitalier et sa trajectoire financière, préciser sa gouvernance future.

Afin de construire d'ici l'automne 2009 un projet d'établissement ambitieux et pertinent, source d'adhésion pour les différents acteurs hospitaliers des quatre hôpitaux du Groupe Hospitalier STARTT, une étude de son territoire de santé est nécessaire. Elle permettra de mieux définir la stratégie à adopter dans le projet d'établissement du groupe STARTT au regard des besoins de santé de la population et de l'offre de soins existante.

1 Analyse des besoins de santé et de l'offre de soins du territoire

La connaissance des caractéristiques sociodémographiques du territoire est essentielle pour apprécier quantitativement et qualitativement les besoins de santé des populations auxquels doit répondre le futur Groupe Hospitalier Saint Antoine, Rothschild, Tenon, Groupe Hospitalier Armand Trousseau – La Roche-Guyon¹². Aussi, nous nous attacherons à identifier ses besoins (1.1) et à analyser dans quelle mesure le projet d'établissement du Groupe Hospitalier STARTT peut se positionner de façon performante dans l'offre de soins présente sur le territoire de santé (1.2).

1.1 Les besoins de santé du territoire

Le futur Groupe Hospitalier STARTT relève du territoire de santé 75-2 situé à l'est de Paris (11ème, 12ème, 13ème et 20ème arrondissement de Paris)¹³. Ce territoire est limitrophe à l'ouest avec les deux autres bassins de santé de Paris (75-1 et 75-3) et à l'est

¹⁰ La conférence stratégique du groupe STARTT a lieu le 9 novembre 2009. Son dossier doit être déposé au siège de l'AP-HP au plus tard le 9 octobre 2009.

¹¹ La Mission Efficacité est un groupe de travail créé à l'initiative du Directeur Général de l'AP-HP. Elle a pour mission d'aider les futurs groupes hospitaliers à l'étude médico-économique de leurs projets. Elle apporte une méthodologie, des outils et un appui technique et humain dans le chiffrage des options envisagées. Elle regroupe des personnels hospitaliers et des consultants, spécialistes du monde hospitalier.

¹² Les données suivantes sont majoritairement issues du recensement 2006 de l'INSEE sur le site <http://www.insee.fr>. Dans une moindre mesure, elles sont complétées par celles du SROS 3.

¹³ Cf. Annexe 3 : le territoire de santé 75-2, une offre de soins importante.

avec les départements du Val-de-Marne et de la Seine-Saint-Denis¹⁴. C'est le moins peuplé des territoires parisiens (31% de la population). La population du territoire est hétéroclite avec une population plus aisée dans le 12ème et 13ème arrondissement et une population plus modeste dans le nord du 11ème et le 20ème arrondissement.

1.1.1 Principales caractéristiques de la population du territoire de santé.

A) Paris regagne des habitants grâce un solde naturel très positif, mais sa population vieillit

Paris comptait 2 181 400 habitants au premier janvier 2006. Après un demi-siècle de décroissance, Paris regagne des habitants. Depuis le recensement de 1999, la population de la capitale a augmenté de 0,4% par an en moyenne. Cette hausse provient uniquement du dynamisme naturel, lié à la jeunesse de la population (56% de la population a moins de 40 ans). L'excédent des naissances (31 748) sur les décès (14 076) correspond, en effet, à une croissance démographique de 0,7% par an en moyenne au cours de la période. L'augmentation totale de la population est cependant de moindre ampleur car les échanges migratoires sont déficitaires. La capitale attire de jeunes actifs qui s'en éloignent après avoir eu leurs premiers enfants.

Si la population de l'Île-de-France est plus jeune que la population française (en 2006, la région comptait 17% de personnes de 60 ans et plus, soit nettement moins que la moyenne nationale qui s'établit à 21%), le département de Paris a en parallèle une proportion de population de plus de 75 ans sensiblement plus élevée que la moyenne régionale, avec un taux de 7,9%. L'espérance de vie ne cesse d'augmenter en France et, dans ce contexte favorable, les parisiens ont une espérance de vie constamment supérieure à la moyenne nationale (79,3 ans pour les Parisiens et 85,1 ans pour les Parisiennes contre 77,3 ans pour les Français et 84,1 ans pour les Françaises). L'accroissement de la part des personnes de plus de 75 ans va se poursuivre. Parmi ces dernières, le nombre de personnes dépendantes devrait également fortement augmenter. Le territoire 75-2 est à l'image du reste de la capitale avec près de 19% de personnes de moins de 20 ans et 7,5% de plus de 75 ans.

B) Paris est caractérisé par des indicateurs socio-économiques globalement favorables, mais des disparités importantes

Paris fait partie d'une région riche et active, créatrice d'emplois. L'Île-de-France constitue le premier bassin d'emploi en France. Les Parisiens sont plus actifs (75,5% des 15-64 ans) que les Franciliens (74,7%) et que les Français en général (71,3%). Ils occupent

¹⁴ Cf. SROS 3.

également des fonctions supérieures (31,3% de cadres et professions intellectuelles supérieures contre 26,6% pour les Franciliens et 15,4% pour les Français en général). Ils sont enfin plus diplômés (38,8% contre 21,2% pour les Franciliens et 11,5% pour les Français en général). Néanmoins, les emplois temporaires se sont multipliés au cours de ces dernières années. En 2006, le taux de chômage des 15-64 ans à Paris était de 11,4% contre 11% pour la région et 11,6% pour la France. C'est le chômage de longue durée et le chômage des jeunes qui ont progressé.

Par ailleurs, Paris est marqué par des disparités socio-économiques importantes. Les bas revenus sont proches de ce qu'ils sont dans les autres départements, mais le niveau de vie des plus riches est plus de cinq fois supérieur à celui des plus modestes, soit 1,8 fois le rapport moyen national. En outre, l'Est de Paris est plus pauvre que l'Ouest parisien. Pour le territoire de santé 75-2, cela est surtout vrai dans le nord du 11^{ème} et le 20^{ème} arrondissement qui regroupe trois zones urbaines sensibles (La Fontaine au Roi, Belleville, Ménilmontant). Par ailleurs, le territoire de santé 75-2 est situé en bordure du département de Seine-Saint-Denis caractérisé par un taux de pauvreté élevé. En 2003, les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base représentent 4,8% de la population de Paris. Pour la CMU complémentaire, Paris compte 9 bénéficiaires pour 100 habitants, pour un taux moyen régional de 6,6%. Or, selon une étude de la DREES de 2003, les allocataires de minima sociaux sont plus nombreux à faire état d'un problème de santé chronique, à âge et sexe comparable. Le territoire de santé 75-2 ne fait pas exception.

C) Les données épidémiologiques de la population du territoire

Les données du territoire 75-2 sont à l'image de reste de la capitale avec une sous mortalité générale, deux principales causes de décès et une morbidité caractérisée par l'importance des pathologies tumorales et des maladies mentales.

a) *Paris est caractérisé par une sous mortalité générale*

L'Ile-de-France est l'une des régions françaises où l'on vit le plus longtemps¹⁵. Sur la période 2006-2007, 14 000 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année à Paris. Cette sous mortalité générale est due notamment à une très faible mortalité par maladies cardio-vasculaires et à une faible mortalité aux âges élevés.

La mortalité infantile à Paris atteint un taux de 3,6‰, un taux comparable à celui observé au plan national. Elle est par contre inférieure pendant l'enfance et l'adolescence, en raison notamment d'une moindre mortalité accidentelle.

¹⁵ Les données présentées sont issues du SROS 3. Elles portent sur la période 1997-1999 et proviennent principalement des travaux de l'Observatoire régional de la santé et de la DRASS.

Chez les personnes de plus de 65 ans, la forte surmortalité masculine perdure, avec un taux supérieur de 2 à 2,5 fois au taux féminin. Les tumeurs et les maladies cardiovasculaires constituent les deux principales causes de décès.

Toutefois, à structure d'âge comparable, la mortalité prématurée à Paris est inférieure à la moyenne nationale pour les hommes. En revanche, une surmortalité féminine prématurée par rapport à la moyenne nationale est observée à Paris.

b) Les deux principales causes de décès : cancer et pathologies cardio-vasculaires

Les cancers constituent la première cause de décès à Paris, soit près de 30% du total. A structure d'âge comparable, la mortalité francilienne masculine par cancer est en deçà de la moyenne nationale (taux comparatif de mortalité de 339 contre 357). La mortalité féminine se situe par contre au-delà expliquée par le cancer du sein et la progression régulière du cancer du poumon (169 versus 161). Les cancers constituent une cause de décès non négligeable à tous les âges, y compris dès la petite enfance (19% des décès chez les enfants de 1 à 14 ans). Les cancers responsables du plus grand nombre de décès avant 65 ans sont le cancer du poumon chez l'homme (plus de 10% des décès prématurés) et le cancer du sein chez la femme (plus de 13% des décès prématurés).

Les maladies cardio-vasculaires représentent la deuxième cause de décès (28% du total), mais c'est la première cause de décès chez les femmes. Les décès se concentrent aux âges élevés. La population féminine étant plus âgée que la population masculine, le nombre de décès est donc plus important chez les femmes. Toutefois, l'Ile-de-France est la région où l'on meurt le moins de maladies cardiovasculaires.

c) La morbidité : l'importance des pathologies tumorales et des maladies mentales

Le principal indicateur de morbidité est le taux d'incidence de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée attribuée par les organismes d'assurance maladie. Les principaux motifs d'admission en ALD avant 65 ans à Paris sont par ordre décroissant : les pathologies cancéreuses, les troubles psychiatriques, le diabète, l'hypertension artérielle sévère et les artériopathies chroniques évolutives.

Pour les pathologies tumorales, trois localisations présentent des incidences supérieures à Paris : le cancer du poumon pour les femmes, avec un surcroît d'incidence de 30% par rapport au chiffre national, le cancer du sein (+6%) et le cancer de la prostate (+7%).

Pour les maladies mentales, le taux d'incidence médico-sociale standardisé de l'exonération du ticket modérateur pour psychoses, troubles graves de la personnalité et déficiences mentales est de 233 en Ile-de-France en 2002 versus 228 France entière. Ce sont les jeunes de 10 à 19 ans avec l'émergence de troubles graves de la personnalité et des psychoses et les personnes de plus de 70 ans avec la maladie d'Alzheimer qui sont les plus concernés. La mortalité par suicide est la deuxième cause de décès des 20-24 ans et la première chez les hommes de 25 à 34 ans.

Pour les maladies cardio-vasculaires, l'incidence médico-sociale de l'hypertension artérielle et celle de l'accident vasculaire cérébral sont plus élevées en Ile-de-France qu'au plan national, avec des taux d'incidence respectivement de 183,9 versus 179,5 et de 63,4 versus 58,5. Inversement, celle des artériopathies chroniques est un peu plus faible (171,4 versus 178,9).

D'autres pathologies peuvent également être mises en évidence. Ainsi, la croissance de la prématurité et de la grande prématurité sont maintenant des données bien établies. Par ailleurs, le taux de naissances avec malformation ne fléchit pas. L'enfance et l'adolescence voient se développer les troubles liés à l'obésité et les insuccès des solutions thérapeutiques de nombreuses maladies orphelines. Par ailleurs, chez les adolescents, la dépendance à diverses addictions est en croissance. Aux âges plus avancés de la vie, la croissance des besoins de santé est indéniable, du fait des succès thérapeutiques et des maladies chroniques. Par ailleurs, l'Ile-de-France présente quelques spécificités : elle reste la région la plus touchée de France métropolitaine par la tuberculose et les problèmes de toxicomanie. Elle est également la région la plus affectée par les hépatites ainsi que par le Sida. Elle compte 10 000 personnes vivantes au stade sida, dont 40 % sont domiciliées à Paris.

1.1.2 L'origine des patients

Le bassin d'attraction du Groupe Hospitalier STARTT comprend cinq grandes zones¹⁶ :

- ❖ Paris avec 13 à 56% des patients,
- ❖ la petite couronne (départements de l'Essonne, des Yvelines, de la Seine et Marne, du Val d'Oise) avec 26 à 59% des patients,
- ❖ la grande Couronne (départements des Hauts de Seine, de la Seine Saint-Denis, du Val de Marne), avec 14 à 29% des patients,
- ❖ La Province avec 2 à 11% des patients,
- ❖ La France d'Outre-mer et l'Etranger avec 0 à 2% des patients.

A) Des patients essentiellement de proximité avec le poids prépondérant de Paris et de sa petite couronne.

L'hôpital Tenon reçoit 85% de patients provenant de Paris (55%) ou de sa petite couronne. Les patients parisiens hospitalisés sont issus à 50% du 20^{ème} arrondissement de la capitale où se situe l'hôpital (62% des patients accueillis aux urgences), et 18% proviennent du 19^{ème} arrondissement. En revanche, seul 6% des patients proviennent du 12^{ème} arrondissement où se trouve l'hôpital Saint-Antoine, l'autre hôpital d'adultes du Groupe Hospitalier STARTT. Par ailleurs, il est à noter que près de 20% de ses patients

sont issus du département limitrophe de la Seine-Saint-Denis caractérisé par des indicateurs socio économiques plus défavorables. Les patients issus de la Province, de la France d'Outre-mer et l'Etranger ne représente que 6% des patients hospitalisés.

L'hôpital Saint-Antoine reçoit 79% de patients provenant de Paris (53%) ou de sa petite couronne. Les patients issus de la Province, de la France d'Outre-mer et l'Etranger ne représente que 7% des patients hospitalisés. L'origine des patients provenant de la grande couronne parisienne est plus marquée qu'à Tenon avec 14% contre 10%.

L'hôpital à vocation pédiatrique Armand Trousseau reçoit 69% de patients provenant de Paris (53%) ou de sa petite couronne. L'origine des patients provenant de la grande couronne parisienne est toutefois plus marquée avec 18%.

Les hôpitaux de La Roche-Guyon et de Rothschild qui assurent des soins de suite et de réadaptation ont un recrutement de patients de proximité en lien avec les autres hôpitaux de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

B) Des patients plus divers sur certaines surspécialités

Certaines surspécialités attirent des patients provenant d'horizons plus éloignés, de Province, de la France d'Outre-mer ou de l'Etranger. A l'hôpital Tenon, 5% des patients proviennent de Province. Les services de Médecine de la reproduction, d'Urologie, de Néphrologie et de transplantation rénale ou d'Oncologie ont une réputation nationale indéniable. A l'hôpital Saint-Antoine, son centre de prélèvements, de greffes d'organes et de tissus, ses services d'Hépatogastro-entérologie ont un rayonnement national avec 6% de patients provenant de Province. L'hôpital à vocation pédiatrique Armand Trousseau est l'hôpital du Groupe Hospitalier STARTT qui attire le plus de patients d'origine diverses. Ainsi, 11% de patients proviennent de Province, 1% de la France d'Outre-mer et 1% de l'Etranger. Ses services pour les enfants de Chirurgie des brûlés, de Chirurgie réparatrice, son service d'Oto-rhino-laryngologie pédiatrique et de Chirurgie cervico-faciale, son service d'Hématologie ont une réputation nationale voire internationale. Par ailleurs, l'établissement coordonne sept centres de référence nationaux de maladies rares.

1.1.3 Les circuits de recrutement

Pour les hôpitaux de court séjour adultes et l'hôpital pédiatrique Armand Trousseau, le recrutement des patients se fait essentiellement :

- **via leurs services d'urgences,**
- **grâce à l'adressage des médecins de ville,**
- **par le développement de réseaux et de conventions inter établissements.**

¹⁶ Annexe 4 : Origine des patients des hôpitaux MCO du groupe STARTT.

Avec 131 449 passages en 2008, le nombre de passages aux urgences des hôpitaux pour le groupe STARTT est très important. Toutefois, le taux d'hospitalisation suite à un passage aux urgences est contrasté selon les hôpitaux : il est de 13,4% en 2008 à Tenon, 11,3% à Trousseau et 23,1% à Saint-Antoine (moyenne AP-HP : 14,8% ; médiane CHU 28,7%). La prise en charge aux urgences de la « bobologie » sans hospitalisation est plus fréquente sur les sites de Tenon et de Trousseau. Toutefois, la typologie de la patientèle arrivant aux urgences des différents hôpitaux ne peut expliquer à elle seule de tels écarts entre hôpitaux. Les politiques internes de prise en charge dans chaque établissement seraient à analyser de plus près. Par ailleurs, les taux de transfert à partir des urgences (2.3% à Saint-Antoine et 3.2% à Tenon) restent non négligeables. Un manque de places dans les structures d'aval peut en partie expliquer ces taux.

En ce qui concerne les professionnels de santé, le territoire de santé 75-2 dispose d'un maillage de professionnels de santé important avec une densité plus élevée que dans le reste de la France (173,29 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 112 en France Métropolitaine ; 276 spécialistes pour 100 000 habitants contre 99 en France Métropolitaine)¹⁷. Les médecins de ville constituent donc pour le groupe STARTT un groupe d'adresseurs de patients à ne pas négliger. Or, force est de constater qu'aujourd'hui les relations des hôpitaux avec ces adresseurs restent à améliorer.

Le développement de réseaux et de conventions inter établissements constitue le dernier grand circuit de recrutement de patients pour le groupe STARTT. L'objectif de ces réseaux est de mieux coordonner l'offre de soins et d'offrir des conseils aux professionnels de santé de ville. Ils se sont développés ces dernières années et concernent le cancer (Réseau Oncologie Paris Est, Réseau Ile-de-France d'Hémo-Oncologie Pédiatrique), les soins palliatifs (QUIETUDE, OCEANE, LCD), les personnes âgées (Association gériatrique de l'Est Parisien), l'insuffisance rénale (NEPHRONEST), l'insuffisance cardiaque (RESICARD), l'insuffisance respiratoire (RECUP'AIR), la sclérose en plaques (SINDEFI-SEP), l'accès aux soins (SOLIPAM), la périnatalité (Réseau Ville Hôpital Orthogénie), les pathologies du sommeil et de la vigilance (HYPNOS), la Pédiatrie (Association des Réseaux Bronchiolites, Institut Francilien d'implants Cochléaires, Réseau de Chirurgie Infantile de l'Est Parisien, Réseau Pédiatrique Paramédical de l'Est Parisien, Réseau de Prise en charge Et Prévention de l'Obésité en Ile de France).

Le groupe STARTT devra donc répondre à l'évolution des différentes caractéristiques sociodémographiques de son territoire.

17 Source : DREES – DRASS – ADELI sur le site <http://www.sante.gouv.fr/dress/statiss>

1.2 Les réponses aux besoins de santé que peut apporter le nouveau Groupe Hospitalier dans le contexte d'une offre de soins concurrentielle

L'offre de soins est abondante en région Ile-de France. Le projet d'établissement et son volet médical devra donc s'insérer dans un contexte de forte concurrence tant en apportant une offre de soins originale et efficiente en terme de qualité.

1.2.1 Une offre de soins fortement concurrentielle et un taux de fuite très important

En dehors des hôpitaux du groupe STARTT, le territoire de santé 75-2 regroupe :

- le plus important hôpital de l'AP-HP la Pitié Salpêtrière (1784 lits, 1677 PM, 6342 PNM, 602 millions de budget d'exploitation et 32 millions de budget d'investissement en 2007),
- 6 cliniques à but lucratif dont 4 Maternités qui réalisent 4400 accouchements (Hôpital privé des peupliers avec 167 lits en MC, Clinique Villa ISIS avec 28 lits de CO et 1000 accouchements, Clinique du bien naître avec 32 lits de CO et 1700 accouchements, Centre Médico-Chirurgical de Vinci avec 97 lits de CO et 1000 accouchements, Clinique Jeanne d'arc avec 58 lits de CO avec 700 accouchements, Clinique du Mont Louis avec 139 lits de MC),
- 1 établissement privé à but non lucratif (Centre pasteur Vallery RADOT avec 12 lits de Médecine),
- 3 hôpitaux PSPH (Clinique Paul Rouquès les Bluets avec 52 lits de CO et 1700 accouchements, Hôpital des Diaconesses et Hôpital de la Croix Saint Simon avec 269 lits de MCO)¹⁸.

En 2008, l'analyse des parts de marchés sur le territoire de santé 75-2¹⁹, fait ressortir les caractéristiques suivantes :

- **l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris occupe une part prédominante** (55% des 166 153 séjours enregistrés en 2008 sur le territoire),
- l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris fait face à une forte concurrence (45% des séjours),
- cette **concurrence reste en ordre dispersé** (1 PSPH avec 4% de part de marché ; 3 établissements privés à but lucratif détiennent 8 % du marché et 33% du marché est pris par des structures diverses). Le groupe « Générale de santé » possède l'Hôpital privé des Peupliers, le GIE « Santé et retraite » détient la

¹⁸ Ces données sont issues de la Plateforme d'informations sur les établissements de santé PLATINES du Ministère de la Santé.

¹⁹ Cf. Site internet de l'ARHIF.

Clinique Jeanne d'Arc et le groupe « Access Medical Santé » possède le CMC Vinci ».

Sur le territoire de santé 75-2, l'AP-HP est très bien positionnée dans son rôle d'établissement de proximité pour la population (210 528 passages aux urgences en 2008). En revanche, elle subit la concurrence des structures privées en Chirurgie ambulatoire (exemple : clinique du Mont Louis spécialisée dans la Chirurgie du pied) et pour les traitements des ALD (dialyse, chimiothérapie, ...). Enfin, en Gynécologie-Obstétrique, l'AP-HP détient un part de marché non négligeable avec 60% des 9300 accouchements du territoire de santé (Trousseau 2 537 accouchements ; Tenon 2268 accouchements; Saint-Antoine : 2343 accouchements; La Pitié Salpêtrière : 2183 accouchements soit un total de 9331 accouchements), mais la concurrence reste forte.

En ce qui concerne le taux de fuite, qui mesure le rapport entre les séjours de patients domiciliés dans ce territoire pris en charge hors de ce territoire et la totalité des séjours des patients domiciliés dans ce territoire, il s'établit à 83,7%. Ce taux très élevé peut être expliqué par plusieurs facteurs : patientèle exigeante, nombreux moyens de transports, territoire de santé inclus dans la région parisienne où l'offre de soins est abondante, structures de SSR et de longue durée assez faibles.

1.2.2 Un Groupe Hospitalier qui offrira des soins de proximité, mais qui sera aussi un centre de référence

Le Groupe Hospitalier STARTT disposera d'une offre de soins variée permettant la prise en charge de pathologies à tous les âges de la vie.

- **1 hôpital pédiatrique** : le GH Armand Trousseau/La Roche-Guyon,
- **2 hôpitaux de court séjour adultes** (Saint-Antoine et Tenon),
- **1 hôpital d'adultes tourné vers le grand âge et la réadaptation/rééducation** (Rothschild).

Le Groupe Hospitalier disposera d'un pôle de Gynéco-obstétrique de premier plan avec 7 148 accouchements en 2008 (22% du total AP-HP et 47% des parts de marchés de son territoire de santé). Ce sera également le seul Groupe Hospitalier de l'AP-HP incluant un hôpital pédiatrique. De réelles synergies avec les hôpitaux d'adultes seront possibles pour les soins concernant les nouveau-nés et les jeunes enfants mais aussi pour la prise en charge des adolescents, qui représente un enjeu de santé publique dans la mesure où ils constituent une population globalement mal prise en charge. Pour les adolescents atteints de maladies chroniques ou bénéficiant de soins de suite et de réadaptation, le GH STARTT garantira une continuité de prise en charge lors du passage à l'âge adulte. Au

niveau des soins de courte durée pour adultes, les principales pathologies affectant les Parisiens seront prises en charge par le futur Groupe Hospitalier :

- pour les pathologies tumorales, le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate seront notamment pris en charge par les services de Gynécologie, de Pneumologie, d'Urologie et d'Oncologie médicale,
- pour les maladies cardio-vasculaires, la population disposera d'un service de Cardiologie et de Médecine vasculaire,
- pour les maladies mentales, les parisiens disposent de service de PédoPsychiatrie, de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, de Psychiatrie adultes et d'un service dédié aux malades usagers de drogues,
- Pour les maladies liées au grand âge, le Groupe Hospitalier STARTT bénéficiera de services de Gériatrie générale, de Gériatrie aigue et d'une unité mobile de soins palliatifs,
- Pour les maladies infectieuses, la population disposera de services dédiés.

En revanche, il est notable que la Chirurgie Neurologique et la Chirurgie des Brûlés adultes qui sera transférée prochainement sur l'hôpital Saint-Louis seront absentes de l'offre de soins du Groupe Hospitalier STARTT. Il ne disposera pas non plus d'un service de soins de longue durée. Par ailleurs, il est à noter qu'un certain nombre de services médicaux sont actuellement en doublon. Des regroupements d'activités médicales semblent possibles²⁰. Il s'agit de la Neurologie, de la Pneumologie, de la Cardiologie, de la Chirurgie digestive, de la Gynécologie-obstétrique, de l'Hépto-gastro-entérologie, de la Stomatologie, de l'Oncologie, de l'Oto-rhino-laryngologie, de l'Ophtalmologie. Il en est de même pour les services médico-techniques pour l'Accueil et le Traitement des Urgences, l'Anesthésie Réanimation, les Blocs opératoires, l'Imagerie médicale, le Département d'information médicale, l'Etablissement Français du Sang, les Explorations Fonctionnelles, l'hospitalisation à domicile, les laboratoires, les Pharmacies, les Stérilisations. En parallèle, une optimisation des services supports semble possible. Enfin, le groupe STARTT devra aussi savoir adapter son offre de soin à l'évolution des besoins de sa population de proximité (hausse de l'âge moyen des femmes pour une première maternité, hausse des grossesses à risque, accroissement des troubles psychiatriques chez les adolescents, pathologie de l'obésité et de l'anorexie, nouvelles formes d'addictions, augmentation des cancers chez la femme, accroissement des Affections de Longue Durée (ALD), recrudescence des maladies infectieuses, vieillissement de la population et pathologies associées, ...).

²⁰ Cf. Conclusions du rapport IGAS/IGF de février 2009 sur le futur GH STARTT.

2 Un projet d'établissement au service de la réussite de l'opération de regroupement conditionné par le jeu des acteurs

Pour le groupe STARTT puisse répondre de façon optimale aux besoins de santé de sa population, il doit se doter d'une stratégie d'ensemble cohérente et partagé par les quatre hôpitaux. L'élaboration du projet d'établissement et notamment du projet médical sera capitale (2.1). Cette phase devra s'accompagner d'une conduite du changement adaptée au jeu des acteurs (2.2).

2.1 Le rôle stratégique du projet d'établissement devra permettre une adhésion rapide des acteurs hospitaliers

Le Projet d'Etablissement est un document obligatoire pour un établissement de santé traçant les principaux axes de développement qu'il s'est fixé. Cette obligation se fonde sur le code la santé publique et notamment l'article L.6143-2. Il est soumis aux avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Technique de l'Etablissement et au vote du Conseil d'Administration. Il doit être compatible avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. Ce dernier établi pour une durée maximale de 5 ans, repose sur une réflexion prospective qui s'attache à analyser la situation actuelle et les évolutions futures de l'environnement. Sur la base du Projet Médical, le Projet d'Etablissement définit les objectifs généraux de l'Etablissement dans le domaine médical et celui des soins infirmiers, de la recherche, de la gestion et du système d'information.

L'AP-HP élabore actuellement un Projet d'établissement global qui est son Plan stratégique pour la période 2010-2014. Ce sera la synthèse des projets d'établissement définis au sein des 11 groupes hospitaliers qui porteront a priori 8 volets :

1. le Projet Médical,
2. le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,
3. le Projet architectural ou Schéma Directeur Immobilier et Technique (SDIT),
4. Le Projet Logistique,
5. le Projet Ressources Humaines,
6. le Projet de Qualité et gestion des Risques,
7. le Projet du Système d'Information,
8. Le Projet Gouvernance

Se fondant sur les notes de la Direction Générale de l'AP-HP du 18 juin 2009 et du 22 juillet 2009 concernant la « feuille de route » des groupes hospitaliers, chaque groupe doit élaborer des éléments de réponse pour le 15 septembre 2009 en prévision des conférences stratégiques d'octobre et novembre 2009 avec :

1. le diagnostic actuel et le positionnement cible pour le GH,
2. la description et l'analyse des projets structurants du groupe,
3. la modélisation budgétaire des projets structurants,
4. la projection pluriannuelle du compte de résultat du groupe et sa trajectoire en matière de Ressources Humaines
5. Une trame de présentation synthétique des projets structurants.

Les conférences stratégiques de l'automne seront l'occasion de négociations entre le siège de l'AP-HP et chaque Groupe Hospitalier.

2.1.1 Le Projet médical, la pierre angulaire qui doit susciter l'adhésion de l'ensemble des acteurs

Le projet médical détermine la stratégie d'un établissement vis-à-vis de la demande de soins générée par la population de son territoire, mais aussi vis-à-vis des autres offreurs de santé. C'est également le projet médical qui sert de base aux autres volets du projet d'établissement. Le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, le Projet architectural ou Schéma Directeur Immobilier et Technique (SDIT), le Projet Logistique, le Projet Social, le Projet de Qualité et gestion des Risques et le Projet du Système d'Information doivent s'articuler avec le projet médical et venir en appui. La période d'élaboration du projet médical du groupe STARTT est donc capitale (A) et a nécessité une méthodologie particulière (B).

A) Le Préprojet médical du groupe STARTT ou comment rendre plus efficiente l'offre de soins actuelle

Sur la base d'un avis de la CME de l'AP-HP du 23 juin 2009, chaque GH doit bâtir un projet médical qui comprend un socle minimal d'activités pour répondre obligatoirement aux besoins de proximité (Urgences, Département médico-chirurgical d'aval des urgences, prise en charge de la précarité, Réanimation et surveillance continue, Anesthésie-réanimation, Centre d'interruption volontaire de grossesse, Odontologie, Gériatrie, accès aux soins de personnes handicapées, autres activités transversales dont douleur, soins palliatifs, ...). Des activités spécialisées, mais ne relevant pas d'un niveau de recours régional ou interrégional peuvent compléter l'offre de base (Cancérologie, Cardiologie, Néphrologie, Neurologie, Pédiatrie générale, Hépato-gastro-entérologie, Chirurgie de l'adulte, Gynécologie, Obstétrique, Néonatalogie, prise en charge des adolescents, Psychiatrie, Addictologie). Enfin, certains GH peuvent remplir des missions régionales ou interrégionales et des activités rares ou de référence (greffe, Cardiologie spécialisée, NeuroChirurgie, Brûlés, Pédiatrie spécialisée, Médecine interne, centre maladies rares, pathologie infectieuses, obésité, ...).

Construits par différents groupes de travail thématique, les activités du GH STARTT pourraient à l'avenir se répartir ainsi :

	Saint-Antoine	Tenon	Rothschild	A. Trousseau / La Roche-Guyon
Urgences	Site principal	Site secondaire	Non	Site pédiatrique
Consultations	Maintien de consultations diversifiées mais regroupées au sein de chaque hôpital			
Médecine	Pluridisciplinaire dont Médecine interne, stomatologie, cardiologie, hématologie, ophtalmologie Psychiatrie, Gériatrie aigüe, Neurologie générale, MIT	Pluridisciplinaire dont Pneumologie, Neurologie vasculaire, Oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie Diabétologie, Endocrinologie, Urologie	Accueil de l'Odontologie de Garancière	Renforcement de la Médecine générale Réflexion en cours pour certaines surspécialités.
Chirurgie	Pluridisciplinaire dont Digestive Orthopédique	Pluridisciplinaire dont thoracique, néphrologique, urologique	Non	Renforcement de la Chirurgie générale. Réflexion en cours pour certaines surspécialités.
Gynécologie-Obstétrique	Transfert de la Maternité	Chirurgie Gynécologique renforcée. Accueil d'une partie de la Maternité de Saint-Antoine	Non	Accueil d'une partie de la Maternité de Saint-Antoine
PMA	Non	Site référent GH	Non	Non
Réanimation	Oui	Oui	Non	Oui
SSR	Non	Non	SSR gériatrique et orthopédique	Réflexion à mener sur le SSR Polyhandicap de La Roche-Guyon.
Long Séjour	Aucun	Aucun	A étudier	Non
Imagerie	Oui	Oui	Non	Oui
Explorations	Une surspécialisation en fonction des activités prédominantes sur site sera privilégiée.			
Pharmacie	Un regroupement de certaines préparations pharmaceutiques spécialisées est envisagé.			
Biologie	Un regroupement de la microbiologie (virologie, parasitologie et bactériologie) est prévu à court terme. Devrait suivre un regroupement de la biochimie et de l'hématologie biologique.			

Le préprojet médical du groupe STARTT vise une efficience axée sur la réorganisation des activités médicales entre les quatre hôpitaux du groupe et notamment entre les hôpitaux d'adultes TENON et SAINT-ANTOINE. « L'objectif est d'assurer plus de lisibilité dans l'offre de soins apportées aux patients, accroître la qualité et la sécurisation des soins, organiser et structurer les filières de soins au sein du Groupe pour coordonner les prises en charge, offrir de nouvelles perspectives à la recherche et répondre aux défis de

la démographie médicale dans les années à venir » selon le président du CCM de l'hôpital SAINT-ANTOINE. Le préprojet médical prévoit le regroupement de petites unités de soins dont la taille critique n'était pas atteinte. La fusion de ces unités médicales permettra donc leur maintien en lieu et place d'une suppression programmée à moyen terme si le regroupement hospitalier n'était pas intervenu.

B) La méthodologie d'élaboration du préprojet médical

a) *De l'analyse de l'existant à la sélection de douze groupes de travail thématiques*

Les Départements d'Information Médicale des quatre hôpitaux ont tout d'abord activement préparé la collecte des données des activités médicales et médico-techniques. L'équipe chargée de la mise en œuvre du GH a ensuite confié à un groupe de médecins représentatifs des quatre sites l'élaboration d'un projet d'organisation autour de 12 thématiques médicales. Leur réflexion devait s'articuler autour de 5 mots-clés : transversalité, organisation, optimisation, qualité et efficacité. Les activités existantes sur les sites de Tenon et Saint-Antoine ont fait l'objet d'une approche discipline par discipline permettant aux chefs de service de présenter leurs propositions devant les présidents de CCM et les responsables de pôle. Différents scénarii d'organisation ont été discutés allant d'un renforcement des complémentarités entre les sites (exemples de la Gériatrie, de la Psychiatrie, etc.) à des regroupements de l'hospitalisation sur un site (exemples de la Pneumologie, de la néphrologie). Par ailleurs, ces travaux se sont inspirés des recommandations du rapport MARESCAUX qui visent notamment à remplacer les pôles existants par des Départements Hospitalo-Universitaires (DHU) de typologie variable (DHU I, II, III) en fonction de la prise en charge plus ou moins graduée des trois missions d'un Centre Hospitalier Universitaire (soins, enseignement, recherche). Ces DHU seraient créés sur le fondement d'un projet hospitalo-universitaire cohérent, à l'opposé de la logique de rapprochement circonstanciel ou matériel. Par ailleurs, le préprojet du GH STARTT, notamment en Cancérologie, pourrait contribuer à faire de l'AP-HP un Institut Hospitalo-Universitaire (IHU) labellisé au niveau international.

b) *La cohérence d'ensemble est du ressort du Directoire*

Chaque Groupe Hospitalier est piloté par un Directoire. Il est constitué d'un Directeur chef de projet, du Doyen, des quatre présidents des Comités Consultatifs Médicaux (CCM), des trois autres directeurs chefs d'établissement, d'un représentant des Coordonnateurs Généraux des soins et de la Directrice du Groupe Hospitalier Universitaire Est. Il veille à la cohérence globale et la faisabilité des différents projets. Il travaille en étroite collaboration avec une mission du siège baptisée « Mission efficacité ». L'objectif est de travailler sur la pertinence de la reconfiguration de l'offre de soins autour de 3 thématiques prises comme exemples : Pneumologie, Gynécologie-obstétrique, accueil des urgences.

2.1.2 Les autres volets du projet d'établissement, les éléments d'appui du projet médical

A) Le Projet de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Les cadres et les personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ont un rôle primordial à jouer dans la mise en place du Groupe Hospitalier. « L'adhésion du personnel non médical au projet d'établissement du Groupe Hospitalier STARTT » est une des préoccupations majeures du Directeur du GH.

Pour ce faire, ceux-ci doivent disposer d'un projet de soins ambitieux prenant en compte leurs attentes et les rendant acteurs de la mise en place du groupe.

Pour atteindre cet objectif, un groupe projet comportant l'ensemble des Coordonnateurs Généraux des Soins et des Directeurs des Soins du Groupe Hospitalier a été chargé de réfléchir à l'harmonisation des pratiques entre les quatre hôpitaux.

« Le projet de soins sera au service du patient. Il déclinera en matière de soins les grandes orientations du projet médical » comme le précise le référent du GH.

Les missions transversales confiées aux Directeurs des soins seront de coordonner les chemins cliniques visant la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients, de mieux appréhender les activités transversales des soins (douleur, Stomathérapie, professionnels de rééducation ...), de mieux gérer les plateaux techniques, d'assurer la qualité et la gestion des risques, de développer les compétences, les parcours qualifiants et l'encadrement des étudiants.

B) Le Projet architectural ou Schéma Directeur Immobilier et Technique (SDIT)

La faisabilité spatiale du projet médical est essentielle. Tout projet d'établissement doit tenir compte des bâtis existants et des potentialités d'espaces constructibles, aménageables ou au contraire inopérants. La bonne connaissance des potentialités de chaque site est fondamentale, surtout en milieu urbain où le prix du m² est élevé et où les contraintes architecturales et celles du Plan Local d'Urbanisme sont parfois très fortes. En parallèle, l'état des lieux du fonctionnement des installations techniques de chaque site est également primordial.

Aussi, le Groupe Hospitalier STARTT a bénéficié de l'appui de la Direction des Investissements, des Travaux, de la Maintenance, et de la Sécurité (DITMS) située au siège de l'AP-HP. Des appels d'offres ont été passés auprès d'équipes de maîtrise d'œuvre regroupant des cabinets d'architecture, des bureaux d'études et des programmistes. Avec l'aide des Directions locales des Travaux et du Patrimoine des quatre hôpitaux, deux Schémas Directeurs Immobiliers et Techniques (SDIT) ont été menés sur le groupe STARTT. L'un concernait le site d'Armand Trousseau au sein des hôpitaux pédiatriques de l'AP-HP, l'autre était consacré aux activités adultes du groupe

STARTT avec les sites de Tenon, Saint-Antoine et Rothschild. Pour chaque site, une analyse approfondie des bâtis existants a permis de dégager un état des lieux et d'étudier des scénarii de montée en charge de certaines activités médicales sur chacun des sites. Globalement, il apparaît que les sites sont très hétérogènes, souvent pavillonnaires, avec des bâtiments assez vétustes. Ce bilan résulte de l'histoire de sites anciens et enclavés en milieu urbain et d'une politique d'investissement peu homogène. En revanche, cet état des lieux laisse également présager de fortes potentialités sur chaque site. En cela, les projets médicaux envisagés disposent d'une marge de faisabilité spatiale non négligeable.

C) Le Projet Logistique

Coordonné par la Directrice de la Logistique de l'hôpital Tenon, ce projet se déclinera en six grandes thématiques : la restauration, le traitement du linge, la gestion des déchets, le bionettoyage, les transports sanitaires, la gestion des approvisionnements et des stocks. Après une analyse de l'existant, l'objectif de ce projet sera de proposer des perspectives de mutualisations possibles. De prime abord, il apparaît que des sources d'optimisation sont réalisables. Toutefois, chaque thématique devra faire l'objet d'études approfondies car mutualiser une fonction logistique peut aussi induire des nouveaux circuits de livraison ou de traitement à mettre en place. Ainsi, des travaux très avancés ont déjà été menés sur la mutualisation de la fonction restauration. Le foncier ancien et contraint des quatre sites réduit les possibilités pour qu'un seul établissement puisse accueillir une unité centrale de production sans un investissement conséquent. Par ailleurs, des circuits de livraison des repas en liaison froide des sites secondaires seraient à créer. En outre, le site principal de production devra disposer d'une voie logistique adéquate. Enfin, sur chacun des sites secondaires, des unités d'assemblage seraient à imaginer. De toute évidence, la mutualisation de la fonction restauration ne pourra pas se faire sans investissement et sans un délai minimal. Le ROI d'une telle opération serait donc long et soumis à des aléas. Aussi, ce scénario pourrait être en concurrence avec un projet d'externalisation de certaines prestations. Ce scénario serait plus rapide à mettre en œuvre et nécessiterait des investissements a minima de remise aux normes des sites.

D) Le Projet Ressources Humaines, l'outil nécessaire à une conduite du changement adaptée pour susciter l'adhésion des acteurs

Dans sa note portant sur la conduite du dialogue social dans le cadre de la réorganisation de l'AP - HP du 27 mars 2009, la Direction Générale de l'AP-HP a souligné l'enjeu majeur constitué par le projet social de chaque Groupe Hospitalier. Cette note précise que le cadrage général de la mise en place des GH se fait sur la base d'un travail concerté avec les organisations syndicales sur des thématiques structurantes du projet (structuration générale du GH dont organisation de la direction du groupe et des sites, impact sur les

instances, organisation de l'offre de soins du groupe dans le cadre du plan stratégique, organisation des emplois et des conditions de travail...).

La Direction du Personnel et des relations sociales de l'AP-HP gère au niveau central :

- ❖ Le calendrier de concertation par thèmes afin que les GH conduisent leur concertation en cohérence,
- ❖ L'accompagnement des mobilités professionnelles: formation, respect des parcours professionnels, respect des qualifications, accompagnement des reconversions, accompagnement social (crèches, logements...),
- ❖ Les modalités de recrutement et de gestion des personnels contractuels,
- ❖ La création de nouvelles instances représentatives au niveau de chacun des GH et les moyens du dialogue social dans le cadre de la nouvelle organisation²¹.

Chaque GH gère en local la concertation avec les organisations syndicales locales sur les thématiques concernant les parcours professionnalisant, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'harmonisation des règles de gestion des ressources humaines. Pour le groupe STARTT, un Comité de suivi du projet RH composé de deux représentants par organisation syndicale au CTCL de chaque hôpital a été créé.

Une étude de l'existant a été menée sur 9 thèmes : encadrement, dialogue social, communication, mobilités, compétences, organisation du travail, conditions de travail, GRH durable, délégation RH. Cette analyse a démontré que chaque hôpital dispose de ses propres règles de fonctionnement en matière des ressources humaines qui, bien qu'elles émanent de dispositions réglementaires et législatives communes ne sont pas homogènes dans leur application sur le terrain. Ainsi, des règles différentes relatives à la gestion du temps de travail, à la notation et à l'évaluation, à l'avancement d'échelon, à la prise des congés, à la prime de service coexistent sur les quatre sites. Il en est de même pour les modalités de recrutement, les remplacements, les formations. Dans un souci d'équité entre tous les personnels, une harmonisation des pratiques de gestion des ressources humaines devra progressivement voir le jour. Cette harmonisation est pilotée par la directrice du Groupe Hospitalier Armand Trousseau / La Roche-Guyon.

²¹ En dehors du cas du conseil exécutif local, dont la constitution pourra être immédiate, la constitution des instances locales sera effectuée à l'issue des élections générales assurant le renouvellement quadriennal des comités consultatifs médicaux (mars 2011), comités techniques locaux d'établissement (novembre 2011), commissions locales des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique (mai 2011). En conséquence, les instances locales demeureront donc en l'état jusqu'à ce moment là. Par ailleurs, chaque site conservera un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

E) Le Projet qualité, gestion des Risques et relations avec les usagers

La qualité, la gestion des risques et les relations avec les usagers constituent des appuis indispensables à un projet médical qui se veut ambitieux et au service des patients. Or, la certification V2 des quatre hôpitaux a montré des inégalités qualitatives pour la prise en charge des patients²². Une mutualisation des bonnes pratiques semble donc possible. Aussi, le projet du groupe STARTT devra remplir plusieurs objectifs :

- maintenir le niveau de qualité/gestion des risques et relations avec les usagers observé au sein des quatre établissements grâce à un dispositif opérationnel sans rupture lors de la construction du groupe,
- créer une équipe pluri professionnelle, médicalisée et formée,
- créer une organisation en réseau adaptée aux caractéristiques du groupe,
- contractualiser des aspects qualité/gestion des risques entre le GH et les pôles,
- mettre en place des outils qualité/gestion des risques et un tableau de bord communs aux quatre hôpitaux.

Il est à noter que la certification V2010 par le GH STARTT devrait intervenir début 2013. Les quatre hôpitaux du groupe STARTT mèneront une certification commune. Pour cela, ils devront répondre aux 28 références et 82 critères du manuel V2010 de la Haute Autorité de Santé qui est organisé en 2 chapitres : "Management de l'établissement" et "Prise en charge du patient"²³. Cette certification introduit des Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP), pratiques jugées fondamentales qui feront l'objet d'une attention particulière : Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP), fonction gestion des risques, gestion des événements indésirables, maîtrise du risque infectieux, système de gestion des plaintes et réclamations, prise en charge de la douleur, prise en charge et droits des patients en fin de vie, gestion du dossier du patient, accès du patient à son dossier, identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, circuit du médicament, prise en charge des urgences et des soins non programmés. Par ailleurs, elle utilise des indicateurs qualité. Les notions de bientraitance, de développement durable, d'achat éco responsable ainsi que le thème des hospitalisations sous contraintes apparaissent dans ce nouveau manuel. La politique de qualité, de gestion des risques et des relations avec les usagers devra particulièrement veiller aux objectifs spécifiques de la certification V2010. Cette mission est menée par un groupe de travail piloté par la directrice de l'hôpital Rothschild.

²² La certification V2 est intervenue en 2006-2007 pour l'hôpital Saint-Antoine et pour le Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon. Elle a eu lieu en 2009 pour l'hôpital Tenon et elle aura lieu en 2010 pour l'hôpital Rothschild.

²³ Cf. Manuel de Certification des établissements publics de santé V2010 de la Haute Autorité de Santé disponible sur le site <http://www.has-sante.fr>

F) Le Projet du Système d'Information.

Le système d'information d'un établissement regroupe à la fois ses moyens informatiques et ses moyens de téléphonie. Un groupe de travail pilote la réflexion au sein du GH.

Dans le domaine informatique, l'analyse de l'existant au sein des quatre hôpitaux révèle une certaine cohérence du fait de l'utilisation commune d'outils imposés historiquement par la Direction centrale de l'AP-HP. Toutefois, une certaine disparité est apparue ces dernières années. Le vieillissement des outils a incité les sites à se doter de logiciels d'aide et d'appui qui sont parfois disparates. De ce fait, dans les services de soins comme dans les services administratifs, le partage des informations entre les quatre sites est parfois difficile.

L'objectif premier du projet du système d'information du groupe STARTT sera donc de rendre possible des échanges informatiques intersites. Pour cela, la mise en place du nouveau système d'information de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris représente une formidable opportunité d'harmonisation des outils utilisés par les quatre hôpitaux. Lancé en 2005, le programme de modernisation du système d'information, baptisé « Nouveau Système d'information » (NSI), a été reparti en 5 domaines : patient, gestion, pilotage, infrastructure et portail. Son déploiement se fait de façon progressive même si certains modules sont d'ores et déjà installés sur tous les sites du groupe STARTT comme le self service agent. Le NSI portail est déjà déployé pour le Groupe Hospitalier Armand Trousseau / La Roche-Guyon. Toutefois, le déploiement total du NSI Gestion n'est pas prévu avant 2011 pour le groupe STARTT. Cette installation facilitera grandement les échanges de données en finance, en logistique et en ressources humaines. En attendant, une montée en charge de certains modules est programmée. Dans le domaine du soin, le NSI patient sera vraisemblablement plus long à mettre en place. En liaison avec le groupe chargé de la communication du groupe STARTT, la création d'un site internet dédié au Groupe Hospitalier est en cours d'études. En termes de moyens humains, la mutualisation des équipes de maintenance informatique est également d'actualité. D'ores et déjà, des mutualisations ont été mises en place entre les sites de Trousseau et Rothschild.

En parallèle, le projet de regrouper au sein d'un même système l'ensemble de la téléphonie des quatre hôpitaux du Groupe Hospitalier STARTT est déjà en place pour 3 des hôpitaux et l'hôpital TENON devrait basculer mi-2010. Saint-Antoine, Rothschild et le Groupe Hospitalier Armand Trousseau / La Roche-Guyon dispose d'un seul et même autocommutateur suite à un basculement par vagues successives entre avril et mai 2009. Cela permet le partage d'un annuaire téléphonique commun, la mobilité des lignes au sein des quatre hôpitaux, l'utilisation de DECT, téléphones sans fil fonctionnant sur l'ensemble des sites et des appels facilités entre les sites. Par ailleurs, cette mutualisation sera source d'économie en personnel et en termes de maintenance.

G) Le Projet Gouvernance

Dans le cadre de la définition de son projet d'établissement, le Groupe Hospitalier STARTT mène une réflexion sur son pilotage central et sur l'organisation de ses pôles.

En terme de pilotage central, la définition de l'organigramme cible du GH a donné lieu à plusieurs ateliers qui ont été menés par le Directeur de l'hôpital Saint-Antoine. Les grandes lignes de cet organigramme ont été définies en concertation avec les équipes de direction en place dans les quatre hôpitaux et en concertation avec la DPRS au siège de l'AP-HP. Elles font apparaître que le groupe STARTT sera dirigé par un Directeur Général qui s'appuiera sur un directeur général adjoint. Les directions fonctionnelles seront les suivantes : directions des affaires financières, directions des ressources humaines, directions des investissements, direction de la logistique, direction de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers, direction de la communication. Chacun de ces directions sera pilotée par un Directeur référent et un Directeur adjoint.

En parallèle, des chargés de missions seront directement rattachés au Directeur du groupe sur des missions transverses (contractualisation avec les pôles, mise en place du nouveau système d'information, etc.). Qui plus est, le Directeur Général du groupe STARTT sera assisté par un Coordonnateur Général des soins qui travaillera avec les Directeurs des soins de chaque site. Certains Directeurs seront enfin désignés comme responsables de site. Le Directeur du GH donnera l'organigramme de Direction d'ici à fin septembre 2009. La définition de l'organigramme de direction devra ensuite s'accompagner d'une réflexion sur la localisation géographique de chaque direction du GH. Leur répartition aura une portée symbolique et stratégique forte aux yeux des acteurs qui ne doit pas être négligée.

En parallèle, se pose la question de la gestion future des 23 pôles du GH. Au vu du projet médical du groupe STARTT, il est probable que des fusions de pôles entre hôpitaux soient envisagées. Des pôles intersites pourraient voir le jour en 2011 au moment du renouvellement des responsables de pôles²⁴. Toutefois, une réflexion sur le contour des pôles devra être menée dès 2010 par le GH avec la DPM. Plusieurs questions se poseront. Le Direction du groupe STARTT devra définir le niveau de délégation offert aux pôles intersites. Elle devra aussi gérer le devenir de certains chefs de pôle qui ont actuellement un rôle important dans la politique actuelle des quatre établissements et qui n'auront pas vocation à prendre la chefferie d'un pôle intersites GH.

²⁴ Note de la DPM du 09 septembre 2009 sur l'évolution des structures dans le cadre de la mise en place des groupes hospitaliers.

2.2 Une définition du projet d'établissement conditionnée par une conduite du changement qui visera l'adhésion des acteurs

La mise en place du Groupe Hospitalier STARTT constitue un changement majeur dans l'organisation de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il devra être intégré par les personnels et une conduite du changement appropriée au contexte sera à organiser pour faciliter leur adhésion. Les théories sociologiques (2.2.1) qui analysent le changement et les conduites à mener peuvent nous aider à mieux intégrer le jeu des principaux acteurs à l'heure de la définition du projet d'établissement (2.2.2).

2.2.1 Les théories sociologiques du changement ou comment fédérer les acteurs autour d'un projet

A) Typologie des changements d'AUTISSIER et MOUTOT : prescrit/construit, imposé/volontaire

Les travaux sur les changements organisationnels en entreprise sont pléthoriques. Pour D. AUTISSIER et J.M. MOUTOT²⁵, il existe quatre grands types de changement qui dépendent de deux grandes variables : l'intentionnalité (imposé ou volontaire) et la temporalité (progressive ou brutale) :

Intentionnalité	<i>Imposé</i>	<i>Volontaire</i>
Temporalité		
<i>Progressif</i>	<p><u>Changement prescrit</u> Réponse à des contraintes de l'environnement (réglementaire, technologique, etc.). Durée : 12 à 36 mois.</p>	<p><u>Changement construit</u> Evolutions de l'organisation qui amènent à changer les manières dont les acteurs se représentent leur entreprise. Durée : 1 à 10 ans.</p>
<i>Brutal</i>	<p><u>Changement de crise</u> Solution à un dysfonctionnement. Durée : 1 jour à 3 mois.</p>	<p><u>Changement adaptatif</u> Transformation des pratiques et de l'organisation. Durée : 6 à 18 mois.</p>

Dans le cas de la création des GH au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, il s'agit d'un changement prescrit par la Direction Générale dans un contexte d'évolution des besoins de soin de la population et de recherche d'équilibre financier des hôpitaux. Il s'agit d'un changement progressif puisque la démarche de construction des GH proposée par la Direction Générale de l'AP-HP dès 2008 se poursuit par les travaux actuels des GH dans la définition de leur projet d'établissement. Toutefois, il est à noter que le type de

²⁵ AUTISSIER D. et MOUTOT J.M., *Pratiques de la conduite du changement : comment passer du discours à l'action*, Paris, éditions DUNOD, 2003, 248p.

changement prescrit/progressif que nous venons d'identifier subit des influences contradictoires :

- la tentation de raccourcir le délai de mise en route des GH tend à le rapprocher d'une temporalité « brutale »,
- la volonté d'impliquer les acteurs de terrain à la définition du projet d'établissement tend à transformer l'intentionnalité de la création des GH d'un projet prescrit à un projet construit et volontaire.

B) Les pratiques de la conduite du changement de G. JOHNSON et K. SCHOLLES

La conduite du changement analyse la capacité de l'organisation à se transformer, met en œuvre les leviers nécessaires à cette transformation et mesure les résultats. En fonction de la typologie des changements précédemment présentée, JOHNSON et SCHOLLES²⁶ proposent quatre styles de conduite du changement :

- ❖ **Le style Education/communication** consiste à aller à la rencontre de tous les acteurs pour leur fournir les informations du changement et travailler avec eux sur les méthodes de travail impactées par ce changement. Ce changement est de type « adaptatif » (brutal/volontaire).
- ❖ **Le style Collaboration/Participation** a pour objectif d'expliquer le changement et de faire participer les acteurs à son déploiement. Le type de changement est ici « construit » (progressif/volontaire).
- ❖ **Le style Intervention** concerne une contrainte de changement explicite. Une équipe projet définit une démarche et un groupe de travail propose et met en œuvre des solutions. Ce changement est de type « prescrit » (progressif/imposé).
- ❖ **Le style Direction/Coercition** amène une équipe restreinte à prendre en charge le problème à l'origine de la crise et qui propose une solution tenable le plus rapidement. Ce changement est un changement de « crise » (brutal/imposé).

Dans le cas de la création des GH au sein de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, le changement de type prescrit/progressif implique une **conduite du changement de style intervention**. Toutefois, face aux deux tentations contradictoires d'en faire un changement progressif/volontaire ou brutal/prescrit, cette conduite du changement prend parfois les tournures d'une conduite du changement de style Collaboration/Participation ou de style Direction/Coercition. Quoiqu'il en soit, le changement, processus temporel par définition, nécessite un accompagnement des acteurs.

²⁶ JOHNSON G. et SCHOLLES K. et, *Exploring Corporate Strategy*, London, éditions Financial Times Prentice Hall, 2007, 8ème édition, 878 p.

- C) Les dix clés à mettre en œuvre pour réussir un changement organisationnel de B. GROUARD et F. MESTON

Dans un projet, quel qu'il soit, les deux principaux enjeux restent la qualité du projet et l'adhésion des hommes. La conduite du changement a donc pour enjeu de lutter contre les causes de résistance et de faire comprendre. Un individu peut en effet se montrer, par rapport à un projet, proactif (prescripteur du changement), en opposition (s'affiche contre le projet) ou passif (ni pour, ni contre, en attente). La règle de répartition des individus 10/10/80 est souvent respectée. Les raisons à l'origine de la résistance au changement sont multiples : individuelles (perte de points de repères), structurelles et conjoncturelles (organisation de l'entreprise, climat social...), collectives (système de valeurs). La confiance reste un facteur important pour la réussite d'un projet. B. GROUARD et F. MESTON²⁷ listent dix clés pour conduire et réussir le changement :

Clés	Définitions
1. Définir la vision	Fixer l'objectif du changement et les moyens à mettre en œuvre.
2. Mobiliser	Valider avec les acteurs les enjeux définis dans la vision et définir les principaux axes d'amélioration associés.
3. Catalyser	Définir la structure de projet et le mode de fonctionnement associé capables de soutenir, faciliter et accélérer le changement.
4. Piloter	Définir et conduire l'ensemble des actions qui permettront de guider le processus de changement.
5. Concrétiser	Mettre en œuvre le changement en modifiant les structures, les façons de faire, les attitudes, la culture et générer les résultats économiques et qualitatifs escomptés.
6. Faire participer	Assurer une participation de tous les salariés concernés
7. Gérer les aspects émotionnels	Identifier et supprimer les résistances et les blocages.
8. Gérer les enjeux de pouvoir	Réorienter les relations de pouvoir en faisant participer les acteurs au processus de changement.
9. Former et coacher	Apporter une formation tant technique que relationnelle pour aider les salariés à contribuer à faire vivre la vision au quotidien.
10. Communiquer intensément	Créer une communication foisonnante et organisée, qui favorise la participation et l'implication de tous, et donc le changement.

Ces clés ne sont efficaces que si l'on prend en compte les phases psychologiques que les acteurs connaissent lorsqu'ils sont confrontés au changement.

- D) Le changement, un processus à intégrer par les acteurs dans le temps : le cycle de E. KÜBLER-ROSS

Dans le cadre du changement organisationnel opéré par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris avec la mise en place des groupes hospitaliers, il peut être intéressant de se

²⁷ GROUARD B. et MESTON F., *L'entreprise en mouvement*, Paris, édition DUNOD, 4e édition, 2005, 370p.

remémorer les théories d'acceptation du changement par un individu. La théorie du cycle de réponse au deuil de Kübler-Ross²⁸ décrit cinq étapes successives de la réponse émotionnelle au changement. Ces étapes sont, à partir de l'annonce du changement :

- Le déni, le refus de comprendre,
- La colère, la révolte : l'individu « accuse » les responsables apparents du changement,
- Le marchandage : l'individu négocie les pertes attendues ou supposées,
- La dépression, la résignation : l'individu « apprécie » la réalité de la perte,
- L'acceptation, l'intégration du changement : l'individu accepte la situation et ses multiples implications.

C'est autant le type ou le niveau de changement concerné que la gestion de ce changement par les responsables qui en ont la charge, qui détermineront la durée de ce cycle incompressible et son amplitude. **Le changement constitue un cycle** à appréhender de façon chronologique et à accompagner par une conduite du changement adaptée.

2.2.2 Le jeu des acteurs ou comment obtenir leur adhésion

Différents acteurs vont influencer la mise en place du groupe STARTT. La cartographie des acteurs comporte plusieurs cercles : le cercle des acteurs externes, le cercle de pilotage, le cercle des directions fonctionnelles de sites, le cercle des acteurs médicaux de terrain, le cercle des personnels non médicaux (paramédicaux, agents administratifs, logistiques et techniques) et les partenaires sociaux.

A) Les acteurs extérieurs qui vont influencer la création du groupe.

Trois grands types d'acteurs externes vont influencer la constitution du groupe STARTT :

- les acteurs politiques,
- les acteurs de l'offre de soins partenariale ou concurrentielle,
- les patients.

Aujourd'hui, c'est le Conseil de tutelle composé des Ministres en charge du Budget, de la Santé et de la Sécurité Sociale qui exerce le contrôle de l'Etat sur l'AP-HP. Demain, l'Agence Régionale de Santé (ARS) constituera une tutelle unique pour l'AP-HP. Le rôle des élus locaux n'est également pas négligeable. Jean-Marie LE GUEN, député de Paris et adjoint au Maire de Paris en charge de la santé publique, préside le Conseil d'Administration de l'Assistance Publique. Ses acteurs veilleront à la fois sur l'offre de

²⁸ KÜBLER-ROSS E., *Accueillir la mort*, Paris, éditions Pocket, 2002, 188p.

soins proposée en termes qualitatifs et quantitatifs mais aussi sur l'efficacité médico-économique du projet d'établissement. Le rôle des Mairies de Paris ou de La Roche-Guyon dans le Val d'Oise sera capital en cas de délivrance de permis de construire sur les sites du GH STARTT. En matière de construction, il conviendra également de ne pas négliger des acteurs tels que la Direction Départementale de l'Équipement et de l'Agriculture qui définit par exemple le plan de prévention de risque d'inondation ou les Architectes des Bâtiments de France qui veillent à la bonne insertion des constructions neuves et des transformations aux abords des monuments protégés.

En ce qui concerne les autres offreurs de soins sur le territoire de santé, leur rôle sera soit de renforcer leurs liens, soit de revoir leur stratégie vis-à-vis du leader de santé représenté par le groupe STARTT. Le renforcement des coopérations est possible (A titre d'exemple, la Clinique des Bluets et la Clinique du Bien Naître envisagent d'ores et déjà de confier leur stérilisation à l'hôpital Armand Trousseau), mais il est aussi possible d'imaginer que la concurrence soit plus vive en Chirurgie ambulatoire qui reste sous développée au sein du groupe STARTT ou en Gynécologie-obstétrique avec le projet de réorganisation envisagé par le groupe STARTT dans ce domaine d'activité. En ce qui concerne les médecins de ville, le préprojet médical du groupe STARTT devra veiller à faciliter la visibilité de ces adresseurs de patients sur l'offre de soins proposée par le futur ensemble. Une communication appropriée devra leur être destinée.

En ce qui concerne les patients, il conviendra de les associer le plus en amont possible : l'Union Départementale des Associations Familiales de Paris, le Comité de la Ligue Nationale contre le Cancer, l'Association Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS) Ile-de-France représentés au CA de l'AP-HP seront des interlocuteurs privilégiés. Les représentants des usagers au sein des Commissions des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) de chaque site du groupe STARTT devront être associés le plus en amont possible notamment sur le Projet Qualité, Gestion des Risques du groupe.

B) La Direction Générale de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, une politique affirmée

L'influence de la Direction générale s'opère à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la mise en place des Groupes Hospitaliers est issue de la volonté du Directeur Général de l'AP-HP. Après avoir présenté son projet de constitution des GH²⁹ qui vise à mieux répondre aux besoins de la population tout en améliorant la performance de l'institution, il a présenté la

²⁹ Note du 3 juillet 2008

méthodologie de mise en place des GH³⁰. Il a souhaité organiser la conduite des travaux sur l'articulation de deux niveaux avec un niveau central au niveau du siège et un niveau local qui positionne chaque directeur de GHU en tant que relai chargé de la mise en place des nouveaux Groupes Hospitaliers dans son territoire.

Au niveau central, un comité de pilotage stratégique placé sous la présidence du Directeur Général conduit la démarche d'ensemble. Il réunit le Secrétaire Général, un membre du cabinet du Directeur Général, les directeurs exécutifs et le directeur du projet efficacité. Les six directions fonctionnelles³¹ interviennent en appui. Une mission « Efficacité » a été mise en place pour accompagner les Groupes Hospitaliers dans le chiffrage de leurs projets.

Au niveau local, le directeur de GHU s'appuie sur un chef de projet et un directoire³².

Pour le groupe STARTT, le chef de projet est le directeur de l'hôpital TENON. Il s'appuie sur une équipe restreinte composée du Président de CCM de l'hôpital Saint-Antoine et du Coordonnateur Général des soins de l'hôpital Rothschild. Le rôle du chef de projet est déterminant. Il définit avec ses collaborateurs proches les grandes lignes du projet d'établissement. Il s'appuie sur les Présidents de CCM pour arrêter le projet médical. Il organise la gouvernance du GH en choisissant ses Directeurs Adjointes et leurs fonctions. Il imprime le rythme de la réorganisation et son ampleur. Il veille à créer du lien.

C) Les directions fonctionnelles de site, les relais indispensables

Leur rôle est double. Elles doivent assurer le bon fonctionnement des sites pendant la phase de constitution du Groupe Hospitalier tant en participant activement à l'élaboration du projet d'établissement. Sur ce deuxième point, il convient de préciser que le groupe STARTT a décidé d'instituer un management participatif. Comprenant des représentants des quatre hôpitaux, 12 groupes thématiques de réflexion ont été créés sur les fonctions administratives, techniques et logistiques (Gestion du Personnel Médical, Gestion du Personnel non Médical, Finances, Dialogue social, Contrôle de gestion, Logistique, Investissement, Cellule des marchés, Qualité, Communication). Ils devaient bâtir un état des lieux partagé et être forces de propositions pour proposer une organisation cible ainsi que des pistes de mutualisation. Les réflexions issues de ces groupes thématiques ont

³⁰ Note du 12 décembre 2008

³¹ Direction de la Politique Médicale (D.P.M.), Direction du Patrimoine et de la Logistique (D.P.L.), Direction Economique et Financière (D.E.F.), Direction du Développement des Ressources Humaines (D.D.R.H), Direction du Personnel et des Relations Sociales (D.P.R.S.), Direction des Affaires Juridiques et des Droits du Patient (D.A.J.D.P.), de la Direction de la Communication Institutionnelle, Direction Investissement, Travaux, Maintenance, Sécurité (DITMS).

³² Cf. § 2.1.1 B) La méthodologie d'élaboration du préprojet médical et la constitution du Directoire.

été très propices pour identifier des leviers d'efficience sur les fonctions supports. Ce management participatif a suscité un dynamisme certain. La bonne cohésion de la future équipe de direction autour de son Directeur constitue une des conditions à la réussite du Groupe Hospitalier STARTT. Toutefois, définir le poste adéquat pour chaque collaborateur est une mission délicate qui peut être source de motivation ou de démobilisation. Un resserrement du nombre de Directeurs est aussi prévu à terme.

D) Les acteurs médicaux de terrain, volontés et enjeux de pouvoir

L'adhésion des médecins, toutes disciplines confondues, est également primordiale. Des praticiens hospitaliers aux chefs de pôle Praticiens Hospitaliers – Professeur d'Université (PUPH) en passant par les chefs de service, ce sont les acteurs de terrain qui porteront le projet médical du futur groupe. Aussi, il est apparu essentiel que ces professionnels soient associés le plus en amont possible à toutes les réunions de travail au sujet de la réorganisation des activités médicales entre les quatre établissements. Un management participatif au plus près des acteurs est alors essentiel. Il doit être coordonné par un leader médical qui doit avoir une vision stratégique et non partisane. La désignation pour le GH STARTT d'un biologiste de renom a été un atout considérable. Aussi, la définition du projet médical a été facilitée et élaborée directement par les chefs de services. Les propositions ont fait l'objet d'arbitrages par le Directoire. Ce dernier a veillé à ce que les projets présentés soient ambitieux et ne soient pas une reconduite à minima de l'existant. En ce qui concerne les chefs de pôles, le renouvellement en 2011 de la chefferie de pôle constituera un enjeu majeur. Une vigilance toute particulière devra être portée à ces élections qui pourraient créer des blocages dans certains cas.

E) Les personnels non médicaux, un groupe attentiste à conquérir

Les paramédicaux constituent le groupe professionnel le plus important du futur Groupe Hospitalier. Le sentiment général partagé par différents cadres de santé et plusieurs personnels paramédicaux rencontrés au cours de ce mémoire est que la création du groupe STARTT ne suscite pas un enthousiasme particulier. Ce groupe de professionnels est globalement « attentiste ». Pour la majorité des acteurs rencontrés, leur principal souhait réside dans la non dégradation des conditions de travail. Si le projet médical du groupe prévoit le transfert de services d'un site vers un autre, ils soulignent leur souhait de pouvoir choisir de rester sur leur site en changeant de service de soins ou d'avoir un service d'accueil sur un autre site leur offrant des conditions d'exercice tout aussi satisfaisantes. Ils ne veulent pas une dégradation de leur vie professionnelle et familiale par des temps de parcours allongés, par des conditions dégradées pour la garde de leur enfant, par des problèmes quotidiens de stationnement.

Pour les agents administratifs, logistiques et techniques, ils rejoignent pleinement les sentiments exprimés par les personnels paramédicaux. Leur principal souhait réside également dans la non dégradation des conditions de travail. Toutefois, ce groupe de personnels se sent globalement plus fortement menacé à terme par la création du groupe STARTT. Ils craignent que la création du Groupe Hospitalier soit l'opportunité de mutualisations massives voire d'externalisations en cas d'impossibilités techniques de regroupement d'activités supports entre les quatre hôpitaux.

En terme de dialogue avec la Direction, les cadres souhaitent qu'un Collège cadres³³ soit créé pour le GH, à l'image de celui existant pour l'hôpital Trousseau.

F) Les partenaires sociaux, des interlocuteurs indécis

Le panorama des partenaires sociaux des quatre établissements est différent d'un établissement à l'autre. De plus, pour une problématique donnée, les positions d'une même organisation syndicale peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Les partenaires sociaux sont donc caractérisés par une grande hétérogénéité. Toutefois, leur positionnement vis-à-vis de la création du groupe STARTT est sensiblement identique quelque soit l'organisation syndicale choisie et quelque soit le site. Ils sont inquiets des répercussions induites par la création d'un Groupe Hospitalier comme STARTT. Ils ont des craintes de restructuration massive de personnels paramédicaux mais aussi et surtout de personnels administratifs, logistiques et techniques. Ils hésitent entre deux attitudes : la résistance au changement ou l'accompagnement en douceur des restructurations pour limiter au maximum le risque de détérioration des conditions de travail des personnels. Afin de ne pas créer des points de blocage, ils doivent constituer des interlocuteurs à consulter régulièrement si la Direction du GH veut initier un dialogue social de qualité et en toute transparence. Les restructurations inhérentes à la création d'un ensemble comme STARTT doivent être présentées le plus en amont possible aux partenaires sociaux pour essayer de trouver des points d'accord et des mesures d'accompagnement des personnels.

Si le projet d'établissement du groupe STARTT doit être performant pour susciter l'adhésion de l'ensemble des acteurs des quatre hôpitaux, les scénarii proposés pour la constitution du groupe ne doivent pas pour autant être irréalistes et non efficaces.

³³ Cf. Propositions du *Rapport de la mission Cadres hospitaliers*, 11 septembre 2009, piloté par Mme Chantal de SINGLY.

3 L'identification des scénarii de l'offre de soins du regroupement et autres mutualisations possibles

A l'aune des besoins de la population en termes de soins et de l'offre de soins existante sur le territoire de santé, à l'aune du préprojet d'établissement en cours d'élaboration avec l'ensemble des acteurs, il convient désormais d'étudier les différents scénarii qui pourraient marquer la constitution du Groupe Hospitalier STARTT.

Ces scénarii se fondent sur différents projets d'optimisation médico-économique identifiés par les hôpitaux. Ces projets ont été analysés au regard de différents leviers d'efficience et de contraintes par une méthodologie d'évaluation sous forme de « scoring » (3.1). Trois scénarii ont été finalement retenus pour le GH STARTT. Le premier pourrait correspondre à une mutualisation a minima des activités médicales et des fonctions supports (3.2). Un second scénario pourrait être très volontariste et nécessitera des conditions de mise en place favorables (3.3). Enfin, un scénario tendanciel pourrait constituer à retenir quelques projets structurants avec un étalement de leur réalisation dans le temps (3.4).

3.1 Identification des projets possibles sur le GH, leviers d'efficience et contraintes à prendre en compte, méthodologie de construction des scénarii

3.1.1 De l'identification par les acteurs des projets possibles à l'émergence de sept projets structurants

Au cours de l'été 2009, le groupe STARTT a identifié **58 projets** susceptibles d'apporter des sources d'efficience ³⁴ :

- 25 concernant l'activité de soins,
- 20 concernant le pôle médico-technique,
- 13 concernant les fonctions supports.

Ces projets sont autant de composantes possibles pour l'avenir du Groupe Hospitalier STARTT. Parmi ceux-ci, conformément à la note du Directeur Général sur la feuille de route des GH en date du 18 juillet 2009, le groupe a identifié les projets les plus structurants dans la mesure où ils peuvent modifier en profondeur l'organisation actuelle des quatre hôpitaux et induire une amélioration de la performance de l'ensemble.

Sept projets structurants ont été retenus :

³⁴ Cf. Annexe 7 : Vue globale des projets du groupe STARTT

❖ **Six concernent l'activité de soins :**

- La création d'un service d'accueil des urgences principal pour le Groupe sur le site de l'hôpital Saint-Antoine complété par un service de proximité sur l'hôpital Tenon,
- La candidature en Cancérologie pour un centre intégré et des centres experts (digestif, hématologie),
- Un regroupement de la gynéco-obstétrique du groupe sur deux sites (Trousseau et Tenon) et la fermeture de la maternité de Saint-Antoine,
- La réorganisation de la Pédiatrie spécialisée de l'hôpital Trousseau,
- La montée en puissance des Soins de Suite et de Réadaptation à Rothschild avec le: développement d'une filière de second aval pour la Chirurgie orthopédique,
- Une redéfinition du site de La Roche-Guyon.

❖ **Un projet concerne la Microbiologie** avec le regroupement de la Bactériologie et de la Virologie sur un site unique à Saint-Antoine.

Ces projets sont susceptibles d'être efficaces dans la mesure où ils pourraient :

- améliorer l'offre de soins sur le territoire en la rendant plus lisible pour les patients en concentrant les moyens sur certains sites dédiés,
- améliorer la qualité des soins en concentrant les compétences médicales, humaines, financières et techniques sur certains sites dédiés,
- rationaliser les moyens techniques et immobiliers en évitant les solutions actuelles de saupoudrage de financements et d'investissements,
- rationaliser les moyens humains en PM et en PNM en rassemblant les compétences médicales, de recherche et en améliorant la qualité des soins apportés aux patients grâce à des échanges de bonnes pratiques et une meilleure gestion des personnels soignants,
- améliorer les comptes des hôpitaux qui disposent de services avec une taille critique insuffisante au regard des coûts de fonctionnement.

Les projets et parmi ceux-ci les sept projets structurants sont autant d'options possibles pour la construction du futur Groupe Hospitalier STARTT. Ces projets s'influencent parfois les uns les autres dans la mesure où l'avènement de certains projets ne peut se faire sans la réalisation en parallèle ou en amont d'autres projets. Par ailleurs, des multiples variables conditionnent ses projets.

3.1.2 Les variables à prendre en compte pour construire les scénarii possibles de construction du groupe STARTT dans les années à venir.

A partir de l'identification des différents projets, il convient désormais de prendre en compte l'ensemble des facteurs qui pourraient conditionner leur réalisation. Ces

éléments seront classés en deux grands types : les leviers d'efficience et les contraintes.

Tout d'abord, tout projet devra se décider au regard des sources d'efficience qu'il peut engendrer qui sont de quatre types : améliorations qualitatives pour le patient et pour les acteurs hospitaliers, économies de moyens, sources de recettes, gain de temps.

Améliorations qualitatives (AQ)
Meilleure prise en charge du patient
Lisibilité accrue de l'offre de soin
Sécurité accrue des soins
Simplification administrative
Optimisation de l'organisation
Echange des bonnes pratiques
Parcours professionnalisant
Economies de moyens (EM)
Diminution des moyens humains et rendu d'emplois
Diminution des moyens techniques
Diminution des besoins immobiliers et des besoins de maintenance
Mutualisation des ressources
Sources de recettes engendrées (SR)
Recettes supplémentaires escomptées par un accroissement d'activité
Exhaustivité accrue du codage des actes
Meilleure qualité du codage
Meilleure facturation
Le gain de temps (GT)

Ensuite, tout projet devra se décider en prenant en compte cinq grands types de contraintes : les contraintes administratives, le facteur humain, le facteur financier, les contraintes techniques, le facteur temps.

les contraintes administratives (CA)
<p>L'influence du futur SROS Ile-de-France de l'ARS</p> <p>La cohérence du projet avec l'offre des soins au sein de l'AP-HP</p> <p>La réglementation médicale et l'évolution des tarifications</p> <p>La réglementation en matière de construction architecturale et d'insertion urbaine des bâtiments³⁵.</p> <p>Le poids des lobbyings (riverains, politique, ...)</p>
Le facteur humain (FH)
<p>La volonté médicale</p> <p>Le poids de la démographie médicale</p> <p>Les résistances culturelles</p> <p>Le poids de l'histoire</p> <p>Le coût social</p>
Le facteur financier (FF)
<p>La rentabilité financière des projets</p> <p>Le coût d'investissement et le retour sur investissement</p> <p>La possibilité de réaliser des économies d'échelle</p> <p>Le retour à l'équilibre de l'AP-HP pour 2012</p>
Les contraintes techniques (CT)
<p>Le matériel technique nécessaire</p> <p>L'informatique</p> <p>La logistique</p> <p>Les travaux</p> <p>La maintenance</p>
Le facteur temps (FT)

3.1.3 Méthodologie personnelle de construction des scénarii : l'évaluation par le « scoring » des différents projets

Afin d'élaborer les scénarii probables pour le groupe STARTT, mon travail a constitué à élaborer une évaluation sous la forme d'un « scoring » de chaque projet identifié par les acteurs du groupe STARTT³⁶. Pour cela, j'ai élaboré un outil EXCEL.

Chaque projet s'est vu attribué une note allant de 1 à 3 :

- ❖ pour les quatre sources d'efficience possible (1= « efficience moyenne », 2= « efficience bonne » ; 3= « efficience excellente »)

³⁵ A titre d'exemple, la mise aux normes des établissements de SSR devra être effective pour la fin de l'année 2012 conformément à l'article 2 du Décret n°2008-376 du 17 avril 2008.

³⁶ Cf. Annexe 8 : Evaluation des projets du Groupe Hospitalier STARTT.

- ❖ et pour les cinq contraintes pouvant affecter sa réalisation (1= « contrainte faible », 2= « contrainte moyenne » ; 3= « contrainte forte »).

Chaque projet s'est ensuite vu doté d'un « scoring » de ses sources d'efficience (score maximum possible de 12). Tout projet obtenant un score strictement inférieur à 8 a été considéré comme ayant une « efficience moyenne ». Pour un score compris entre 8 et 10, son efficience a été qualifiée comme étant « bonne ». Pour tout score supérieur, l'efficience a été jugée « excellente »³⁷. En parallèle, un « scoring » des contraintes a également été effectué pour chaque projet (score maximum possible de 15). Tout projet obtenant un score inférieur à 9 a été considéré comme ayant une « contrainte globale faible ». Pour un score compris entre 9 et 11, sa contrainte a été qualifiée comme étant « moyenne ». Pour tout score supérieur, la contrainte a été jugée forte³⁸. Dans les deux cas, le scoring a consisté à additionner les notes obtenues par le projet pour les différents critères. Aucune pondération de critère n'a été effectuée par souci de simplification et dans la mesure où le poids respectif des critères est parfois difficilement mesurable et peut varier d'un projet à l'autre. Un « scoring » global additionnant le « scoring » des sources d'efficience et le « scoring » des contraintes a enfin été attribué à chaque projet. En fonction de ma propre expertise, il m'a permis d'identifier les « projets réalisables » (score global supérieur ou égal à -1), les « projets à approfondir » (score supérieur ou égal à -3), les « projets difficiles » (score strictement supérieur à -3)³⁹.

Cette évaluation sous forme de scoring a été présentée au Directeur animateur du groupe STARTT comme outil d'aide à la décision en amont des conférences stratégiques de l'automne. Les scénarii de mise en œuvre du projet d'établissement du groupe STARTT proposés dans la suite de ce mémoire tiennent à la fois compte des projets identifiés par les acteurs et de l'évaluation réalisée. L'objectif de mon travail a consisté à avoir une approche la plus rationnelle possible. Toutefois, ce travail n'oublie pas que les enjeux d'une fusion hospitalière sont aussi politiques et qu'une part d'irrationnel peut également occuper une place non négligeable en matière de décision stratégique. Pour les projets structurants du GH STARTT, le tableau ci-dessous détaille les résultats du scoring.

³⁷ Insertion sous Excel d'une fonction du type « =SI(SCORE<8;"efficience moyenne";SI(SCORE<=10;"efficience bonne";"efficience excellente"))

³⁸ Insertion sous EXCEL d'une formule du type « =SI(SCORE<9;"contrainte faible";SI(SCORE<=11;"contrainte moyenne";"contrainte forte"))

³⁹ Insertion sous EXCEL d'une fonction du type « =SI((SCORE EFFICIENCE-SCORE CONTRAINTE)>=-1;"projet réalisable";SI((SCORE EFFICIENCE-SCORE CONTRAINTE)>=-3;"projet à approfondir";"projet difficile"))

Domaine d'amélioration	Projet ou levier d'amélioration identifié	Sources potentielles d'efficience (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)					Contraintes potentielles (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)							Diagnostic Global du projet	
		Améliorations qualitatives (AQ)	Economies de moyens (EM)	Sources de recettes (SR)	Gain de temps (GT)	Score Efficience (=AQ+EM+SR+GT)	Diagnostic Efficience	Contraintes administratives (CA)	Facteur Humain (FH)	Facteur Financier (FF)	Contraintes Techniques (CT)	Facteur Temps (FT)	Score Contraintes (=CA+FH+FF+CT+FT)		Diagnostic Contraintes
Hospitalisation	5. Gynéco-obstétrique : regroupement sur 2 sites avec la suppression de la maternité de SAT et la répartition de son activité sur TNN et TRS (± Pitié pour la maternité)	2	2	3	1	8	efficience bonne	2	3	3	2	3	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	6. Pédiatrie (TRS) : réorganisation de la pédiatrie spécialisée	3	2	2	2	9	efficience bonne	2	3	3	1	3	12	contrainte forte	projet à approfondir
Hospitalisation	7. Cancérologie : candidature pour centre intégré et centres experts	3	1	3	2	9	efficience bonne	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet à approfondir
Hospitalisation	8. SSR (RTH) : Ouverture du nouveau bâtiment Rothschild en 2010	3	1	1	2	7	efficience moyenne	2	3	2	1	2	10	contrainte moyenne	projet à approfondir
Hospitalisation	9. La Roche-Guyon (TRS) : la question de la rénovation du bâtiment	3	1	1	1	6	efficience moyenne	3	3	3	1	3	13	contrainte forte	projet difficile
Urgences	22. Urgences adultes et organisation de l'aval : recentrage du SAU sur SAT (cible de 60 000 passages) et organisation d'un accueil de proximité à TNN.	3	3	3	3	12	efficience excellente	2	3	3	1	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Biologie	32. Regroupement de la bactériologie et virologie (4 services) sur un site unique à SAT	3	3	3	2	11	efficience excellente	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable

3.2 Le scénario zéro : une répartition des soins à l'identique avec des synergies a minima

3.2.1 Hypothèses

Le scénario zéro correspond à un projet d'établissement peu ambitieux contraint par un blocage certain des acteurs et un manque de volonté politique. Il comporte peu de mutualisations à court et moyen terme et une localisation des activités médicales proches de la situation actuelle sur les quatre hôpitaux. Ce scénario dégradé induirait seulement une réorganisation de la structure administrative de décision des quatre hôpitaux et une mutualisation de certains services supports comme la restauration, le traitement des déchets, la gestion paie, la cellule des marchés, le standard. Un scénario proche et variant serait une réorganisation médicale a minima pour des services de soins ayant un faible impact sur la structure actuelle (services déjà bisites comme la Psychiatrie ou services ayant une insuffisance de taille critique comme le service de Néphrologie à l'hôpital Trousseau).

3.2.2 Conséquences

Au regard du projet médical, les activités médicales et leur localisation restant à l'identique, ce scénario induirait peu de modification pour la communauté médicale et paramédicale. En revanche, la non modification de l'offre de soins sur le territoire pourrait menacer à terme la viabilité de certains services du fait de coûts élevés au regard de leurs activités dans un contexte de tarification à l'activité (T2A) mouvant (impact de la V11 à étudier) et élargi au SSR et à la Psychiatrie à terme. *Au niveau de la recherche*, de nouvelles synergies seraient difficiles.

Pour les patients, la visibilité ne serait pas meilleure et la qualité des soins ne serait pas améliorée.

En termes de ressources humaines, ce scénario induit une réorganisation essentiellement administrative, technique et logistique. Un décalage certain serait ressenti entre les services de soins et les autres services de l'hôpital. Des rapports tendus avec les partenaires sociaux ne seraient pas à exclure.

Au niveau patrimonial, les investissements seraient minimes en dehors des programmes déjà lancés. Ils seraient essentiellement consacrés à de simples mises aux normes.

Sur l'aspect financier, le retour à l'équilibre des finances du groupe serait compromis et une aggravation du déficit serait probable. Des rapports difficiles avec la Direction générale de l'AP-HP et avec la tutelle seraient inévitables.

3.2.3 Une stratégie attentiste

Ce scénario résulterait d'une stratégie d'attentisme de la part des acteurs médicaux souhaitant préserver la structure actuelle et ne trouvant pas d'avantage à la constitution du groupe STARTT. Par ailleurs, ce scénario reste envisageable si les inconvénients ressentis ou réels par les acteurs médicaux ne sont pas canalisés par une forte conduite du changement qui passe avant tout par le dialogue. Enfin, ce scénario part du principe que les synergies entre l'hôpital pédiatrique Armand Trousseau, les deux hôpitaux d'adultes Tenon et Saint-Antoine et l'hôpital de SSR Rothschild seraient nulles ou quasi inexistantes, chaque hôpital ayant une stratégie de repli sur soi, de défiance vis-vis à des autres hôpitaux du groupe et de conservation de ses activités.

3.2.4 Limites : fragilité de l'ensemble

Ce scénario pourrait résulter principalement d'un statu quo des acteurs médicaux des quatre hôpitaux. Leur but serait une conversation des acquis en espérant que les restructurations induites par le groupe STARTT ne touchent que les fonctions administratives, techniques et logistiques. L'ampleur des difficultés qui pourraient naître d'un tel scénario est difficile à mesurer. Toutefois, il est indéniable que les conséquences humaines et financières seraient douloureuses. Les économies d'échelle engendrées par un regroupement des fonctions administratives, techniques et logistiques et éventuellement par quelques regroupements mineurs d'activités médicales ne pourront pas combler à elles seules les 39,5 millions de déficit engendré par le groupe STARTT en 2008. La pérennité du groupe STARTT serait en jeu. Des décisions beaucoup plus coercitives de la tutelle ou du siège de l'AP-HP seraient alors à prévoir dans l'avenir. Ce scénario a toutefois peu de chance d'être mis en œuvre car les acteurs médicaux, même les plus réticents, ont bien perçu que le groupe STARTT représente une opportunité à saisir. En l'état actuel des choses, ils restent acteurs du projet médical du groupe. Avec un scénario de statu quo, ce ne serait plus durablement le cas et des décisions leur seraient tôt ou tard imposées. Par ailleurs, les acteurs médicaux savent que la viabilité de certains services de faible taille est aujourd'hui menacée et que le groupe STARTT peut les aider à pérenniser ces services en les regroupant. Enfin, les perspectives d'évolution de la démographie médicale à l'AP-HP, notamment dans certaines spécialités comme l'Anesthésie-réanimation, impose une mutualisation des moyens humains à court terme. Une position de statu quo apparaît donc difficilement tenable.

3.3 Le scenario volontariste pour le GH en cible : une nouvelle réorganisation des activités de soins entre hôpitaux dès 2010-2011

3.3.1 Hypothèses

Un projet d'établissement ambitieux pour le groupe STARTT se baserait sur un projet médical très volontariste. Il consisterait à définir un redécoupage d'activités qui spécialiserait les sites. Ainsi, Saint-Antoine deviendrait le site référent pour :

- ❖ Les Urgences et les spécialités d'aval en Médecine et Chirurgie (Médecine interne, Gériatrie aigüe, Cardiologie, Orthopédie, Traumatologie/Neurologie),
- ❖ L'Hémato Cancérologie,
- ❖ La Chirurgie Digestive.

Tenon deviendrait le site référent adultes pour le Cou/Thorax avec l'ORL, la Pneumologie, l'Urologie, la Néphrologie et la Gynéco-obstétrique avec une forte connotation cancérologique. Rothschild se positionnerait dans les Soins de Suites et de Réadaptation et comme second aval des hôpitaux Saint-Antoine et Tenon. Le groupe Armand Trousseau La Roche-Guyon serait l'hôpital pédiatrique du groupe avec a minima une Pédiatrie générale et un pôle Périnatalité renforcés. Une variante pourrait consister à réaffirmer l'excellence de la Pédiatrie spécialisée du site et nécessiterait la construction d'un bâtiment et/ou la rénovation de plusieurs bâtiments du site.

A) Un SAU adultes principal centralisé à l'hôpital Saint-Antoine

Pour améliorer le confort et la prise en charge de ses malades, l'hôpital Saint-Antoine avait décidé antérieurement à la création du Groupe Hospitalier STARTT la construction d'un nouveau bâtiment dédié à ses activités d'urgences, de policlinique et de réanimation médicale (Bâtiment UPR). Avec un budget d'investissement de 24 millions d'€ et un budget d'équipement de 3 millions d'€, la superficie totale du nouveau bâtiment sera de 7200 m², avec notamment une zone Urgences de 3500 m². La construction du bâtiment UPR a été dimensionnée pour accueillir 60 000 urgences par an. Il ouvrira ses portes en octobre 2009. Avec la constitution du Groupe Hospitalier et dans un contexte actuel de 46 000 passages aux urgences à Saint-Antoine et de 46 000 passages aux urgences à Tenon, ce scénario impliquera le transfert d'une partie des urgences de l'hôpital Tenon vers l'hôpital Saint-Antoine. Subsistera à l'hôpital Tenon un accueil secondaire de proximité. Celui-ci accueillera environ 30 000 urgences par an.

Ce projet a le mérite de rendre plus lisible pour les patients l'accueil Urgences au sein du Groupe Hospitalier. Il permet d'atteindre une taille critique importante et des économies d'échelle. Une porte d'entrée moderne et accueillante sera un atout pour le GH.

En revanche, des points de vigilance sont à noter. Pour modifier les flux actuels arrivant à l'hôpital TENON, les services des pompiers et le SAMU seraient reroutés vers le SAU de l'hôpital Saint Antoine. Une bonne coordination avec ces services sera nécessaire pour modifier les pratiques actuelles et éviter que ces services se dirigent vers d'autres structures d'accueil. Par ailleurs, l'hôpital Tenon n'accueillerait plus de patients aux urgences de minuit à 7h du matin. Une potentielle perte de patientèle n'est pas à exclure. En ce qui concerne l'accueil secondaire de proximité restant à l'hôpital TENON, son dimensionnement à 30 000 passages demeure incertain. Cet accueil nécessitera malgré tout le maintien de moyens dédiés et de structures d'aval. Il sera a priori peu efficient. Par ailleurs, la construction du bâtiment UPR et la création d'un SAU adultes GH centralisé à l'hôpital Saint-Antoine pourront entraîner la redéfinition des activités médicales exercées au sein du bâtiment BUCA (Bâtiment dédié aux Urgences, à la Chirurgie et à l'Anesthésie) construit sur le site de Tenon. Ce bâtiment aura une superficie de 30 000 mètres carrés de SHON. Sa date d'achèvement est prévue pour 2012.

B) Le regroupement des activités d'aval des urgences adultes.

Le positionnement du SAU principal devra impliquer un repositionnement géographique des activités d'aval traditionnelles.

1. La Chirurgie générale et digestive

A court terme, l'hôpital Saint-Antoine a été retenu pour devenir le centre unique de transplantation hépatique de l'AP-HP. Il deviendra ainsi l'hôpital de référence dans le traitement des maladies du foie qui étaient partagées jusqu'alors avec les hôpitaux de la Pitié Salpêtrière et de Cochin. Un service de Chirurgie hépato-biliaire et transplantation hépatique au sein du pôle digestif et anesthésie ouvrira fin 2009 sur l'hôpital Saint-Antoine. En parallèle, l'hôpital Tenon pourrait maintenir une Chirurgie digestive orientée vers la prise en charge de la carcinose péritonéale.

A moyen terme, après l'absorption du service de transplantation hépatique, un transfert des activités de Chirurgie digestive générale de l'hôpital Tenon vers l'hôpital Saint-Antoine serait souhaitable. Elle permettrait une suppression de garde de Chirurgie digestive qui pourrait engendrer une économie de 143 000 euros.

2. L'Hépatogastro-entérologie

Les services des hôpitaux Saint-Antoine et Tenon sont très orientés vers les traitements de l'addiction à l'alcool, sur le traitement des hépatites virales et sur les tumeurs du foie. Un regroupement des lits spécialisés sur Saint-Antoine semble possible.

3. La Cardiologie

Une activité de Cardiologie de niveau 1 serait maintenue à l'hôpital Tenon et une Cardiologie plus poussée à l'hôpital Saint-Antoine serait mise en place en lien avec le SAU. En conséquence, il serait logique que l'activité de Coronarographie interventionnelle

et l'activité de Coronographie diagnostic de l'hôpital Tenon soient transférées en même temps sur le site de Saint-Antoine. Une variante pourrait consister à faire partir la Coronographie interventionnelle de l'hôpital Tenon vers l'hôpital de la Pitié Salpêtrière. De fait, le maintien d'une Coronographie diagnostic sans Coronographie interventionnelle sur le site de Tenon semble à moyen terme peu souhaitable.

4. La Stomatologie

Un service resterait implanté sur le site de Saint-Antoine pour répondre aux besoins de soins des personnes précaires arrivant aux urgences.

5. La Neurologie

En lieu avec son activité renforcée d'urgences, l'hôpital Saint-Antoine s'orienterait davantage vers la prise en charge des troubles cognitifs et du comportement et la Neurologie générale. Sur ce site, il est à noter que la proximité des services de Neurologie et de Cardiologie serait un atout pour le GH car des avis mutuels sont souvent nécessaires dans ses disciplines. En revanche, la Neurologie vasculaire serait maintenue à l'hôpital Tenon. Il en serait de même pour le traitement des patients atteints de Sclérose en plaques.

6. La Psychiatrie

Historiquement, le service de Psychiatrie du GH est bisites et se partage entre les hôpitaux de Tenon et de Saint-Antoine. Le projet du GH serait dès lors de redéfinir le contour des activités des Unités fonctionnelles des deux hôpitaux d'adultes. L'unité fonctionnelle de l'hôpital de Tenon pourrait se spécialiser dans le traitement des patients atteints de stress. En lieu avec son activité renforcée d'urgences, la Psychiatrie de l'hôpital Saint-Antoine serait plus dédiée au traitement des malades suicidaires et au traitement de l'addictologie. En conséquence, la suppression d'une garde de Psychiatrie pourrait être envisagée sur le GH et permettrait d'économiser 160 000 euros.

7. Les Maladies infectieuses et tropicales (MIT)

Les consultations seraient maintenues sur les deux sites de Tenon et de Saint-Antoine afin de garantir un suivi de proximité aux patients. Toutefois, il serait souhaitable que les hospitalisations soient regroupées au sein du GH. Le bâtiment UPR de l'hôpital Saint-Antoine pourrait contenir ce service sous certaines conditions. En effet, tout dépendra du dimensionnement en cours de discussion du service de Médecine générale d'aval des urgences (40 ou 60 lits). Si ce service se limite à 40 lits, les hospitalisations des MIT pourraient être regroupées dans le bâtiment UPR.

8. La Médecine interne et la Gériatrie

Une unité centralisée Groupe Hospitalier aval des urgences serait souhaitable. Ce service pourrait regrouper sur le site de Saint-Antoine 48 lits de Médecine interne et 30 lits de Gériatrie aigüe. Elle effectuerait le diagnostic et la prise en charge globale des maladies

de patients adultes accueillis aux urgences présentant des symptômes de maladies systémiques, de maladies auto-immunes, de maladies liées au grand âge.

En parallèle, un redécoupage des capacités actuelles des services de Médecine interne et de Gériatrie entre les hôpitaux Saint-Antoine, Tenon et Rothschild est donc souhaitable. Sur le site de Saint-Antoine, une unité resserrée serait dédiée aux pathologies musculaires et aux diagnostics difficiles. Sur le site Tenon, des lits accueilleraient les malades arrivant aux urgences présentant tout type de symptômes même si une surspécialité pour les malades atteints de drépanocytose serait maintenue. Sur l'hôpital Rothschild, 30 lits seraient dédiés à la Gériatrie générale.

C) Les autres activités médicales adultes du GH : faire de Tenon un centre tourné vers la Cancérologie et le programmé.

1. La Pneumologie et la Chirurgie thoracique

Un transfert du service de Pneumologie de l'hôpital Saint-Antoine vers l'hôpital Tenon pourrait voir le jour au sein du Groupe Hospitalier. Le site de Tenon prendrait en charge tous les malades atteints de bronchopathies, de phtisiologie, d'apnées du sommeil et se spécialiserait notamment dans le traitement du Cancer du poumon en lien avec le service de Chirurgie thoracique et le service de radiothérapie.

2. L'Oto-rhino-laryngologie

Tenon serait le site de référence pour le Groupe Hospitalier. Sur le site de Saint-Antoine, seules des consultations seraient maintenues.

3. La Diabétologie, la Néphrologie, l'Endocrinologie

Tenon est déjà le site de référence pour la Néphrologie pour le Groupe Hospitalier. Il aurait vocation à le devenir pour la Diabétologie et l'Endocrinologie avec un transfert des activités de l'hôpital Saint-Antoine.

4. L'Oncologie médicale

Le Groupe Hospitalier STARTT a présenté sa candidature pour être labellisé centre intégré de Cancérologie multisites et pour obtenir la reconnaissance de ces centre experts en oncologie (en digestif et hématologie sur le site Saint-Antoine ; en Pneumologie, ORL, Urologie, et Gynécologie sur le site de Tenon). Au-delà du symbole honorifique et de reconnaissance du professionnalisme des équipes, cette reconnaissance par l'institution AP-HP permettrait une meilleure lisibilité pour les patients, assurerait un renforcement de la recherche avec la probable possibilité de conclure plus facilement des protocoles avec des firmes pharmaceutiques, ancrerait le groupe STARTT dans la lutte contre le cancer, première cause de mortalité des parisiens.

5. Les Brûlés adultes

Un transfert vers l'hôpital Saint Louis de l'activité du site de Saint-Antoine est prévu courant 2010. Cette activité médicale serait absente de l'offre du groupe.

6. La Dermatologie

Les consultations actuellement effectuées sur les sites de Tenon et de Saint-Antoine seraient maintenues. En revanche, une unité d'hospitalisation pourrait être centralisée à l'hôpital Saint-Antoine.

7. L'Ophtalmologie

Des consultations externes seraient maintenues sur les deux sites pour répondre aux besoins de la population. Des consultations internes seraient également maintenues pour répondre aux besoins du personnel hospitalier très désireux d'avoir ce type de service sur son lieu de travail. Un rapatriement des consultations de l'hôpital Saint-Antoine qui sont actuellement en rocade à l'hôpital des Quinze-Vingt serait également à prévoir à court terme.

8. Procréation Médicale Assistée, Urologie.

Tenon serait le site de référence pour le Groupe Hospitalier.

9. Gynécologie obstétrique

Un transfert de la Maternité de Saint-Antoine essentiellement vers les sites de Trousseau et Tenon et à la marge vers la Salpêtrière est envisagé. Il induira également le transfert de l'école de sage-femme et celui de Centre national de référence en Hémiobiologie périnatale de l'hôpital Saint-Antoine.

D) Faire de Rothschild un centre de SSR élargi

1. SSR gériatrique et orthopédique

L'hôpital Rothschild se positionnera dans les Soins de Suites et de Réadaptation et comme second aval des hôpitaux Saint-Antoine et Tenon. Il se spécialiserait dans le SSR gériatrique et orthopédique. Il pourrait éventuellement récupérer une partie de l'activité de SSR gériatrique d'autres hôpitaux de l'AP-HP comme celle du Groupe Hospitalier Joffre-Dupuytren ou celle de l'hôpital Emile Roux.

2. L'Odontologie

Le service spécialisé en Odontologie de Garancière serait majoritairement transféré de l'Hôtel Dieu vers sur l'hôpital Rothschild, le reste allant sur le site de la Pitié Salpêtrière.

E) Revoir l'activité pédiatrique du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon au sein de la filière pédiatrique de l'AP-HP

1. Développer la Pédiatrie générale et réaffirmer l'excellence de la Pédiatrie spécialisée

Le groupe Armand Trousseau La Roche-Guyon sera l'hôpital pédiatrique du groupe avec une Pédiatrie générale renforcée. Celle-ci s'appuierait sur la volonté d'accroître le nombre de passage aux urgences. Une hypothèse de + 10 000 passages est envisagée. Celle-ci est probable dans la mesure où les services d'accueil des urgences de Tenon et Saint-Antoine accueillaient déjà des enfants et surtout des adolescents (près de 2500 en 2008)

qui ont vocation à être adressés vers l'hôpital Trousseau avec la création du GH. Par ailleurs, le service d'accueil des urgences pédiatriques de l'hôpital Saint Vincent de Paul va fermer ses portes et une convention de reroutage de certaines urgences de l'hôpital Robert Debré serait souhaitable du fait de leur encombrement actuel (notamment pour les enfants et adolescents provenant du sud du 20^{ème} arrondissement).

En parallèle, la palette actuelle des surspécialités du groupe Armand Trousseau La Roche-Guyon pourrait être revue dans le cadre de la politique pédiatrique de l'AP-HP pour la période 2010-2014. Des discussions sont menées par un groupe de travail de la DPM avec les autres hôpitaux pédiatriques Necker-enfants malades et Robert Debré. Les conclusions sont attendues pour le 03 octobre 2009. Une redistribution de la répartition actuelle des surspécialités entre sites n'est pas impossible. En outre, cette hypothèse serait confortée si aucun investissement n'est envisagé sur le site de Trousseau. Toutefois, une variante pourrait consister a contrario à conforter la Pédiatrie spécialisée du site de Trousseau si la Direction Générale de l'AP-HP décidait la construction d'un bâtiment et/ou la rénovation de plusieurs bâtiments. Parmi les hypothèses avancées, la construction d'un bâtiment grâce un Partenariat Public Privé permettrait d'éviter un investissement coûteux à court terme et dont le ROI serait long. Toutefois, le coût du loyer d'un éventuel PPP devra être comparé au coût d'un investissement direct de l'AP-HP. Qui plus est, afin de limiter l'impact à supporter par l'AP-HP du coût d'investissement direct d'une construction, plusieurs pistes sont possibles : la cession ou la location d'une partie du foncier du site (avec l'hypothèse de la construction d'un EPHAD sur le foncier libéré pour encourager la politique sociale de mélange des générations), la recherche de fonds privés par le biais d'une fondation à créer et qui serait dédiée à la Pédiatrie.

Quelle que soit l'hypothèse retenue, la création du GH STARTT sera aussi une fenêtre d'opportunité intéressante pour revoir le projet médical du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon. En Médecine, les spécialités de Néphrologie, de Gastroentérologie et de Pneumologie pourraient être réorganisées avec l'hôpital Robert Debré. Par ailleurs, de nouveaux axes médicaux pourraient être privilégiés avec la prise en charge des adolescents ou le développement de la Chirurgie ambulatoire.

2. Le devenir du site de La Roche-Guyon

Le respect du décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation impliquerait une remise aux normes des bâtiments du site d'ici 2012 et pour un coût estimé entre 20 et 30 millions TDC. Par ailleurs, toute rénovation ou construction de bâtiment devrait prendre en compte des réglementations architecturales strictes car l'établissement est proche d'un site classé. Enfin, la réglementation PLU est contraignante car le site est situé dans une zone objet de mesures de PPRI. En parallèle, la mise en place de la T2A SSR en 2012 pourrait potentiellement être défavorable en terme de recette du fait d'une Durée Moyenne

de Séjour des patients très longue. En conséquence, le devenir du site semble limité dans le temps. Plusieurs hypothèses seront alors envisageables :

- ❖ le transfert au sein du groupe du SSR pédiatrique sur le site de Rothschild,
- ❖ le transfert du SSR pédiatrique vers un autre site de l'AP-HP plus proche du site de La Roche-Guyon, tel que l'Hôpital Raymond Poincaré de Garches,
- ❖ le transfert du SSR pédiatrique vers un hôpital du régime général géographiquement proche tel que le centre hospitalier François Quesnay de Mantes la Jolie.

F) Rendre plus efficaces les activités supports

1. La Biologie

Le souhait de regrouper les activités de Biologie est très ancien entre les hôpitaux du groupe STARTT. Il permettait d'atteindre un triple objectif : atteindre une masse critique intéressante d'examen, faire face aux évolutions technologiques vers une plus grande automatisation, être en conformité face aux risques biologiques. Si la recherche en Virologie et Bactériologie sont déjà regroupées entre les hôpitaux Saint-Antoine, Tenon, Trousseau, les examens restent encore internes à chaque site. Un regroupement des services de Microbiologie (Bactériologie, Parasitologie, Virologie) semble possible à court terme avec la construction d'un nouveau bâtiment sur le site de Saint-Antoine, mais les résistances sont plus fortes pour les activités d'Hématologie et de Biochimie.

2. Les Explorations fonctionnelles

Une surspécialisation serait prévue en fonction de l'activité demeurant sur site. Sur le site de Saint Antoine, elles seraient plus orientées en Neurologie. Sur le site de Tenon, elles seraient plus tournées vers la Pneumologie et vers l'Endocrinologie à moyen terme. Sur le site de Trousseau, tout dépendra des surspécialités conservées in situ.

3. Pharmacie

Une mutualisation de certaines préparations pharmaceutiques ou des rétrocessions des médicaments seraient souhaitables.

4. Santé Publique, unité de support à la recherche clinique, DIM

Un département unique au sein du Groupe Hospitalier serait souhaitable.

5. Mutualisation des fonctions Administratives, Techniques et Logistiques

Comme pour le scénario 1, de multiples mutualisations seraient envisagées.

3.3.2 Conséquences

Au regard du projet médical, les activités médicales et leur localisation seraient profondément remaniées. Ce scénario induirait de modifications d'ampleur pour les communautés médicale et paramédicale. *Au niveau de la recherche*, de nouvelles synergies seraient possibles avec notamment la création du centre intégré de Cancérologie et des centres experts.

Pour les patients, l'offre de soins sur le territoire serait plus lisible. La qualité des soins serait améliorée avec une mutualisation des bonnes pratiques.

En terme de ressources humaines, ce scénario induit une réorganisation qui ne serait pas uniquement administrative, technique et logistique mais essentiellement et avant tout médicale. Par l'ampleur des changements induits, ce scénario risque d'être à l'origine de rapports de force entre directions, médecins, paramédicaux et partenaires sociaux.

Au niveau patrimonial, les investissements seraient conséquents avec la construction de nouveaux bâtiments sur les sites de Tenon, Saint-Antoine et Trousseau. Des rocades seraient à trouver et pourraient avoir des répercussions négatives sur l'activité.

Sur l'aspect financier, le retour à l'équilibre des finances du groupe serait en revanche facilité à terme grâce à la multitude des mutualisations possibles. Le soutien de la Direction générale de l'AP-HP et de la tutelle serait indispensable.

3.3.3 Une stratégie volontariste reposant sur une forte conduite du changement à mener

Ce scénario résulterait d'une stratégie volontariste et altruiste de la part des acteurs médicaux souhaitant moderniser la structure actuelle de l'offre de soins du groupe STARTT. Par ailleurs, ce scénario est envisageable si les rivalités de personnes sont faibles, si la logique de groupe l'emporte sur la logique d'établissement. Une forte conduite du changement sera à mener. Elle devra privilégier une communication massive et transparente ainsi que des accompagnements individuels ou collectifs faute de temps (en terme de parcours professionnalisant, de formation, de mutation).

En outre, ce scénario part du principe que les synergies entre l'hôpital pédiatrique Armand Trousseau, les deux hôpitaux d'adultes Tenon et Saint-Antoine et l'hôpital de SSR Rothschild seraient très fortes. Le développement du SSR sur le site de Rothschild est étroitement lié aux souhaits des autres hôpitaux de fluidifier leur aval. Sur le site de Trousseau, le développement de la Pédiatrie générale passe par de nouvelles prises en charge orientées vers l'adolescent, l'obésité, l'anorexie, etc. Chaque hôpital aurait une stratégie de complémentarité, de confiance vis-vis à des autres hôpitaux du groupe et de développement en commun des activités.

3.3.4 Limites

Ce scénario induirait un tel bouleversement des services de soins que seule une conduite du changement adéquate serait capable de maintenir un dialogue social de qualité.

Par ailleurs, le transfert de certaines activités de site à site induira des investissements massifs. A titre d'exemple, le coût de la construction d'une nouvelle maternité sur le site de Tenon est estimé autour de 25 millions d'euros. Par ailleurs, le recrutement de personnel sera un coût à ne pas négliger car le personnel d'un service transféré ne suivra pas toujours. Qui plus est, le phasage des transferts d'activités sera également un point

déterminant pour la réussite de ce scénario. Les problèmes des rocade pour héberger les services en cas de travaux et les éventuelles pertes d'activité liées ne seront pas à négliger. Toujours à titre d'exemple, la construction d'une nouvelle maternité sur le site de Tenon ne pourra pas être achevée dans le meilleur des cas avant 2014. Le retour sur investissement des projets est difficile à mesurer et ne pourra pas intervenir avant plusieurs années. La durée d'amortissement d'un bâtiment est estimée à 30 ans.

En conséquence, un projet médical trop ambitieux risque d'avoir des conséquences humaines, sociales et financières très importantes et difficilement maîtrisables.

3.4 Le scénario tendanciel : une graduation du scénario volontariste dans le temps avec deux phases : 2010-2014 et 2015-2019

3.4.1 Hypothèses

Sur la base d'un projet médical proche de celui envisagé pour le scénario 2, un scénario tendanciel consisterait à envisager des transferts d'activités de façon échelonnée. Au final, c'est le rythme des changements qui peut conditionner la réussite du projet médical.

En premier lieu, la période 2010-2014 sera propice :

- ❖ à mutualiser des activités médicales qui font l'objet d'opérations déjà lancées avant même la constitution du groupe STARTT comme le SAU principal à Saint-Antoine, comme le centre de greffes hépatiques,
- ❖ à réorganiser des activités médicales bisites comme la Psychiatrie,
- ❖ à assurer l'ouverture du bâtiment nouveau Rothschild par une montée en charge de l'activité SSR gériatrique et orthopédique,
- ❖ à transférer une partie de la Maternité de Saint-Antoine vers le site d'Armand Trousseau
- ❖ à préparer la seconde phase de réorganisation prévue sur les 5 années suivantes.

Dans un deuxième temps, la période 2015-2019 sera l'occasion :

- ❖ de finaliser le transfert de la maternité de Saint Antoine vers les sites de Tenon, de Trousseau et de la Salpêtrière,
- ❖ de redéfinir les spécialités adultes des sites de Tenon et Saint-Antoine avec un renforcement progressif de la Cancérologie sur l'hôpital Tenon, et des services d'aval des urgences sur Saint-Antoine,
- ❖ de redéfinir l'activité pédiatrique du Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon,
- ❖ de mutualiser la Biologie, la Pharmacie et l'Imagerie du groupe.

3.4.2 Conséquences

Ce scénario est plus réaliste que le scénario volontariste car il étale dans le temps le remaniement des activités médicales et le changement de leur localisation.

Au regard du projet médical, ce scénario induirait des modifications d'ampleur pour les communautés médicale et paramédicale, mais de façon plus progressive.

Au niveau de la recherche, de nouvelles synergies seraient progressivement mises en place.

Pour les patients, ils seraient dirigés de façon graduelle vers les nouvelles structures de soins du groupe, ce qui leur permettra une lisibilité accrue en leur laissant le temps de s'adapter à cette nouvelle offre. Avec la certification V2010 qui devrait intervenir en 2013, une mutualisation des bonnes pratiques sera également échelonnée et la qualité des soins sera également améliorée.

En termes de ressources humaines, ce scénario induit une réorganisation globale à la fois médicale, administrative, technique et logistique. Il implique tous les acteurs hospitaliers dans le temps, ce qui peut les rendre solidaires par un partage progressif et commun de l'expérience de changement. En étant étalé dans le temps, ce scénario atténuera les possibles rapports de force entre directions, médecins, paramédicaux et partenaires sociaux. Les projets où les résistances sont les plus faibles devront être priorités.

Au niveau patrimonial, les investissements seraient conséquents mais plus étalés dans le temps. Pour optimiser le financement des opérations, une réflexion sur des montages financiers originaux comme des Partenariats Public Privé serait possible. Par ailleurs, les rocadés pour l'hébergement de services en cas de travaux seront plus aisées à trouver et les éventuelles pertes d'activité seront limitées.

Sur l'aspect financier, le retour à l'équilibre du groupe se fera également de façon progressive grâce à la multitude des mutualisations possibles. Le choix des projets et leur calendrier devront être négociés avec la Direction générale de l'AP-HP et la tutelle.

3.4.3 Une stratégie au long cours

Ce scénario résultera d'une stratégie au long cours qui devra être portée par une forte volonté de la part de la Direction Générale du Groupe Hospitalier STARTT. Elle devra définir aux différents acteurs sa vision du groupe pour l'avenir.

Elle devra déterminer l'ordre des opérations à mener dans le temps et tenir une ligne de conduite volontariste, progressive et continue.

Pour chaque projet lancé, elle devra définir avec les acteurs concernés des objectifs qualitatifs et quantitatifs. La Direction Générale du groupe STARTT devra s'appuyer sur une évaluation continue des projets. Elle pourrait être basée sur des outils de reporting et sur des réunions régulières de suivi.

Elle devra mobiliser les acteurs pour les rendre acteurs du processus de changement. Des séminaires de réflexion, des réunions de cadres pourraient être des outils adéquats pour convaincre, gérer les enjeux de pouvoirs, canaliser les aspects émotionnels.

Elle devra s'appuyer sur une communication claire, transparente et sur un accompagnement fort des personnels. Elle devra veiller à créer progressivement une culture commune aux quatre établissements.

3.4.4 Limites : la persévérance des acteurs et l'étirement temporel

A terme, comme pour le scénario volontariste, les activités médicales et leur localisation seraient profondément remaniées. Ce scénario induira de modifications d'ampleur pour tous les acteurs hospitaliers.

Un étalement dans le temps des différents projets nécessitera une volonté sans faille des hommes. Une certaine stabilité des équipes de direction est donc souhaitable. Par ailleurs, la passation d'un contrat entre le groupe STARTT, la Direction Générale de l'AP-HP et la tutelle aurait l'avantage de clarifier les objectifs retenus et de responsabiliser tous les acteurs. Ce contrat légitimerait l'action conduite dans le temps par l'équipe de Direction tout en inscrivant clairement la vision à suivre. Parce que le retour à l'équilibre du groupe paraît devoir s'étaler dans le temps, ce contrat permettrait de faire retomber la pression pesant actuellement sur l'équipe de Direction tout en lui fixant des objectifs clairs et partagés.

Enfin, l'étalement dans le temps des opérations permettra un dialogue social plus constructif pour étaler, anticiper et définir avec les partenaires sociaux les mesures d'accompagnement des personnels.

L'offre de soins sur le territoire serait plus lisible pour les patients. La qualité des soins serait améliorée avec une mutualisation des bonnes pratiques.

Conclusion

Pour la constitution d'un Groupe Hospitalier dicté par la recherche d'efficience dans un contexte financier contraint, l'hypothèse de départ de ce travail a été que la pertinence du projet d'établissement du futur ensemble et notamment de son projet médical était fondamentale pour légitimer l'opération de regroupement. Il devait répondre à un triple objectif : 1- répondre aux besoins de santé de la population du territoire 75-2 tel que défini dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins et vis-à-vis de l'offre de soins existante ; 2- mobiliser rapidement tous les acteurs hospitaliers ; 3- présenter des projets économiquement performants.

Au terme de ce mémoire, il apparaît que l'élaboration d'un projet d'établissement efficient constitue à résoudre une équation comportant de multiples variables. Les conditions de réussite du Groupe Hospitalier STARTT sont donc plurielles :

- ❖ le projet d'établissement et son volet médical devront impérativement être en adéquation avec les évolutions des besoins de santé de la population,
- ❖ il devra contenir un volet médical ambitieux suscitant l'enthousiasme des acteurs hospitaliers et favorisant leur adhésion à la constitution du nouvel ensemble,
- ❖ le projet médical du groupe STARTT devra se positionner de façon originale au sein de l'offre de santé de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris mais aussi vis-à-vis de l'offre concurrentielle. Une véritable contractualisation avec la Direction Générale de l'AP-HP et la tutelle permettra de clarifier le positionnement du groupe STARTT et de fixer des jalons pour l'avenir,
- ❖ le projet médical devra s'appuyer sur les autres volets du projet d'établissement qui devront être les vecteurs de sa réussite,
- ❖ de véritables synergies entre les quatre hôpitaux du groupe devront être créées et ne pas se limiter à une simple juxtaposition d'activités. La création d'une histoire et d'une culture commune est indispensable,
- ❖ le projet d'établissement devra être construit et mis en place avec mais aussi pour l'ensemble des acteurs hospitaliers. Il devra s'accompagner d'une conduite du changement adéquate. Celle-ci s'appuiera sur la vision d'ensemble donnée par le Directeur général du groupe, sur une communication claire, transparente et fréquente des acteurs, sur l'accompagnement individuel des personnels,
- ❖ en outre, le projet d'établissement devra tenir compte de multiples contraintes des sites liées aux aléas administratifs, aux hommes, à la contrainte financière, aux besoins logistique et technique, au facteur temps,
- ❖ par ailleurs, le projet d'établissement devra rechercher des pistes d'efficience qui auront un objectif économique certain mais qui ne devront pas non plus oublier

que la définition de l'efficience est plus large. Atteindre un objectif dans les meilleures conditions, au delà d'une optimisation des recettes au regard des moyens mis en œuvre, inclut également des conditions d'amélioration qualitative de l'offre de santé pour les patients, de la recherche, du caractère universitaire des hôpitaux, le partage des bonnes pratiques pour l'ensemble des personnels et l'optimisation des conditions de travail des personnels,

- ❖ enfin, le projet d'établissement du groupe devra s'appuyer sur ses points forts, l'excellence de ses services de soins et la richesse de ses hommes.

Le groupe STARTT a les moyens de remplir ses missions d'hôpital de proximité et d'hôpital de référence. En s'appuyant sur des urgences et un aval mieux organisé mais aussi sur un pôle de gynéco-obstétrique de premier plan, il constituera un offreur de santé incontestable dans l'est de Paris. L'ambition affichée d'être un centre de référence et d'expertise en Oncologie, en Pédiatrie et en SSR gériatrique paraît réalisable au vu de l'histoire et de la richesse de ses services.

Avec la mise en place de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, la multiplication des opérations de regroupement des structures hospitalières entamées dans les années 1990 va s'intensifier. En anticipant la nouvelle vague de fusions hospitalières qui s'annonce, l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris dispose en cela d'une longueur d'avance. En montrant l'exemple aux yeux de la tutelle, elle dispose d'une fenêtre d'opportunité intéressante pour réussir sa réorganisation. Toutefois, dans un contexte financier où l'institution affiche un déficit cumulé proche des 300 millions d'euros et où sa capacité d'investissement est limitée, la réussite des groupes hospitaliers est aussi une question de survie. Les groupes peuvent apporter un bol d'air à l'institution ou constituer les prémices d'une partition à terme de l'institution. L'entreprise de constitution des groupes hospitaliers apparaît donc comme un challenge à relever. Sa réussite dépend avant tout des hommes et de leur volonté à améliorer le fonctionnement de l'AP-HP. Une sensibilisation permanente des acteurs aux enjeux de cette réforme historique est donc indispensable. Elle passe par un dialogue de tous les instants. Seul le temps, permettra de mesurer la réussite de la constitution d'un Groupe Hospitalier comme STARTT. Sa meilleure arme reste son potentiel humain mais il peut aussi paradoxalement constituer sa plus grande faiblesse si une conduite du changement adéquate n'est pas menée. Par ailleurs, la temporalité et le rythme des changements à organiser seront déterminants.

Par conséquent, la graduation temporelle d'un scénario volontariste de mutualisation de moyens et d'optimisation de ressources constitue la projection la plus favorable à la réussite d'un Groupe Hospitalier tel que celui constitué par les hôpitaux Saint-Antoine, Tenon, Rothschild, Armand Trousseau La Roche-Guyon.

Bibliographie

OUVRAGES

AUTISSIER D. et MOUTOT J.M., *Pratiques de la conduite du changement : comment passer du discours à l'action*, Paris, éditions DUNOD, 2003, 248p.

CALMES G., SAGADE J-P., LEFRANC L., *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*, Paris, éditions Masson, 1998, 170p.

CLEMENT J-M., *Mémento de droit hospitalier*, Paris, éditions Berger-Levrault, 2008, 13e édition, 414p.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris, éditions du Seuil, 1992, 500p.

DERENNE O., LUCAS A., *Manuel de gestion des ressources humaines dans le fonction publique hospitalière, Tome2 : le développement des ressources humaines*, Rennes, Editions ENSP, 2003, 445p.

GROUARD B. et MESTON F., *L'entreprise en mouvement, conduire et réussir le changement*, Paris, édition DUNOD, 4e édition, 2005, 370p.

INSEE, Ile-de-France 2007, *Regards sur la santé des Franciliens*, Mars 2007, 52p.

KÜBLER-ROSS E., *Accueillir la mort*, Paris, éditions Pocket, 2002, 188p.

PIGE B., *Management et Contrôle de gestion*, Paris, éditions NATHAN, 2008, 493 p.

WINICKI P., *Réussir un réforme publique*, Paris, éditions DUNOD, 2007, 182 p.

MEMOIRES

DENIEL N., *La fusion d'un centre hospitalier et d'un hôpital local. De la création de l'entité à l'harmonisation de la gestion des ressources humaines*, Mémoire de Directeur d'établissement sanitaire et social public, 2003, 108p.

DOUETTE M-C., *Les restructurations hospitalières : le rôle du directeur des soins dans les fusions de blocs opératoires*, Mémoire, de Directeur des soins, 2005, 62p.

HUBIN J., *La fusion des centres hospitaliers de Montmorency et d'Eaubonne : quelle(s) complémentarité(s) pour quel avenir ? (la place dévolue au site de Montmorency dans le futur projet médical commun)*, mémoire de Directeur d'hôpital, 1997, 134p.

LEFRANC L., *Fusion et contractualisation au service de la restructuration hospitalière : le centre hospitalier intercommunal de Poissy/Saint Germain-en-laye*, 1998, 84p.

MACHON L-O., *L'absorption du Centre Médical de la Fontaine au Bac par le Centre Hospitalier de Laval : une illustration de la politique de recomposition hospitalière*, Mémoire de Directeur d'hôpital, 2000, 71 p.

POILLERAT L., *Le projet d'établissement au service de la fusion d'un établissement médico-social. Le projet d'établissement : garant de la fusion ? Et si la fusion était aussi garante du projet ...*, Mémoire de Directeur d'Etablissement Social et Médico Social Public, 2003, 97p.

SABAH P., *La dimension humaine des restructurations hospitalières : enjeux et perspectives. L'exemple de la fusion du Centre Hospitalier de Béziers avec une clinique privée*, Mémoire de Directeur d'hôpital, 2000, 73p.

TRIBOULET A., *Stratégie d'intégration entre un hôpital local et une maison de retraite mis en œuvre par la démarche qualité*, Mémoire de Directeur d'établissement sanitaire et social, 2003, 88 p.

TROUDE M., *Les conditions de réussite d'une fusion hospitalière ou l'importance du projet médical, le cas de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud avec le Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres*, Mémoire de Directeur d'hôpital, 2006, 111 p.

ARTICLES ET PERIODIQUES

COQUAZ C. et MADELMONT F., L'organisation des ressources humaines au service de l'optimisation du parcours de prise en charge du patient, *Santé RH*, décembre 2008, p. 11-16

FAYN M-G., Communication et formation au service du changement, *Revue hospitalière de France*, n°509, mars-avril 2006, p.18-21,

FORCIOLI P., Les économies dans les fusions hospitalières, *Gestions Hospitalières*, mai-juin 2005, n°504, p. 52-58

GEORGES-PICOT A., Le lean Management est-il applicable à l'hôpital et pour quels résultats ?, *Finances Hospitalières*, février 2009, p.12-15

KARAKI H. et VINCK D., Fusion d'hôpitaux: la place des médecins dans les processus de changement, *Gestions Hospitalières*, mai 2005, n°446, p. 369-376

KITOUS B., Fusion des établissements, fausse piste ou solution d'avenir ?, *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2002, n°417, p. 423-441

PIGANEAU K., 1996-2009 : l'ARH d'Ile-de-France fait son bilan, Années de guerre à la dérive déficitaire, *Le Journal du Médecin*, mardi 30 juin 2009, n°8600, p. 3

SOMMER A., L'organisation et l'efficacité, premières clés de la réduction des coûts, *Finances Hospitalières*, mars 2009, p.14-16

RAPPORTS ET DOSSIERS DE PRESSE

ARHIF, *Schéma régional de l'organisation sanitaire de troisième génération – 2003-2010, annexe*, mars 2006, 403p.

Comité Régional de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, *Rapport Régional sur la démographie des Professions de santé en Ile-de-France*, 4 juin 2004, 30p.

DE SINGLY C. *Rapport de la mission Cadres hospitaliers*, 11 septembre 2009, 125p.,
Disponible sur internet : <http://www.sante-sports.gouv.fr/publications-documentation/publications-documentation-sante/rapports/rapport-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-singly.html>

LARCHER G., *Les missions de l'hôpital*, Avril 2008, 102 p.
Disponible sur internet : http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

MARESCAUX J., *L'avenir des centres hospitaliers universitaires*, Mai 2009, 69 p.,
Disponible sur internet http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Marescaux.pdf

RITTER P., *La création des Agences régionales de Santé*, Janvier 2008, 63 p.
Disponible sur internet : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf

VALLENCIEN G., *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Avril 2006, 77 p.
Disponible sur internet http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/vallancien_0406/rapport.pdf

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Ordonnances

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Lois

- Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics
- Loi n°1970-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°1987-575 du 24 juillet 1987 relative aux établissements d'hospitalisation et à l'équipement sanitaire
- Loi n°1991-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décrets

- Décret n°73-935 du 24 septembre 1973 relatif à la création, à la transformation et à la suppression des établissements d'hospitalisation publique
- Décret n°2002-466 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la Médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
- Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de Médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique
- Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- Décret n° 2009-959 du 29 juillet 2009 relatif à certaines conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Arrêtés

- Arrêté n° 06-20 du 22 mars 2006 relatif à la délimitation de bassins de santé en Ile-de-France

Code

- Code de la santé publique
- Code du travail
- Code de l'urbanisme

DOCUMENTS INTERNES

- Note du 3 juillet 2008 sur le projet de constitution des groupes hospitaliers
- Note du 19 décembre 2008 sur la méthodologie de mise en place des groupes hospitaliers
- Note du 19 décembre 2008 sur la désignation des responsables de la mise en place des groupes hospitaliers
- Lettre de mission aux directeurs responsables de la mise en place des groupes hospitaliers du 14 janvier 2009
- Note du 27 mars 2009 sur la conduite du dialogue social dans le cadre de la réorganisation de l'AP-HP
- Note du 23 avril 2009 sur les éléments de cadrage pour l'élaboration du projet médical des groupes hospitaliers : principes et organisation

- Note du 30 avril 2009 sur les caractéristiques et les recommandations par groupes hospitaliers
- Note du 18 mai 2009 sur le projet Ressources Humaines du Plan Stratégique
- Feuille de route du 18 juin 2009 des groupes hospitaliers : Plan stratégique, Ressources Humaines, efficience
- Note du 22 juillet en complément de la note du 18 juin 2009 sur la feuille de route des groupes hospitaliers
- Note du 1^{er} septembre 2009 sur l'analyse des dossiers transmis par les groupes hospitaliers dans le cadre du plan stratégique 2010-2014

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées

Annexe 2 : Le Guide d'entretien

Annexe 3 : Le territoire de sante 75-2, une offre de soins importante

Annexe 4 : L'origine des patients des hôpitaux MCO du groupe STARTT

Annexe 5 : La nouvelle cartographie de l'AP-HP

Annexe 6 : Les principales données chiffrées du groupe STARTT

Annexe 7 : Vue globale des projets du groupe STARTT

Annexe 8 : Evaluation des projets du groupe STARTT

Annexe 9 : Synthèse des trois scénarii pour le groupe STARTT

Annexe 1 : Liste des entretiens

- Monsieur Jackie BONDROLE, directeur des soins à l'hôpital Rothschild et directeur des soins du GH START, le 31 Août 2009, 2h.
- Madame Geneviève CLOUARD, directrice des Travaux et de la Logistique du groupe hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon (nombreux entretiens).
- Monsieur Jean-Paul COUBARD, ingénieur Logistique à l'hôpital Armand Trousseau (nombreux entretiens),
- Madame Stéphanie DECOOPMAN, directrice adjointe des finances de l'AP-HP, le 21 Août 2009, 2h.
- Madame Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, directrice du groupe hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon (nombreux entretiens).
- Monsieur Roland GONIN, directeur de l'hôpital TENON et animateur du Groupe Hospitalier STARTT, le 19 août 2009, 3h.
- Monsieur Bruno HENRIET, représentant syndical CGT sur le site de l'hôpital Armand Trousseau, le 17 Août 2009, 30 minutes.
- Monsieur Daniel JANCOURT, directeur chargé de mission auprès du Directeur Général de l'AP-HP pour la mise en œuvre des Groupes Hospitaliers, le 28 Août 2009, 2h.
- Madame Dominique LELIEVRE, directrice des Finances du groupe hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon (nombreux entretiens).
- Madame Agnès LEROUX, cadre de santé, service d'Anesthésie-Réanimation du groupe hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon, le 21 septembre 2009, 30 minutes.
- Madame Isabelle LESAGE, Directrice du GHU est, le 18 septembre 2009, 1h.
- Monsieur Michel LOUAZEL, enseignant chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, le 30 mars 2009, 1h.
- Monsieur Philippe MARIN, directeur de la filière des élèves directeur d'hôpital à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé publique et ancien directeur du centre hospitalier de LAVAL, le 18 février 2009, 1h.
- Monsieur le Professeur Jean-Claude PETIT, président du CCM de l'hôpital Saint-Antoine et président de la CME du groupe hospitalier START, 26 août 2009, 4h.
- Madame Chantal de SINGLY, directrice de l'Institut du Management à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, et ancienne directrice de l'Hôpital Armand Trousseau et de l'Hôpital Saint-Antoine, le 31 mars 2009, 45 mn.

Annexe 2 : Guide d'entretien
Mémoire d'élève directeur d'hôpital
de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
« Les conditions de réussite d'un groupe hospitalier ou l'efficience de son projet
d'établissement : l'exemple de la constitution du groupe hospitalier Saint-Antoine,
Rothschild, Tenon, Armand Trousseau (STARTT) à l'Assistance Publique - Hôpitaux
de Paris»

Préambule :

- 1- Bref rappel sur mon parcours personnel et professionnel d'élève directeur d'hôpital*
- 2- Contexte et choix du mémoire*

I- Positionnement de la personne auditionnée

- a) Rappel du Parcours professionnel
- b) Poste actuellement occupé
- c) Positionnement vis-à-vis des groupes hospitaliers et vis-à-vis du GH STARTT en particulier

II- Les conditions de réussite du groupe hospitalier STARTT

- a) Quelles sont, selon vous, les forces et les faiblesses du groupe STARTT ?
- b) En quoi la constitution du groupe STARTT représente une opportunité pour vous, pour votre domaine de compétence et pour votre profession en général ?
- c) Quels sont les domaines et les objectifs que vous souhaitez personnellement suivre ou mettre en avant lors de la définition du projet d'établissement ?
- d) Quelles sont vos craintes et vos espérances vis-à-vis de ce futur groupement ?

III – Scénarii et Modalités envisageables

Scénarii :

- a) Quels scénarii envisagez-vous pour la constitution du groupe STARTT ?
- b) Quels sont, selon vous, les projets réalisables à court terme, moyen et long terme ?
Quels seraient éventuellement les projets à écarter ?

- c) Comment voyez-vous le positionnement du groupe STARTT vis-à-vis des autres groupes hospitaliers de l'AP-HP, vis-à-vis de l'organisation de l'AP-HP en général ?
- d) Quelle place pour le Groupe Hospitalier Armand Trousseau La Roche-Guyon au sein du Groupe hospitalier STARTT ?

Modalités :

- e) Management participatif ou Management directif ?
- f) Comment doit-on mener la conduite du changement ?
- g) L'efficience est-elle un dictat ou une opportunité ?
- h) Quels seraient, selon vous, les freins possibles à la réalisation d'un groupe hospitalier ?
- i) Quels seraient les leviers à valoriser ?
- j) Quels rôles pour les pôles et les chefs de pôles
- k) Le NSI et les GH ?

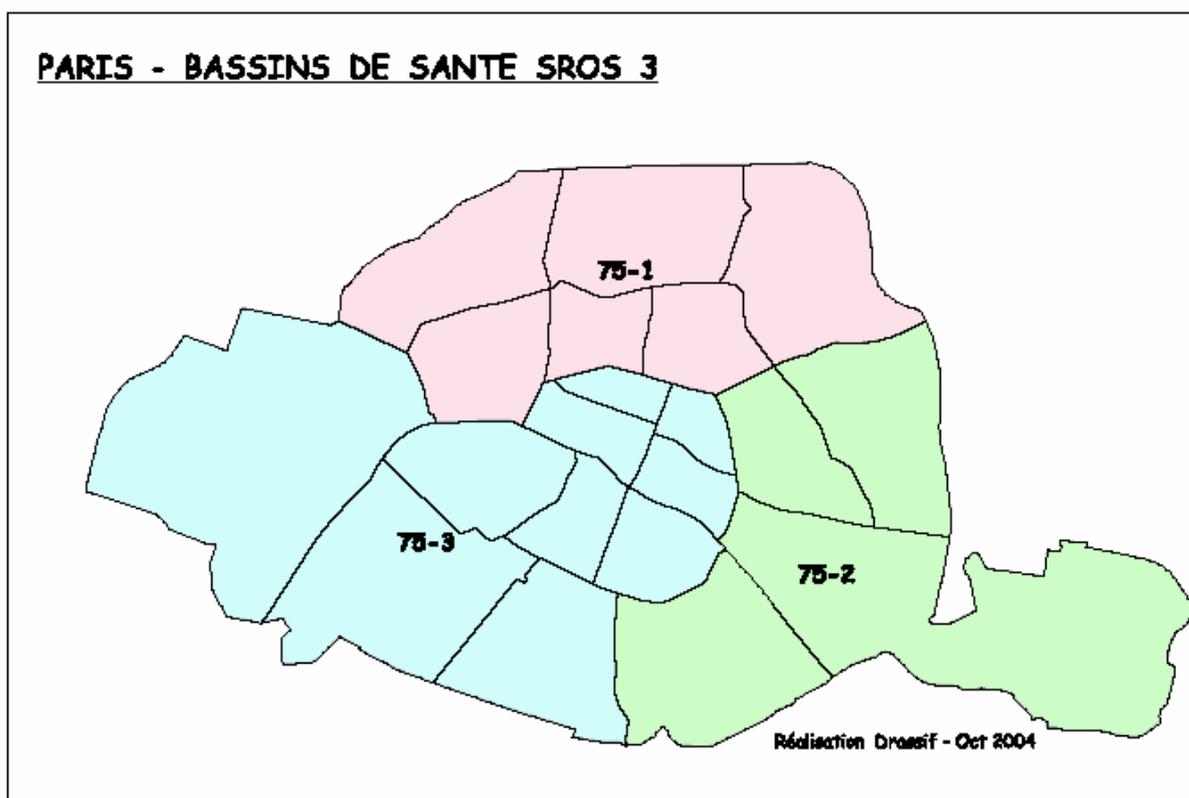
IV – Divers

Avez-vous d'autres précisions à apporter ?

NB :

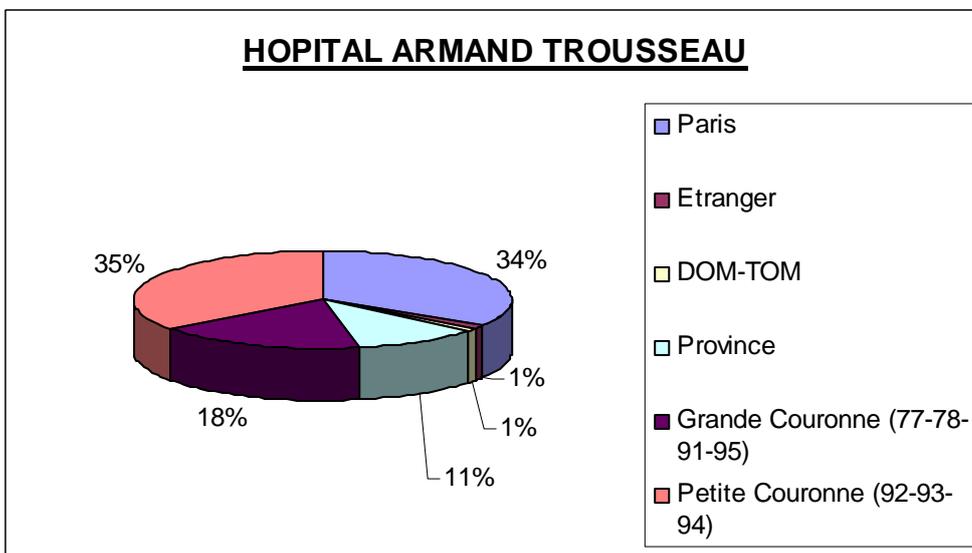
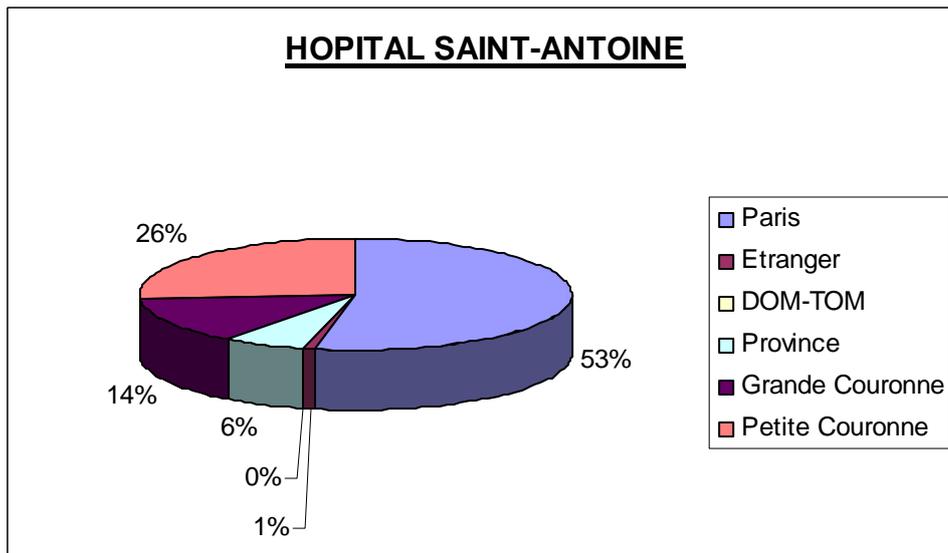
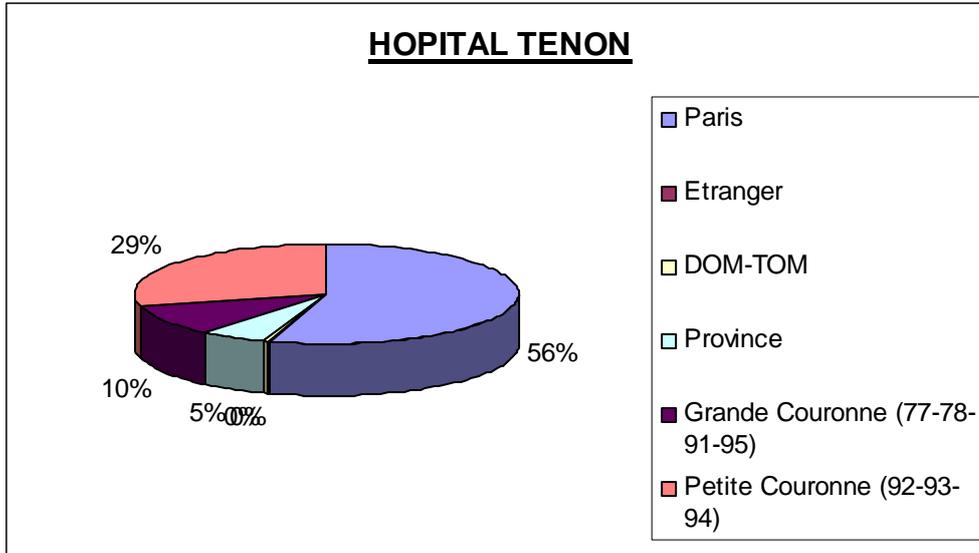
- *ce guide d'entretien est destiné à des personnes occupant des fonctions diverses. En conséquence, il offre l'avantage d'une trame générale qui a bien entendu vocation à être adaptée en fonction des personnes auditionnées.*
- *ce mémoire fera l'objet d'un document écrit qui sera remis à l'EHESP fin septembre 2009 et d'une soutenance orale qui interviendra début décembre 2009.*

Annexe 3 : Le territoire de santé 75-2, une offre de soins importante



Nature	Nom établissement	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	TOTAL
APHP	Hôpital TENON	354	140	88	582
APHP	Hôpital SAINT-ANTOINE	431	191	79	701
APHP	Hôpital ROTHSCHILD	15	36		51
APHP	GH ARMAND TROUSSEAU LA ROCHE-GUYON	192	127	52	371
	TOTAL STARTT	992	494	219	1705
APHP	Hôpital de LA PITIE SALPETRIERE	1099	625	60	1784
PBL	CENTRE MEDICO CHIRUGICAL VINCI		72	25	97
PBL	CLINIQUE DU MONT LOUIS	21	118		139
PBL	CLINIQUE JEANNE D'ARC		18	40	58
PBL	CLINIQUE VILLA ISIS		18	40	58
PBL	CLINIQUE DU BIEN NAITRE			32	32
PSPH	HOPITAL CNO DES QUINZE VNGT		128		128
PBL	CENTRE CHIRUGICAL DES PEUPLIERS	68	99		167
PSPH	GH DIACONNESSES - CROIX SAINT SIMON	74	157	38	269
PSPH	HOPITAL PAUL ROUQUES LES BLUETS		8	44	52
PSPH	CENTRE PASTEUR VALLERY RADOT	12			12

Annexe 4 : L'origine des patients du groupe hospitalier STARTT

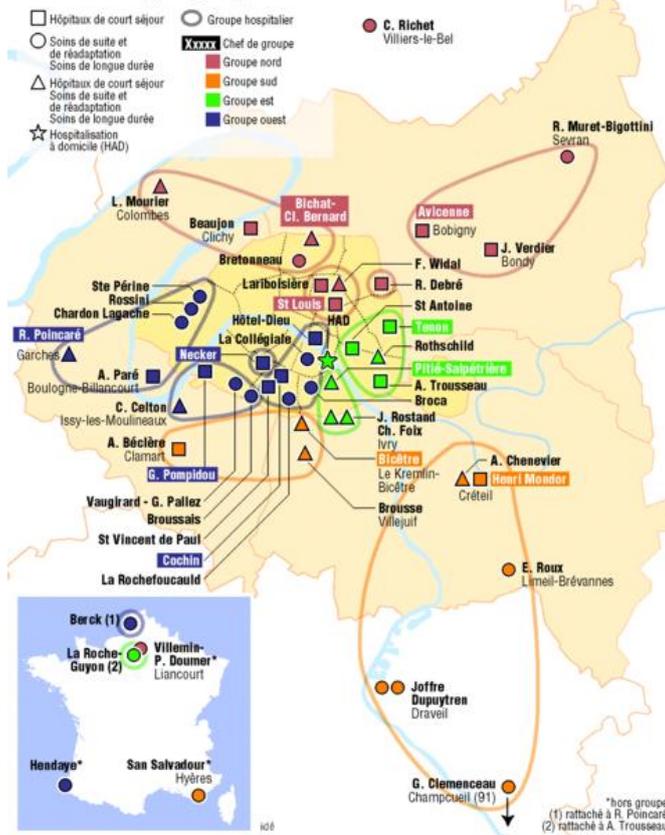


Annexe 5 : Cartographie de la restructuration de L'AP-HP



L'AP-HP en 2009

La future géographie de l'AP-HP



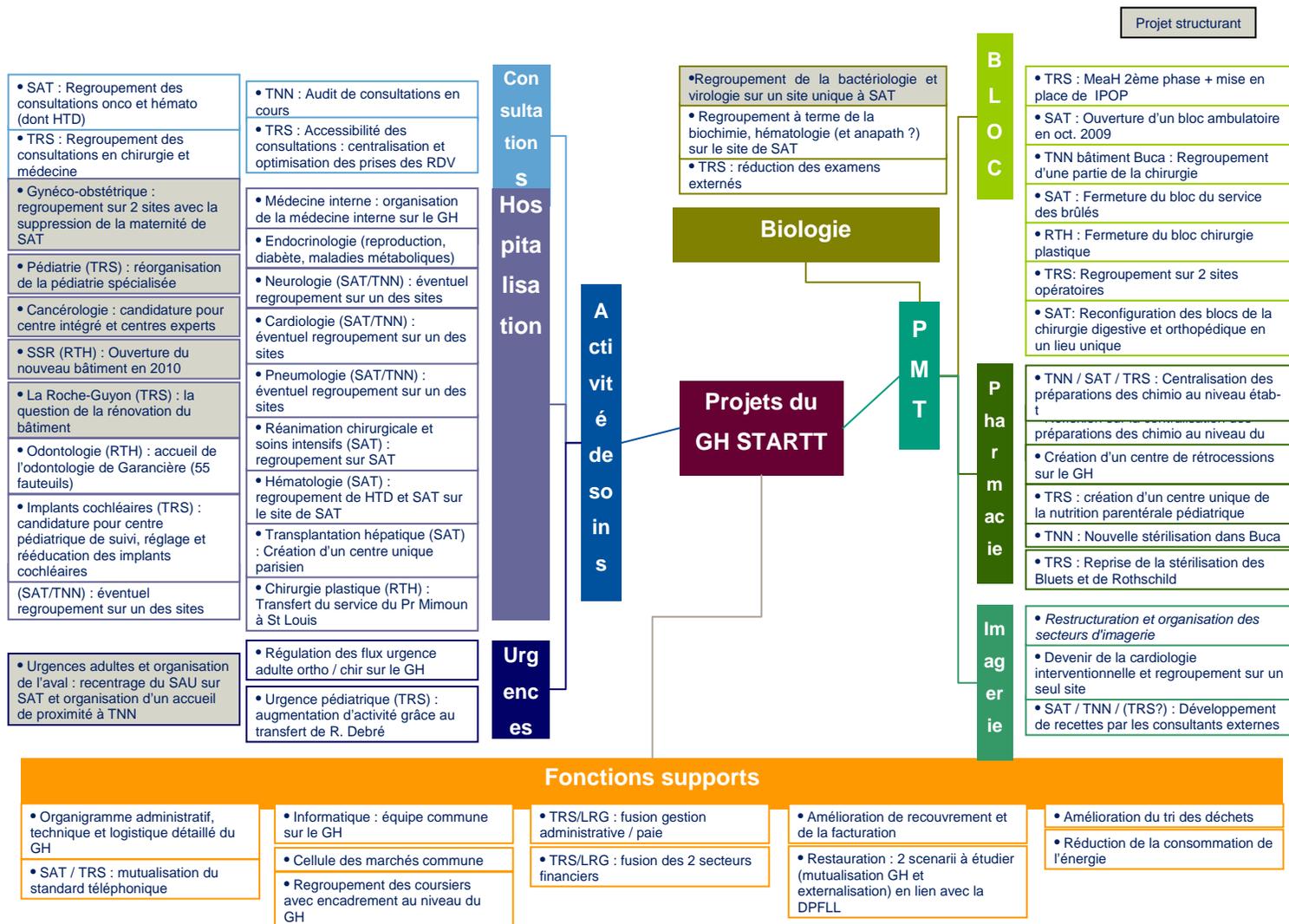
L'AP-HP en 2011

Annexe 6 : Les principales données chiffrées du groupe STARTT en 2008

CARTE D'IDENTITE DU GH STARTT	CARTE D'IDENTITE DU GH STARTT	En 2008	Part du GH dans le total AP-HP	Evolution 2007/2008
CAPACITE DE PRISE EN CHARGE	CAPACITE DE PRISE EN CHARGE			
Nombre de lits	Nombre de lits	1 705	13,1%	ND
en Médecine	en Médecine	992	12,8%	ND
dont	dont			ND
Urgences	Urgences	44	14,9%	ND
SSR	SSR	168	4,0%	ND
Psychiatrie	Psychiatrie	63	10,0%	ND
en Chirurgie	en Chirurgie	494	11,7%	ND
en Obstétrique	en Obstétrique	219	21,7%	ND
ACTIVITE	ACTIVITE			
Hospitalisation complète	Hospitalisation complète	81 901	14,0%	5,04%
Medecine	Medecine	31 811	12,0%	4,23%
Chirurgie	Chirurgie	21 136	13,0%	-3,36%
Gynéco-obstétrique	Gynéco-obstétrique	21 295	22,0%	10,73%
Urgences	Urgences	7 659	13,0%	20,65%
Hospitalisation partielle	Hospitalisation partielle	80 668	14,0%	4,25%
HJ Médecine	HJ Médecine	25 481	8,0%	2,38%
Chimiothérapie	Chimiothérapie	20 295	19,0%	-3,85%
Chirurgie Ambulatoire	Chirurgie Ambulatoire	5 000	13,0%	80,96%
Dialyse	Dialyse	9 437	21,0%	17,26%
Radiothérapie	Radiothérapie	19 078	23,0%	-1,18%
IVG	IVG	1 377	11,0%	-8,02%
Part HC dans le total des séjours	Part HC dans le total des séjours	1		0,37%
Séjours SSR-PSY	Séjours SSR-PSY	7 442	5,0%	8,45%
Consultations externes	Consultations externes	480 860	13,0%	5,05%
Nombres d'actes CCAM (consultations externes)	Nombres d'actes CCAM (consultations externes)	122 793	19,0%	14,32%
Nombre d'équivalents lettre B	Nombre d'équivalents lettre B	222 722 677	11,0%	1,29%
Nombre d'ICR imagerie	Nombre d'ICR imagerie	12 207 815	10,0%	6,77%
Nombre de passages aux urgences	Nombre de passages aux urgences	131 449	12,0%	0,94%
RECHERCHE	RECHERCHE			
Nombre total de publications	Nombre total de publications	5 394	15,8%	ND
Score SIGAPS (données 2003-2007)	Score SIGAPS (données 2003-2007)	24 799	14,8%	ND
MERRI	MERRI	52 642 524 €	ND	-1,8%
Essais industriels	Essais industriels	114	ND	21,3%
RESSOURCES HUMAINES	RESSOURCES HUMAINES			
Masse salariale	Masse salariale	437 944 489 €	12,0%	3,34%
PM (en nombre)	PM (en nombre)	1 022	12,0%	ND
PNM (en nombre)	PNM (en nombre)	7 512	12,0%	3%
Personnels administratifs	Personnels administratifs	986	13,0%	1%
Personnels socio-éducatif	Personnels socio-éducatif	105	11,0%	5%
Personnels hospitaliers	Personnels hospitaliers	5 907	12,0%	2%
Personnel Technique et ouvrier	Personnel Technique et ouvrier	514	12,0%	11%
FINANCES	FINANCES			
Recettes	Recettes	659 690 590 €	11,4%	-1%
Dépenses	Dépenses	699 211 813 €	11,5%	12%
Résultat net	Résultat net	- 39 521 223 €	13,2%	-190%
			Moyenne Hôpitaux AP-HP	
% du résultat dans les recettes	% du résultat dans les recettes	-6%		
Part de recettes de titre I/total recettes	Part de recettes de titre I/total recettes	80%	78%	
Part de recettes de titre II/total recettes	Part de recettes de titre II/total recettes	11%	10%	
Part de recettes de titre III/total recettes	Part de recettes de titre III/total recettes	9%	12%	
Part de dépenses de titre I/total dépenses	Part de dépenses de titre I/total dépenses	63%	60%	
Part de dépenses de titre II/total dépenses	Part de dépenses de titre II/total dépenses	19%	20%	
Part de dépenses de titre III/total dépenses	Part de dépenses de titre III/total dépenses	11%	13%	
Part de dépenses de titre IV/total dépenses	Part de dépenses de titre IV/total dépenses	7%	7%	
COMPTE D'EXPLOITATION CIBLE 2009	COMPTE D'EXPLOITATION CIBLE 2009	- 26 759 478 €		

Indicateurs de performance	Saint-Antoine	Tenon	Trousseau	Rothschild	Moyenne AP HP	Mediane CHU
INDICATEURS DE PERFORMANCE						
Performance Activité						
Taux d'occupation brut des lits en médecine	81,80%	82,60%	65,30%	87,70%	79,40%	85,20%
Taux d'occupation brut des lits en chirurgie	74,50%	70,80%	68,60%		74,60%	75,90%
Taux d'occupation brut des lits en obstétrique	57,50%	88,40%	95,10%		79,90%	78,40%
PMCT MCO des séjours >1 nuit en HC	3902	3665	3496	3897	4071	ND
PMCT chirurgie des séjours >1 nuit en HC	5809	4802	4978	3746	5751	ND
Taux d'hospitalisation des passages aux urgences	23,10%	13,40%	11,30%	-	14,80%	28,70%
Taux de transfert à partir des urgences	2,30%	3,20%	0,30%	-	1,94%	ND
Poids des dépenses administratives et logistiques						
Prix de revient du B	0,24 €	0,19 €	0,27 €	-	0,18 €	0,18 €
Prix de revient ICR bloc	3,27 €	3,86 €	3,82 €	3,51 €	3,53 €	3,75 €
Prix de revient ICR imagerie	1,94 €	2,69 €	2,44 €	2,04 €	2,04 €	1,85 €
Performance RH						
Masse salariale/recettes activités	62,00%	63,00%	75,00%	92,00%	63,00%	ND
Dépenses intérim PNM/masse salariale PNM	1,80%	2,20%	0,40%	0,20%	1,46%	0,40%
Budget CDD PM/Masse salariale PM	11,30%	11,70%	9,80%	8,80%	14,13%	9,40%
Densité d'encadrement des PNM	15,33	16,42	17,72	12,76	13,64%	10
Nombre d'agent par lit	4,1	4,33	4,67	3,16	3,82	ND
Nombre d'IDE par lit	1,1	1,2	1,16	0,72	0,99	ND
Performance Financière						
% solde d'exploitation dans le total des recettes	-1,00%	-5,00%	-13,00%	-35,00%	-5,00%	ND
Taux de patients non passés en caisse	21,42%	0,00%	24,12%	2,77%	9,52%	ND
Qualité des soins (enquête SAPHORA 2008)						
Soins	76	71	75	ND	ND	ND
Confort	61	54	61	ND	ND	ND
Sortie	54	53	60	ND	ND	ND

Annexe 7 : Vue globale des projets du GH STARTT



Annexe 8 : Evaluation des projets du Groupe Hospitalier STARTT

Domaine d'amélioration	Projet ou levier d'amélioration identifié	Sources potentielles d'efficience (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Contraintes potentielles (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Diagnostic Global du projet	
		Améliorations qualitatives	Economies de moyens	Sources de recettes	Gain de temps	Score Efficience	Diagnostic Efficience	Contraintes administratives	Facteur Humain	Facteur Financier	Contraintes Techniques	Facteur Temps	Score Contraintes		Diagnostic Contraintes
Consultations	1. SAT : Regroupement des consultations onco et hémato (dont HTD)	3	2	2	2	9	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Consultations	2. TRS : Regroupement des consultations en chirurgie (oct. 2009) et médecine (travaux en	3	2	2	2	9	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Consultations	3. TRS : Accessibilité des consultations : centralisation et optimisation des prises des RDV	3	2	2	2	9	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Consultations	4. TNN : Audit de consultations en cours	3	2	2	2	9	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	5. Gynéco-obstétrique : regroupement sur 2 sites avec la suppression de la maternité de SAT et la répartition de son activité sur TNN et TRS (± Pitié pour la maternité)	2	2	3	1	8	efficience bonne	2	3	3	2	3	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	6. Pédiatrie (TRS) : réorganisation de la pédiatrie spécialisée	3	2	2	2	9	efficience bonne	2	3	3	1	3	12	contrainte forte	projet à approfondir
Hospitalisation	7. Cancérologie : candidature pour centre intégré et centres experts (au moins digestif,	3	1	3	2	9	efficience bonne	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet à approfondir
Hospitalisation	8. SSR (RTH) : Ouverture du nouveau bâtiment Rothschild en 2010	3	1	1	2	7	efficience moyenne	2	3	2	1	2	10	contrainte moyenne	projet à approfondir
Hospitalisation	9. La Roche-Guyon (TRS) : la question de la rénovation du bâtiment	3	1	1	1	6	efficience moyenne	3	3	3	1	3	13	contrainte forte	projet difficile
Hospitalisation	10. Odontologie (RTH) : accueil de l'odontologie de Garancière (55 fauteuils)	2	1	1	1	5	efficience moyenne	2	2	2	2	2	10	contrainte moyenne	projet difficile
Hospitalisation	11. Implants cochléaires (TRS) : candidature (déposée 1er trim. 2009) pour centre pédiatrique de	3	1	3	2	11	efficience excellente	2	1	2	2	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	12. Maladies infectieuses (SAT/TNN) : éventuel regroupement sur un des sites	3	3	2	2	10	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	13. Médecine interne : organisation de la médecine interne sur le GH ?	3	3	2	2	10	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable

Domaine d'amélioration	Projet ou levier d'amélioration identifié	Sources potentielles d'efficience (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Contraintes potentielles (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Diagnostic Global du projet	
		Améliorations qualitatives	Economies de moyens	Sources de recettes	Gain de temps	Score Efficience	Diagnostic Efficience	Contraintes administratives	Facteur Humain	Facteur Financier	Contraintes Techniques	Facteur Temps	Score Contraintes		Diagnostic Contraintes
Hospitalisation	14. Endocrinologie (reproduction, diabète, maladies métaboliques). Lien avec le projet	3	3	2	2	10	efficience bonne	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	15. Neurologie (SAT/TNN) : éventuel regroupement sur un des sites des activités en doublon	3	3	2	2	10	efficience bonne	1	3	2	2	2	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	16. Cardiologie (SAT/TNN) : éventuel regroupement sur un des sites des activités en doublon	3	3	3	2	11	efficience excellente	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	17. Pneumologie (SAT/TNN) : éventuel regroupement sur un des sites des activités en doublon	3	3	2	2	10	efficience bonne	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	18. Réanimation chirurgicale et soins intensifs (SAT) : regroupement sur SAT	3	3	3	2	11	efficience excellente	3	3	3	3	3	15	contrainte forte	projet difficile
Hospitalisation	19. Hématologie (SAT) : regroupement de HTD et SAT sur le site de SAT (attente arbitrage	3	3	3	2	11	efficience excellente	3	3	2	2	2	12	contrainte forte	projet réalisable
Hospitalisation	20. Transplantation hépatique (SAT) : Création d'un centre unique parisien (Cochin en 2010,	3	3	3	3	12	efficience excellente	2	3	3	3	1	12	contrainte forte	projet réalisable
Urgences	21. Pédiatrie Générale : Création de lits supplémentaires	3	1	3	3	10	efficience bonne	1	3	3	1	2	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Hospitalisation	22. Chirurgie plastique (RTH) : Transfert du service du Pr Mimoun à St Louis	3	3	1	3	10	efficience bonne	1	3	3	2	1	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Urgences	23. Urgences adultes et organisation de l'aval : recentrage du SAU sur SAT (cible de 60 000 passages) et organisation d'un accueil de proximité à TNN. Besoin de 60 à 80 lits d'aval sur SAT avec un impact fort sur la cardiologie et le neuro-vasculaire.	3	3	3	3	12	efficience excellente	2	3	3	1	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Urgences	24. Régulation des flux urgence adulte ortho/chir sur le GH	3	2	2	3	10	efficience bonne	2	2	2	1	3	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Urgences	25. Urgence pédiatrique (TRS) : augmentation d'activité grâce au transfert de R. Debré (jusqu'à	3	1	3	3	10	efficience bonne	2	3	3	3	2	13	contrainte forte	projet à approfondir
Blocs	26. TRS : MeaH 2ème phase + mise en place de IPOP	3	3	3	2	11	efficience excellente	2	3	3	3	2	13	contrainte forte	projet à approfondir
Blocs	27. SAT : Ouverture d'un bloc ambulatoire en oct. 2009 et libération du temps sur le bloc	3	1	3	3	10	efficience bonne	1	2	3	2	2	10	contrainte moyenne	projet réalisable

Domaine d'amélioration	Projet ou levier d'amélioration identifié	Sources potentielles d'efficience (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Contraintes potentielles (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Diagnostic Global du projet	
		Améliorations qualitatives	Economies de moyens	Sources de recettes	Gain de temps	Score Efficience	Diagnostic Efficience	Contraintes administratives	Facteur Humain	Facteur Financier	Contraintes Techniques	Facteur Temps	Score Contraintes		Diagnostic Contraintes
Blocs	28. TNN bâtiment Buca (ouverture mars 2012) : Regroupement d'une partie de la	3	3	3	3	12	efficience excellente	2	3	3	3	2	13	contrainte forte	projet réalisable
Blocs	29. SAT : Fermeture du bloc du service des brûlés	3	3	1	2	9	efficience bonne	2	2	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Blocs	30. RTH : Fermeture du bloc chirurgie plastique	3	3	1	2	9	efficience bonne	2	2	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Blocs	31. TRS: Regroupement sur 2 sites opératoires, passage à 11 salles d'opération (-5 salles)	3	3	1	2	9	efficience bonne	3	3	3	1	2	12	contrainte forte	projet à approfondir
Blocs	32. SAT: Reconfiguration des blocs de la chirurgie digestive et orthopédique en un lieu unique (1	3	3	2	2	10	efficience bonne	3	3	3	3	2	14	contrainte forte	projet difficile
Biologie	33. Regroupement de la bactériologie et virologie (4 services) sur un site unique à SAT	3	3	3	2	11	efficience excellente	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Biologie	34. Regroupement à terme de la biochimie, hématologie (et anapath ?) sur le site de SAT	3	3	3	2	11	efficience excellente	1	3	3	3	2	12	contrainte forte	projet réalisable
Biologie	35. TRS : réduction des examens externes (en interne AP et en externe)	3	3	3	3	12	efficience excellente	1	3	3	2	1	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Pharmacie	36. TNN / SAT / TRS : Centralisation des préparations des chimio au niveau	3	3	1	3	10	efficience bonne	1	3	2	2	2	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Pharmacie	37. Réflexion sur la centralisation des préparations des chimio au niveau du GH (achat d'un robot à	3	3	3	3	12	efficience excellente	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Pharmacie	38. Création d'un centre de rétrocessions sur le GH (y compris facturation)	3	3	3	3	12	efficience excellente	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Pharmacie	39. TRS : création d'un centre unique de la nutrition parentérale pédiatrique → étude au niveau	3	3	3	3	12	efficience excellente	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Pharmacie	40. TNN : Nouvelle stérilisation dans Buca (aujourd'hui la production est assurée par la	3	1	2	3	9	efficience bonne	2	2	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet à approfondir
Pharmacie	41. TRS : Reprise de la stérilisation des Bluets (en cours de négociation pour 2010) et de	3	1	3	3	10	efficience bonne	2	2	3	1	1	9	contrainte moyenne	projet réalisable

Domaine d'amélioration	Projet ou levier d'amélioration identifié	Sources potentielles d'efficience (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Contraintes potentielles (1 = faible 2 = moyen 3 = élevé)						Diagnostic Global du projet	
		Améliorations qualitatives	Economies de moyens	Sources de recettes	Gain de temps	Score Efficience	Diagnostic Efficience	Contraintes administratives	Facteur Humain	Facteur Financier	Contraintes Techniques	Facteur Temps	Score Contraintes		Diagnostic Contraintes
Imagerie	42. Restructuration et organisation des secteurs d'imagerie	3	3	3	2	11	efficience excellente	3	3	3	2	2	13	contrainte forte	projet à approfondir
Imagerie	43. Devenir de la cardiologie interventionnelle et regroupement sur un seul site	3	3	2	2	10	efficience bonne	2	3	3	2	2	12	contrainte forte	projet à approfondir
Imagerie	44. SAT / TNN / (TRS?) : Développement de recettes par les consultants externes (ex : ouverture samedi)	1	1	3	2	7	efficience moyenne	1	2	3	1	2	9	contrainte moyenne	projet à approfondir
Fonctions supports	45. Organigramme administratif, technique et logistique détaillé du GH	1	3	1	3	8	efficience bonne	1	3	3	1	1	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Fonctions supports	46. SAT / TRS : mutualisation du standard téléphonique	3	3	3	3	12	efficience excellente	2	3	3	2	2	12	contrainte forte	projet réalisable
Fonctions supports	47. Informatique : équipe commune sur le GH	3	3	1	3	10	efficience bonne	2	3	3	2	2	12	contrainte forte	projet à approfondir
Fonctions supports	48. Cellule des marchés commune	3	3	1	3	10	efficience bonne	2	3	3	1	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Fonctions supports	49. Regroupement des coursiers avec encadrement au niveau du GH	3	3	1	2	9	efficience bonne	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet à approfondir
Fonctions supports	50. TRS/LRG : fusion gestion administrative / paie	3	3	1	2	9	efficience bonne	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet à approfondir
Fonctions supports	51. TRS/LRG : fusion des 2 secteurs financiers	3	3	1	2	9	efficience bonne	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet à approfondir
Fonctions supports	52. Amélioration des recettes (taux de recouvrement et de délais de recouvrement) et de la	3	1	3	3	10	efficience bonne	1	3	3	1	2	10	contrainte moyenne	projet réalisable
Fonctions supports	53. Restauration : 2 scenarii à étudier (mutualisation GH et externalisation) en lien avec la	3	3	2	2	10	efficience bonne	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Fonctions supports	54. Amélioration du tri des déchets	3	3	2	2	10	efficience bonne	1	3	3	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable
Fonctions supports	55. Réduction de la consommation de l'énergie	3	3	1	1	8	efficience bonne	1	1	3	2	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Fonctions supports	56. Optimisation du nettoyage et son externalisation	2	3	1	1	7	efficience moyenne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet à approfondir
Gestion RH	57. Optimisation et harmonisation du temps de travail au niveau du GH (grande équipe, temps de travail quotidien...)	2	3	1	3	9	efficience bonne	1	3	2	1	2	9	contrainte moyenne	projet réalisable
Recherche	58. Professionnalisation et mutualisation de la recherche industrielle et institutionnelle de la fonction recherche, et amélioration des aspects administratifs liés à la gestion financière et à la gestion des personnels de recherche	3	3	3	3	12	efficience excellente	2	3	2	2	2	11	contrainte moyenne	projet réalisable

Annexe 9 : Synthèse des 3 scenarii pour le Groupe Hospitalier STARTT

	<u>Périmètre de mutualisation</u>	<u>Stratégie des acteurs</u>	<u>Points forts du scénario</u>	<u>Points de vigilance</u>	<u>Conditions de faisabilité</u>	<u>Les leviers à mettre en œuvre</u>
SCENARIO 1 MUTUALISATIONS A MINIMA	- Les fonctions Administratives, Techniques, Logistiques, - Quelques services médicaux de faible taille.	Attentisme et repli sur soi	- Peu d'investissement, - Peu de restructurations médicales à mener,	- Pas d'amélioration de la qualité des soins offerte aux patients - Projet médical non respecté, - Pas de nouvelles perspectives pour la recherche - Peu d'économies d'échelle et pas de retour à l'équilibre financier - Conflit social à prévoir sur la restr	- Blocage des acteurs - Stratégie de repli sur soi des 4 hôpitaux	- Alerter et Impliquer les tutelles et contractualiser - Management directif et coercitif - Réorienter le projet d'établissement sur des objectifs médicaux faisables - Responsabiliser les acteurs aux enjeux en fixant des objectifs à court terme.
SCENARIO 2 MUTUALISATIONS VOLONTARISTES	- Les services médicaux - Les services médicotechniques - Les fonctions Administratives, Techniques, Logistiques	- Volontarisme - Altruiste	- Meilleure lisibilité de l'offre de soins pour les patients - Qualité renforcée - Projet médical respecté et perspectives pour la recherche - Fortes économies d'échelle et retour à l'équilibre.	- Résistances culturelles - Coût social - Coût des investissements - Problématique des rocadés à trouver pour les travaux et coût de la perte d'activité - Logistique à mettre en place - Délais difficilement tenables	- Volonté des acteurs - Forts investissements - Ligne directrice claire et partagée - Management directif du fait des délais - Forte conduite du changement - Communication - Accompagnement groupé des acteurs.	- Créer un comité de pilotage - Instaurer des outils de Management - Contractualiser avec la tutelle, avec la Direction de l'AP-HP, avec les pôles.
SCENARIO 3 MUTUALISATIONS VOLONTARISTES ETALEES DANS LE TEMPS	1^{er} temps (2010-2014) - Mutualiser les activités médicales d'opérations déjà lancées comme le SAU sur Saint-Antoine - Les activités bisites - Le nouveau Rothschild - Le transfert d'une partie de la Maternité de Saint Antoine - Préparer la seconde phase 2^e	- Volontarisme gradué - Au long cours	- Meilleure lisibilité de l'offre de soins pour les patients - Projet médical respecté - Nouvelles perspectives pour la recherche - Fortes économies d'échelle et retour à l'équilibre.	- Coût social étalé dans le temps, - Délais à respecter pour les 2 phases, - Evaluation continue des projets à mener, - Respect des engagements Acteurs de terrain/Direction GH/Direction APHP/Tutelle dans le temps	- Volonté des acteurs conséquents mais étalés - Ligne directrice claire et partagée - Management participatif - Forte conduite du changement - Communication - Accompagnement personnalisé des acteurs Task force de pilotage	- Créer un comité de pilotage - Instaurer des outils de management 1- Partager la vision en associant les acteurs et en fixant des objectifs partagés 2- Communiquer via les instances, l'organisation de séminaires médicaux ou cadres, collège cadres, parten