



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

Hôpital public et stratégies externes :
Les projets de coopération public / privé
du Centre Hospitalier de Rambouillet sur la
Ville Nouvelle de Saint-Quentin en Yvelines.

Philippe LAGIER

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier **Monsieur Bouffies**, Directeur du Centre Hospitalier de Rambouillet pour m'avoir associé à l'ensemble des réunions entre les partenaires privés et avec les représentants de la tutelle.

Je souhaite par ailleurs remercier, pour sa disponibilité et l'ensemble de ses conseils, **Monsieur Lorson**, Directeur de l'Hôpital de Houdan, qui a bien voulu être mon encadrant mémoire.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont eu la gentillesse de bien vouloir me recevoir.

Merci également à toute l'équipe de direction du Centre Hospitalier de Rambouillet pour son soutien amical pendant la rédaction de ce mémoire.

Sommaire

I. LE CONTEXTE SPECIFIQUE DE LA VILLE NOUVELLE EN MATIERE D'OFFRE DE SOINS INCITE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE A ELABORER DES STRATEGIES AFIN DE MIEUX SE POSITIONNER SUR LA ZONE.....	7
A. Une problématique réelle d'accès aux soins sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines.	7
1. Une agglomération contrastée.	7
a) Un ensemble dynamique et attractif.	7
b) Un ensemble en réalité très contrasté	8
2. Une agglomération dépourvue d'offre publique de soins.	8
a) Sur place, une offre de soins privée en diminution.	9
b) Malgré une accessibilité peu satisfaisante, deux établissements publics doivent subvenir aux besoins de santé de la Ville Nouvelle.	10
B. Une zone convoitée où les stratégies appellent à la coopération, sinon au conflit.	13
1. Des établissements de santé en difficultés, face à d'autres en quête d'expansion.	13
a) Affaiblis, le Centre Hospitalier de Versailles et la Clinique du Mesnil-Saint-Denis cherchent à conserver leur influence sur le secteur.	13
b) Deux établissements en quête d'expansion : Le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.	14
2. Tutelles et élus entrent en compte dans la définition des stratégies des établissements de santé	19
a) L'ARH et la DDASS ont travaillé à la recomposition de l'offre sur la zone.	19
b) Les élus, également acteurs du monde hospitalier.	20

II. LA MISE EN PLACE D'UN POLE DE SANTE PUBLIC / PRIVE ENTRE LE CH DE RAMBOUILLET ET LA CLINIQUE DU MESNIL-SAINT-DENIS AURAIT PU ETRE UNE SOLUTION INTERESSANTE, MAIS SA COHERENCE STRATEGIQUE N'ETAIT PAS TOTALEMENT SATISFAISANTE.....	22
A. Un rapprochement certes de circonstances, mais fondé sur un projet original et ambitieux tant du point de vue des activités que du point de vue juridique.....	22
1. Une structure sanitaire publique / privée bâtie autour de trois volets pour un meilleur accès aux soins de la population.	23
a) Le volet permanence des soins.....	23
b) Les consultations avancées.....	25
c) La mise en place d'une structure d'hospitalisation chirurgicale privée complète et ambulatoire.....	27
2. Le choix d'un cadre juridique innovant, le GCS.	31
B. Des faiblesses en matière de cohérence stratégique du projet ainsi que des logiques externes plutôt défavorables n'ont pas permis au projet de se concrétiser.....	37
1. L'insuffisante cohérence stratégique de ce projet entrepreneurial, affaiblissait ses chances de succès.....	37
a) Un projet obéissant à une stratégie entrepreneuriale plutôt que rationnelle de la part du partenaire privé	37
b) Un projet à la cohérence stratégique incertaine.....	39
2. Des logiques externes divergentes entre les acteurs, n'ont pas non plus favorisé le lancement du projet.	42
a) les autres EPS craignent la concurrence du pôle	42
b) Des élus partagés sur l'intérêt du projet.....	43
c) La tutelle partagée elle aussi sur la question	45

III. UNE REORIENTATION STRATEGIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET VERS UNE DEMARCHE INCREMENTALE AVEC L'HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN.....	50
A. L'émergence d'un nouveau partenaire privé pour le Centre Hospitalier de Rambouillet.....	50
1. Vers une "coopération conflictuelle" avec l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien ?....	50
a) La modification du "champ d'influences".	50
b) Vers une "coopération conflictuelle" entre le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.	52
2. Les intérêts multiples d'une telle coopération.	54
a) Coopérer afin d'améliorer l'offre de soins sur le secteur.	54
b) un développement complémentaire fondé sur des intérêts communs.....	56
B. De la démarche incrémentale à la dépersonnalisation de la coopération....	59
1. Du plus simple au plus complexe, illustration d'une démarche incrémentale.....	59
a) Un certain nombre d'axes de solidarité et de projets interdisciplinaires ont déjà vu le jour et d'autres sont potentiellement réalisables.	60
b) Le retour du GCS pour gérer des activités en commun.....	62
c) A terme, une coopération approfondie dans de larges domaines, tant au sein du GCS que peut-être au sein d'autres cadres.....	67
2. Dépersonnaliser et formaliser cette communauté d'intérêt : l'intérêt du GCS	70
a) Une coopération à l'heure actuelle encore très personnalisée	70
b) L'institutionnalisation de la coopération : le recours au GCS.	72
Conclusion.....	74
Bibliographie	77
Liste des annexes.....	81

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France
BDHF : Banque de Données Hospitalière de France
EPS : Etablissement Public de Santé
CA : Conseil d'Administration
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier de Rambouillet
CHV : Centre Hospitalier de Versailles
COTRIM : Comité Technique Régional de l'Information Médicale
CRC : Chambre Régionale des Comptes
CSP : Code de la Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DMS : Durée Moyenne de Séjour
FHF : Fédération Hospitalière de France
HPOP : Hôpital Privé de l'Ouest Parisien
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHM : Groupe Homogène de Malades
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MCO : Médecine / Chirurgie / Obstétrique
OAP : Outil Analyse du PMSI
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSA : Résumé de Sortie Anonyme
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SAN : Syndicat d'Agglomération Nouvelle (Saint-Quentin-en-Yvelines)
SIH : Syndicat Inter-Hospitalier
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UHRIF : Union Hospitalière de la Région Ile-de-France
UMP : Union pour la Majorité Présidentielle
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

"Enrichissons nous de nos différences"

Paul Valery

Introduction

La stratégie hospitalière existe-t-elle ? Telle était la question provocatrice posée par Dominique Phanuel dans un article publié en 1998¹. Au cours de l'article, il écarte la critique selon laquelle, l'hôpital ne formule pas de stratégie du fait du poids écrasant de la tutelle. Selon lui, « L'existence de contraintes fortes, ne signifie pas l'inexistence de choix stratégiques. »

Comme de nombreuses autres organisations, l'hôpital est une structure en soi et un système ouvert sur l'extérieur. Même s'il est contraint par la tutelle, cela ne signifie pas pour autant qu'il soit dépourvu de marges de manœuvres et d'initiatives. A ce titre il évolue dans un environnement qui l'influence mais qu'il peut aussi influencer en définissant un certain nombre de stratégies.

La stratégie est avant tout une démarche introspective avant d'être prospective. Comme le rappelle Dominique Phanuel, c'est « s'interroger sur ce que nous sommes et ce que nous voulons être, compte tenu de ce que nous savons et pouvons faire et de ce que l'environnement souhaite que nous fassions ». Parler de la stratégie d'une organisation est à la fois ambitieux et réducteur, il faut bien évidemment évoquer les stratégies au pluriel, tant les organisations et leurs environnements sont complexes, notamment à l'hôpital. Il convient de distinguer stratégies internes et externes. Si l'une et l'autre ont pour objectif d'améliorer la position relative de l'établissement dans son environnement, la stratégie interne, comme son nom l'indique est centrée sur la structure de l'établissement et son organisation. Développer des stratégies internes c'est, par exemple, réfléchir sur une meilleure gestion du personnel ou encore sur une meilleure utilisation des équipements... La mise en place de telles stratégies demande aux décideurs de fortes capacités en management et en accompagnement du changement. Etant centré sur soi, le développement d'une stratégie interne ne fait pas intervenir de partenaire extérieur à l'organisation dans son élaboration et son influence sur l'environnement sera indirecte. Au contraire, une stratégie externe sera tournée directement vers les acteurs du champ dans lequel se trouve la structure et la notion de concurrence ou de partenariat entre les acteurs devient centrale. On peut prendre l'exemple de la conquête de parts de marchés nouvelles ou d'implantation de nouveaux établissements afin d'étendre son champ d'influence. La stratégie externe est plus

¹ Dominique PHANUEL / *La stratégie hospitalière existe-t-elle ? / Gestion hospitalière*, Oct 1998.

immédiatement visible pour les partenaires de la structure et bien évidemment plus agressive.

L'objet de ce mémoire sera circonscrit à l'analyse de la stratégie externe de l'hôpital et plus précisément encore sur ses stratégies de coopération avec les autres acteurs de santé de son environnement.

Le terme de coopération relève de définitions multiples. Il pourrait être retenu celle de L.HOUDART², pour qui la coopération est "l'action d'accomplir et d'effectuer une œuvre commune par une suite ordonnée d'actes". La coopération n'est donc pas un état, mais bien une action, et comme toute action elle répond à une motivation qu'il conviendra de mettre en évidence. En l'espèce, s'agissant d'établissements de santé, les motivations seront vraisemblablement liées à l'amélioration du service rendu à la population. Pour autant, les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont des établissements autonomes qui évoluent ensemble dans un environnement que l'on peut qualifier de concurrentiel. Il est donc important pour un établissement de santé, s'il veut continuer à être performant et proposer une offre variée et de qualité, de se préoccuper de toujours renforcer sa position relative au sein de son environnement et par rapport à ses concurrents et / ou partenaires.

L'agglomération de la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines est un terrain particulièrement intéressant en matière d'offre de soins et de positionnement d'établissement de santé. C'est en effet un bassin de population important qui a la particularité d'être dépourvu d'offre de soin publique sur place. Les Hôpitaux de Rambouillet et de Versailles devant assurer la couverture sanitaire du secteur avec principalement deux cliniques privées situées sur la Ville Nouvelle : La clinique du Mesnil-Saint-Denis et L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.

Cette présentation du contexte de Saint-Quentin-en-Yvelines laisse présager un travail potentiellement important en matière d'amélioration de l'offre de soins. Dans cet environnement attractif et concurrentiel pour les structures hospitalières, qu'elles soient publiques ou privées vont se nouer un certain nombre de stratégies et de projets de coopérations, afin d'améliorer à la fois l'accès aux soins des populations de la Ville Nouvelle et pour renforcer la position relative des établissements sur ce bassin.

La fermeture de la clinique du Mesnil-Saint-Denis en 2001 a rendu encore plus prégnants les besoins de santé sur la Ville Nouvelle et a servi de prémisses aux coopérations inter-établissements sur Saint-Quentin-en-Yvelines.

² HOUDART, *Traité de coopération hospitalière*, volume 1, 2000

L'intérêt de cette étude sur le positionnement de l'Hôpital de Rambouillet sur l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines, est ainsi de mieux comprendre comment se formalisent les stratégies des établissements de santé sur un environnement donné et vise plus particulièrement à montrer comment deux établissements, l'un public, l'autre privé parviennent à élaborer ensemble un projet permettant d'améliorer l'offre de soins sur un secteur donné alors qu'en l'espèce, ils peuvent être animés par des intérêts différents.

Sans aller jusqu'à l'économiste Adam Smith, qui affirmait que par une "main invisible", la poursuite des intérêts particuliers menait à l'intérêt général, nous montrerons que dans le monde de la santé les intérêts particuliers, bien que différents peuvent mener à la réalisation de projets d'intérêt général.

Afin de procéder à l'analyse de ce champ d'influence qu'est Saint-Quentin-en-Yvelines et des stratégies afférentes, il a fallu déterminer une méthode ou une technique. En existe-t-il une du côté de la doctrine ? En réalité, pas une, mais une multitude.

De nombreux auteurs ont travaillé sur la stratégie et une dizaine d'écoles de pensée se sont développées. (l'école du projet, de la planification, du positionnement, de l'apprentissage, du pouvoir, l'école entrepreneuriale, cognitive, environnementale...)

Il n'a pas été fait le choix de poursuivre au sein de ce mémoire, une analyse obéissant à l'une de ces écoles, et ce pour deux raisons. La première est que ce mémoire est un mémoire professionnel et non pas de recherche, il requiert davantage de réflexion personnelle que d'analyse théorique. La seconde est que les écoles doctrinaires ont le défaut d'envisager les choses sous un angle trop spécifique (environnement, culture, relations de pouvoir, type de management...). Ainsi pour reprendre la critique d'Henry MINTZBERG dans sa métaphore sur les aveugles et l'éléphant³, " au lieu de limiter notre étude aux différentes parties de l'animal, tâchons d'en avoir une vue d'ensemble". Alors que les universitaires envisagent les choses sous des angles spécifiques, les dirigeants ont eux intérêt à avoir une vue d'ensemble. Suivant ce conseil de MINTZBERG, nous tâcherons d'envisager la situation dans son acception la plus large, celle que devrait prendre un directeur d'hôpital, afin de ne négliger aucun élément.

L'analyse menée reprendra toutefois une démarche admise par la doctrine et qui est somme toute logique, qui est de procéder en premier lieu par l'analyse de l'environnement et de ses acteurs avant d'aborder les stratégies et les projets. Par ailleurs, l'analyse dont procède ce mémoire répond à un certain nombre de questions les plus larges possible afin de ne pas aboutir à une étude parcellaire et incomplète :

³ MINTZBERG, *Safari en pays stratégie*. 1999

- Quelles sont les caractéristiques de l'environnement ?
- Quelle est la position relative de l'établissement dans son environnement ?
- Quels sont les objectifs de la structure étudiée ?
- Quels sont les points sur lesquels l'établissement pourrait améliorer son offre sur le bassin de vie ?
- Quels sont les objectifs des autres acteurs sur cette zone ?
- Pourquoi deux établissements sont-ils amenés à coopérer ?
- Que faut-il pour former un bon partenariat ?
- Qu'est ce qui fait le succès ou l'échec d'un projet de coopération ?
- Quels sont les outils juridiques disponibles ?
- Quelle marge de manœuvre pour les acteurs par rapport à la tutelle ?
- Peut-on tirer une méthode de cet exemple ?

Le positionnement du Directeur d'hôpital dans l'élaboration et la mise en place des stratégies sera un fil conducteur du mémoire. Sans répéter ce qui est dit en méthodologie (Cf infra), nous nous en tiendront principalement à deux axes :

- Quelles sont les marges de manoeuvres et les responsabilités du directeur d'hôpital en terme de définition de stratégie hospitalière ?
- Comment procède-t-il pour mener à bien ses objectifs et parvenir à concilier sa double mission de garant de l'intérêt général et de défenseur de l'intérêt de sa structure ?

Conformément à l'analyse stratégique il sera préalablement réalisé une étude de l'environnement et des acteurs en présence sur Saint-Quentin-en-Yvelines (I). Il sera ensuite procédé à l'analyse du non aboutissement d'un premier projet public/privé sur la Ville Nouvelle, (II) avant d'aborder la réorientation stratégique du CH de Rambouillet vers un nouveau partenaire et de nouveaux projets (III).

Méthodologie

Ce mémoire a été élaboré selon les axes méthodologiques suivants:

Un travail bibliographique a au préalable été réalisé sur les formules juridiques de coopération afin de pouvoir établir des comparaisons entre les modalités possibles de partenariat. Par ailleurs, une recherche bibliographique sur des éléments de doctrine stratégique a semblé nécessaire. L'aspect théorie et doctrine du mémoire est volontairement limité, ce mémoire étant un mémoire professionnel. Toutefois, lorsque cela semblait pertinent et enrichissant pour le cas d'espèce, des parallèles avec la doctrine ont été menés. Sinon, le recours à la doctrine a servi de fil conducteur pour conduire une analyse personnelle et professionnelle de la situation. Ainsi conformément aux principes de l'analyse stratégique développés par la doctrine, le mémoire s'est efforcé de saisir l'environnement dans son ensemble essayant de ne négliger aucun biais ni aucun acteur.

Afin de mener une analyse la plus personnelle possible, il était important que je puisse participer aux réunions de travail et de négociation entre les acteurs. Ainsi grâce à l'accord de ces derniers j'ai pu participer à l'ensemble des réunions tout au long de mon stage que ce soit entre les partenaires privés (clinique du Mesnil-Saint-Denis, Hôpital Privé de l'Ouest Parisien) ou avec la tutelle (réunions avec les directeurs de la DDASS 78 et de l'ARHIF). Cette présence au sein des réunions m'a permis d'être à la fois en situation professionnelle et en état d'observation. Ainsi, étant présent mais non impliqué, j'ai eu la chance de pouvoir prendre plus facilement du recul par rapport au sujet et aux acteurs.

Pour enrichir l'étude, mieux connaître les structures partenaires, mais encore pour éclairer certains aspects du sujet. j'ai souhaité rencontrer le maximum de professionnels possibles⁴. Dès lors, une série d'entretiens a été menée avec la plupart des acteurs concernés par ces projets de coopération : les quatre directeurs des établissements de santé MCO du Sud Yvelines (CH de Rambouillet, CH de Versailles, Clinique du Mesnil, et HPOP), mais aussi les représentants de la tutelle (DDASS et ARH).

⁴ Voir la liste des personnes rencontrées en annexe

Le point de vue adopté dans ce mémoire est toujours celui d'un futur directeur d'hôpital. Mémoire professionnel, ce dernier rend compte du rôle et de l'importance du directeur d'hôpital dans l'élaboration de la stratégie de l'établissement qu'il dirige. Ainsi, le mémoire a tâché, comme le ferait un directeur d'hôpital en situation, d'analyser l'ensemble des données de l'environnement et de décrypter les motivations les plus profondes de chaque acteur. Enfin, comme sur d'autres sujets, réapparaît ici le dilemme du directeur d'hôpital, chargé à la fois de défendre « son » hôpital et de garantir l'intérêt général. J'ai cherché à mettre en évidence au sein de cette étude comment les directeurs parvenaient à concilier ces deux objectifs.

I. LE CONTEXTE SPECIFIQUE DE LA VILLE NOUVELLE EN MATIERE D'OFFRE DE SOINS INCITE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE A ELABORER DES STRATEGIES AFIN DE MIEUX SE POSITIONNER SUR LA ZONE.

A. Une problématique réelle d'accès aux soins sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines.

1. Une agglomération contrastée.

a) Un ensemble dynamique et attractif.

La Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines regroupe sept communes : Elancourt, Guyancourt, La Verrière, Magny-Les-Hameaux, Montigny-le-Bretonneux, Trappes et enfin Voisins-le-Bretonneux. Cet ensemble a connu un essor démographique important durant les trente dernières années, puisque la population est passée de 50 000 à 150 000 habitants. Toutefois, la croissance démographique de l'ensemble se stabilise depuis quelques années. La population de Saint-Quentin est une population jeune : 50 % a moins de trente ans, alors que le ratio français est de 38 %. L'agglomération de Saint-Quentin comprend en outre des communes voisines comme le Mesnil-Saint-Denis, Coignièrès, Maurepas. Ainsi dans son acception la plus large, la Ville Nouvelle réunit un bassin de population de près de 200 000 habitants.

Saint-Quentin-en-Yvelines n'est plus une cité dortoir comme dans les années 1980 puisque près de 40 % de la population active travaille sur la ville. En effet, Saint-Quentin est un pôle d'activité très dynamique. On ne compte pas moins de 5 400 entreprises installées en son sein, soit une hausse de 130 % du nombre des établissements depuis 10 ans⁵. Parmi ces établissements, beaucoup de sièges sociaux de grandes entreprises sont présents notamment dans le secteur automobile et bâtiment, (Bouygues, BMW,

⁵ source : <http://www.saint-quentin-en-yvelines.fr>

Nissan, Suzuki, Hertz...), mais aussi des industries de pointes et de recherche comme le technocentre Renault ou Valéo.

Le dynamisme économique de l'agglomération permet de maintenir un taux de chômage moyen faible puisqu'il se situe à 6.8 %. De même la population bénéficie d'un revenu annuel par ménage supérieur à la moyenne (près de 19 000 €).

Cette situation d'ensemble de Saint-Quentin-en-Yvelines globalement favorable cache en réalité de fortes disparités entre des villes et des quartiers extrêmement différents et cloisonnés. Saint-Quentin est tout sauf une agglomération homogène.

b) Un ensemble en réalité très contrasté

Si Saint-Quentin-en-Yvelines dispose de quartiers résidentiels, par exemple à Magny-les-hameaux ou encore à Montigny ou Voisins-le-Bretonneux, l'agglomération n'est pas épargnée par les grands ensembles urbains, lieux de concentration de populations en difficultés, de chômage et de violences urbaines. Ces quartiers sensibles sont plutôt situés sur Trappes, La Verrière et Elancourt dans une moindre mesure.

On compte sur la Ville Nouvelle près de soixante ethnies différentes, en grande partie sur Trappes mais aussi sur des communes voisines comme Maurepas ou Coignières. Par ailleurs, si le revenu moyen de la Ville Nouvelle est satisfaisant, la pauvreté est bien présente et on ne peut occulter les 1 300 personnes habitant en foyer Sonacotra. Enfin, en matière de chômage, le taux moyen cache des inégalités flagrantes, puisque, si Montigny peut se vanter d'un taux de 3 %, il est de 11 % à Trappes.

On ne peut donc se satisfaire des chiffres moyens pour appréhender au mieux la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines. De ce constat, il est déjà possible de deviner une problématique d'accès aux soins pour ces populations immigrées ou en situation de précarité. D'ailleurs à ce sujet, où se trouve donc l'hôpital public ?

2. Une agglomération dépourvue d'offre publique de soins.

La Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines appartient au secteur sanitaire numéro 9, « Yvelines Sud ». Deux centres hospitaliers situés chacun aux extrémités Nord et Sud du secteur doivent en assurer la couverture. Saint-Quentin-en-Yvelines, en plein centre du secteur 9, ne dispose pas sur place d'une offre de soins publique. Une offre de soins privée s'est alors développée sur Saint Quentin, mais cette offre est en diminution, ce qui renforce la problématique de l'accès aux soins en Ville Nouvelle.

a) Sur place, une offre de soins privée en diminution.

Jusqu'en 2001 deux cliniques MCO étaient présentes sur la Ville Nouvelle. Mais depuis, il n'en reste qu'une.

Située aux portes de la Ville Nouvelle, la Clinique du Mesnil-Saint-Denis assurait jusqu'en 2001 une activité importante. Elle appartient à la SA de Gestion, Clinique Saint-Denis société reliée à une holding : Sofidal qui regroupe plusieurs cliniques privées situées dans les Yvelines. L'ensemble est dirigé par M. Dalbis, PDG de Sofidal.

La Clinique du Mesnil disposait de 81 lits dont 64 de chirurgie. L'offre chirurgicale de la clinique n'était pas spécialisée mais bien polyvalente : chirurgie vasculaire, orthopédique, coelioscopique, urologique, plastique, ORL, ophtalmologique. Son activité chirurgicale annuelle atteignait les 600 000 K. Une dizaine de lits était consacrés à la médecine. La clinique du Mesnil assurait en outre d'un service d'urgences qui accueillait près de 12 000 passages par an.

Pour autant, la Clinique du Mesnil posait des problèmes de vétusté et de non conformité, notamment au bloc et à la pharmacie. Dans le cadre de la réorganisation de l'offre de soins privée en Ile-de-France, il a été demandé au propriétaire de la clinique d'arrêter son activité chirurgicale en 2001. La clinique du Mesnil est aujourd'hui reconvertie en établissement de soins de suites et de réadaptation.

Depuis 2001, l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien à Trappes, demeure donc le seul établissement MCO sur Saint-Quentin-en-Yvelines. Cet établissement appartient à un groupe important, le groupe Hexagone, qui dispose de 17 cliniques sur l'île de France. La politique d'expansion du groupe dans les années soixante dix était de racheter pour une somme symbolique des cliniques en difficultés et de les restructurer pour les rendre rentables. La première d'entre elles fut la clinique médico-chirurgicale de Parly II, aujourd'hui, située à proximité directe du CH de Versailles.

La clinique de Trappes a été rachetée dans les années quatre vingt. Elle est aujourd'hui dirigée par M. Attia. L'établissement dispose de 264 lits et places autorisées, dont notamment 137 lits de chirurgie générale et spécialisée, 35 de gynécologie obstétrique, 42 de médecine et 12 de réanimation polyvalente. Le plateau technique présente un bloc opératoire de dix salles d'interventions, un bloc obstétrical de trois salles d'accouchement, un service d'imagerie médicale disposant d'équipements conventionnels (radio, échographie, mammographie...) mais aussi un scanner et une salle de coronarographie. Enfin, l'HPOP est doté d'un service d'urgence de proximité (UPATOU).

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien est un établissement important qui dispose d'une offre de soins générale. Son ancien nom était la Clinique Médico-chirurgicale de Trappes-Saint Quentin. Son appellation officielle a été changée et de clinique elle est devenue hôpital. Ce changement de terme n'est certainement pas anodin. Répondant à des missions de service public (Urgences, offre de soins diversifiée...) la clinique en se faisant appeler « hôpital privé » a sans doute voulu marquer dans l'esprit de la population qu'elle assurait les missions d'un hôpital général. Par ailleurs, l'adjectif privé accolé au terme hôpital, peut aussi s'interpréter comme une forme de pied de nez aux lacunes de l'offre publique sur le secteur en rappelant que c'est le privé qui assure une offre de soins de proximité sur Saint Quentin.

Au final, l'HPOP garantit aux habitants de la Ville Nouvelle une offre de proximité dans la plupart des domaines. Cette clinique étant le seul établissement de santé dans l'enceinte de la Ville Nouvelle, elle connaît une activité importante. Ainsi, son activité chirurgicale dépasse en 2002 les 1 600 000 K⁶, le bloc opératoire fonctionne 24 heures sur 24 et les urgences enregistrent plus de 50 000 passages par an (avec les consultations).

L'HPOP est situé au cœur des grands ensembles à Trappes, proche de la N 10. Ce positionnement géographique permet aux habitants de ces quartiers difficiles d'avoir une offre de soins à proximité. Pour autant, Trappes n'est pas le cœur de la Ville Nouvelle, et les populations de Guyancourt, Montigny ou même Elancourt n'iront pas forcément se faire soigner sur Trappes.

b) Malgré une accessibilité peu satisfaisante, deux établissements publics doivent subvenir aux besoins de santé de la Ville Nouvelle.

Le Centre Hospitalier de Versailles et le Centre Hospitalier de Rambouillet doivent assurer la couverture de la Ville Nouvelle.

Le Centre Hospitalier de Versailles appelé aussi Hôpital Mignot (nom de son site MCO) est un CH de plus de 900 lits dont 500 de médecine chirurgie obstétrique. C'est un hôpital généraliste, mais qui dispose de disciplines bien développées comme la cardiologie, l'hématologie clinique (service hospitalo-universitaire), la pneumologie ou encore la neurologie. Concernant la chirurgie, son activité dépasse les 850 000 K⁶. Ses urgences réalisent près de 50 000 passages par an. Il est le siège du SAMU 78 et son SMUR intervient jusqu'à Coignières, soit au delà de la Ville Nouvelle. Environ 25 % des

⁶ Enquête ARHIF 2002, *Activité des 220 sites pratiquant la chirurgie en Ile-de-France*. Février 2003

patients du CH de Versailles proviennent de Saint-Quentin-en-Yvelines. Toutefois, le bassin de recrutement du centre hospitalier de Versailles concerne surtout le Nord de la Ville Nouvelle, soit jusqu'à Trappes. Au delà, plus au Sud, la population se tourne plutôt vers le Centre Hospitalier de Rambouillet.

Le Centre Hospitalier de Rambouillet est, quant à lui, un CH de 500 lits dont 220 MCO. C'est un établissement généraliste qui propose une offre très variée : chirurgie viscérale et orthopédique, mais aussi vasculaire, thoracique, gynécologique, ophtalmologique, ORL... Concernant la chirurgie, son activité est de 400 000 K⁵ par an. Il présente aussi des activités de médecines générale (hépatogastro-entéro-cardio-diabéto-neuro). Le CH est par ailleurs l'un des plus gros centres des Yvelines en explorations fonctionnelles. L'hôpital accueille près de 32 000 passages par an aux urgences. Il est actuellement en restructuration importante puisqu'un nouvel hôpital avec un plateau technique renforcé devrait ouvrir en 2004.

Les CH de Rambouillet et de Versailles n'offrent malheureusement pas une accessibilité optimale depuis Saint-Quentin-en-Yvelines.

Le cœur de la Ville Nouvelle se trouve environ à 20 kilomètres de chaque établissement public, ainsi, au nord la couverture est assurée par le CH de Versailles et au Sud par celui de Rambouillet. Une telle situation devrait être globalement satisfaisante en matière de couverture sanitaire, seulement on ne peut négliger les difficultés d'accessibilité de ces deux établissements depuis la Ville Nouvelle.

Le Centre Hospitalier de Versailles ne se trouve pas à Versailles. L'ancien site pavillonnaire et historique, l'hôpital Richaud situé au cœur de Versailles a été réservé à la psychiatrie. La MCO a été rassemblée au début des années 1980 sur un nouvel établissement, l'Hôpital Mignot, construit sur la commune du Chesnay, au nord de Versailles, alors que Saint-Quentin se trouve au Sud de Versailles. Le CH est proche de l'A 13, tandis que c'est l'A 86 située au Sud de Versailles qui dessert plus directement la Ville Nouvelle. Enfin, si l'on ne souhaite pas devoir traverser Versailles et Le Chesnay pour rejoindre le CHV, il faut prendre la N 10 depuis Saint-Quentin et inévitablement passer par le triangle de Rocquencourt, réputé pour son embouteillage systématique aux heures de pointes. Dès lors, depuis Saint-Quentin, l'accès au CHV peut prendre de 20 minutes à une heure en fonction du trafic.

Si la situation de l'Hôpital Mignot n'est pas optimale par rapport à Saint Quentin au regard du réseau routier, elle ne l'est pas non plus du point de vue des transports en commun. En effet, il n'y a pas de gare au Chesnay et la gare qui dessert la Ville Nouvelle depuis Versailles est la Gare des Chantiers, située de l'autre côté de Versailles par rapport à l'hôpital. Il faut alors prendre deux bus pour s'y rendre. Afin de combler ces difficultés d'accès, une ligne de bus reliant Montigny à l'Hôpital Mignot a été mise en place. Mais ce système n'est pas la panacée, puisqu'il est aussi soumis aux aléas du trafic urbain. Il est par conséquent nécessaire de compter entre trente minutes et une heure pour se rendre au CHV en transports en commun depuis Saint Quentin.

L'accès au CH de Rambouillet n'est pas non plus toujours aisé depuis la Ville Nouvelle. Hormis, les petites routes de campagnes, un seul axe routier permet de s'y rendre : la Nationale 10. Or cet axe compte de nombreux feux (Coignières, Trappes...) et est très fréquenté. Il est en effet directement relié vers le nord au triangle de Rocquencourt ainsi qu'à l'A 86. Vers le Sud la N 10 conduit à Chartres et à l' A 10. Comme pour le CHV il faut donc compter entre 20 et 45 minutes, en fonction de la circulation pour rejoindre le CH de Rambouillet depuis la Ville Nouvelle.

En matière d'accessibilité par les transports en commun, Rambouillet est reliée à la Ville Nouvelle par une ligne de chemin de fer et le Centre Hospitalier se trouve à dix minutes à pieds de la gare. Le trajet depuis la gare peut aussi être réalisé en bus, par contre à la différence de l'hôpital Mignot, aucune ligne de bus ne dessert directement le CH de Rambouillet depuis la Ville Nouvelle. Il faut ainsi compter entre trente et quarante minutes depuis la Ville Nouvelle pour atteindre l'hôpital de Rambouillet par les transports en commun.

L'accessibilité des deux centres hospitaliers n'est donc pas optimale pour la population de la Ville Nouvelle et de son agglomération et les difficultés d'accès aux soins se posent de manière plus cruciale encore pour les personnes en situation de précarité et qui n'ont pas de moyen de transport personnel.

Eu égard, à ce contexte spécifique de Saint Quentin, où l'offre sur place est limitée à une clinique privée et où l'offre publique n'est pas d'un accès aisé pour la population, les établissements doivent chercher à élaborer des stratégies pour améliorer l'offre de soins et son accessibilité sur le secteur mais aussi pour se développer et renforcer leur influence sur la Ville Nouvelle.

B. Une zone convoitée où les stratégies appellent à la coopération, sinon au conflit.

1. Des établissements de santé en difficultés, face à d'autres en quête d'expansion.

a) Affaiblis, le Centre Hospitalier de Versailles et la Clinique du Mesnil-Saint-Denis cherchent à conserver leur influence sur le secteur.

Le Centre Hospitalier de Versailles est l'établissement de santé le plus important sur le Sud Yvelines. Quoi qu'il arrive, Saint-Quentin-en-Yvelines restera toujours une zone de recrutement importante pour l'établissement. Pour autant ce dernier doit aujourd'hui évoluer dans un contexte difficile.

Le CHV, doit faire face à des difficultés internes, notamment budgétaires et financières. Ainsi depuis 1995, l'hôpital Mignot enregistre des reports de charges important. Il a récemment fait l'objet d'une enquête de l'IGAS⁷ qui l'a incité à réorienter et recentrer ses activités. Le Centre Hospitalier de Versailles a ainsi abandonné certaines activités comme par exemple l'ophtalmologie.

Par ailleurs, l'hôpital Mignot se trouve dans un environnement immédiat extrêmement concurrentiel. Il a tout d'abord été construit à côté de la clinique de Parly II, qui est aujourd'hui une référence en cardiologie et qui dispose d'une UPATOU. En outre, Versailles concentre un nombre important d'établissements privés (Clinique du Docteur Aumont, du Château de la Maye, de la porte Verte...). De plus, récemment, une clinique importante dotée d'une UPATOU a été reconstruite au Sud de Versailles, la Clinique des Franciscaines. Le Sud de Versailles et peut-être même une partie du nord de la Ville Nouvelle pourrait se tourner davantage vers cette clinique rénovée, ce qui pourrait réduire le recrutement de l'hôpital Mignot. Face à cet environnement concurrentiel, le CHV n'a guère cherché à développer de partenariats extérieurs. Son développement autocentré le place aujourd'hui plutôt dans une situation d'isolement, par rapport aux autres

⁷ IGAS : *Contrôle du Centre Hospitalier de Versailles*. Avril 2003

établissements. Un récent rapport de l'IGAS, rappelle que le CHV a vocation à couvrir la Ville Nouvelle. Mais, le CHV se trouve aujourd'hui plutôt sur la défensive pour conserver ses parts de marchés.

Dans une autre mesure, la Clinique du Mesnil se trouve, elle aussi, en difficultés et sur la défensive. Dès 1997, soit bien avant la fermeture effective du Mesnil, un projet de clinique recentré sur la Ville Nouvelle avait été ébauché par les propriétaires de la Clinique du Mesnil. Il s'agissait de construire une clinique de 170 lits sur Montigny qui aurait repris les activités du Mesnil et d'une clinique située à Saint Cyr. Les autorisations avaient été données par la tutelle, mais pour assurer cet important investissement et mettre en place cette nouvelle activité, M.Dalbis, avait besoin de trouver un partenaire. Des projets avaient été élaborés avec l'HPOP, mais finalement, ils n'ont pas été concrétisés et la structure sur Montigny n'a pas pu voir le jour.

Suite à la fermeture de la clinique du Mesnil, pôle chirurgical important sur l'agglomération de la Ville Nouvelle, l'ARH réduisait une offre déjà relativement faible sur le secteur et risquait d'accentuer les difficultés d'accès aux soins des populations. Ainsi, pour limiter la dépression en matière d'offre sanitaire que la fermeture de la clinique pourrait susciter, l'ARH a autorisé 40 lits de chirurgie dont 20 ambulatoires sur le secteur et a suggéré à la SA de Gestion propriétaire de la clinique, de se rapprocher du CH de Rambouillet afin d'élaborer ensemble un projet de coopération pour améliorer l'offre de soins sur la Ville Nouvelle.

b) Deux établissements en quête d'expansion : Le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.

Après une période d'incertitudes et de difficultés, le CH de Rambouillet s'impose sur le Sud Yvelines comme un acteur dynamique et en pleine croissance.

Un retour historique est nécessaire afin de mieux comprendre les stratégies actuelles. En 1994, l'hôpital de Rambouillet était vieillissant et risquait de perdre son SAU. Le SROS de l'époque préconisait un rapprochement entre le CH de Rambouillet et l'HPOP encore dénommé Clinique médico-chirurgicale de Trappes Saint-Quentin. Alors sur la défensive et inquiet de ce rapprochement forcé avec une clinique privée dynamique qui aurait pu prendre l'ascendant sur l'hôpital, le CH de Rambouillet a préféré se rapprocher d'un hôpital public: le Centre Hospitalier de Dourdan. Un peu plus petit que le CH de Rambouillet, le CH de Dourdan risquait aussi de perdre son SAU. Situé en Essonne, mais à une vingtaine de kilomètres l'un de l'autre, les deux CH ont décidé

d'établir ensemble une communauté d'établissements qui a été signée en mars 1999. Les rapports de force entre les établissements étaient davantage équilibrés et cette union permettait au deux CH d'étendre leur bassin de population sur un autre département.

Depuis quelques années un certain nombre de partenariats ont été menés entre Dourdan et Rambouillet comme le partage de gardes, le SAU expérimental sur deux sites, la prise en charge de la stérilisation par Rambouillet... Ce partenariat a permis aux établissements et notamment à l'hôpital de Rambouillet de se repenser, de sortir d'eux même et d'élaborer des projets d'avenir propres et non pas contraints ou dictés par la tutelle.

Aujourd'hui, le contexte est bien différent de celui qui existait avant la communauté. Le CH de Rambouillet a profité de la Communauté d'établissement et de la reconstruction de l'hôpital pour prendre un nouveau départ. Le futur plateau technique du CH de Rambouillet sera d'une ampleur tout autre. Il offrira neuf salles d'opérations, une IRM, mais aussi des urgences agrandies. La réanimation sera entièrement reconfigurée et renforcée par la création d'une unité de soins intensifs. Des efforts vont être portés sur certaines disciplines comme la cardiologie ou encore la maternité. De même une unité d'alcoologie entièrement réhabilitée va être mise en place début 2004.

Des objectifs d'activités seront certainement négociés dans le cadre du futur Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'ARH et pour faire fonctionner à plein le nouvel hôpital, le CH de Rambouillet va devoir étendre son bassin de recrutement. De même en prévision de la mise en place de la tarification à l'activité il est important que l'établissement se préoccupe dès à présent de son recrutement. Or il n'y a guère de choix dans l'extension de la zone d'influence du CH de Rambouillet. Au Sud, il recrute jusqu'à Auneau en Eure et Loir⁸ mais guère davantage puisqu'il y a le CH de Chartres. A l'Ouest, le CH de Rambouillet étend son recrutement jusqu'à Maintenon, mais au delà les populations s'orientent plutôt sur le CH de Dreux. A l'Est, la Communauté d'établissements a permis au CH de Rambouillet se tourner vers l'Essonne. Mais les flux de populations de Dourdan vers Rambouillet sont assez faibles. Séparés par 20 kilomètres de forêts, les deux CH sont finalement sur des bassins de population qui ont peu de liens entre eux, si bien que les échanges de patients entre Dourdan et Rambouillet se sont peu développés. Les patients de Rambouillet préfèrent rester sur Rambouillet ou alors partir directement sur Paris et ceux de Dourdan ont plutôt le réflexe de s'adresser à un autre CH que celui de Rambouillet si Dourdan ne peut leur proposer un certain nombre de soins (CH de Arpajon ou Etampes par exemple).

⁸ Parts de marché du CH de Rambouillet BDHF.

Aujourd'hui, le Centre Hospitalier de Rambouillet ne peut plus se développer que vers le nord, c'est à dire vers la Ville Nouvelle et son agglomération. C'est une zone que le CH a vocation à couvrir, notamment jusqu'à Trappes, mais vers laquelle peu d'efforts ont encore été mis en œuvre. De plus à la différence du Sud, de l'Ouest et de l'Est de Rambouillet, le Nord de la ville est densément peuplé. En effet, à partir de Coignières, l'habitat n'est plus clairsemé mais devient continu. S'il ne s'agit pas encore de la Ville Nouvelle c'est son agglomération, qui s'étend aujourd'hui presque jusqu'aux portes de Rambouillet. Le potentiel de recrutement sur cette zone est donc très important et le CH doit y améliorer son attractivité.

En effet, selon la BDHF, le taux de recrutement de Rambouillet se situe à 31.5 % pour l'ensemble MCO sur sa zone d'attractivité⁹. Or la moyenne nationale des établissements publics est de 55.7 %. Par ailleurs, 80 % du recrutement du CH de Rambouillet est réalisé dans une zone qui s'arrête aux portes de la Ville Nouvelle. Ce qui signifie qu'à l'heure actuelle, le CH recrute peu sur Saint Quentin, alors qu'il a vocation à en assurer la couverture avec le CH de Versailles. Il existe donc un taux de fuite très important sur le secteur Yvelines Sud. Beaucoup de patients de la zone et même de la ville de Rambouillet vont directement sur Paris ou alors sur les cliniques versaillaises pour se faire soigner ou pour accoucher. Le nouvel hôpital devrait améliorer la réputation du CH de Rambouillet et de fait réduire la fuite de population. Par ailleurs, la qualité de l'hôtellerie du CH était moindre que dans les cliniques. Or ce point n'est pas négligeable en matière de choix d'hospitalisation, et notamment en maternité. La nouvelle maternité du CH de Rambouillet avec une hôtellerie et un service de qualité devrait ainsi attirer davantage de monde sur Rambouillet. Le directeur, M. Bouffies, a d'ailleurs d'ores et déjà affiché un objectif de 1000 accouchements par an pour le nouvel hôpital alors qu'il est de 800 aujourd'hui.

L'effet "nouvel hôpital" devrait effectivement améliorer le recrutement sur la zone, mais pour que le CH de Rambouillet améliore plus sensiblement encore son influence sur la Ville Nouvelle il a besoin de développer un certain nombre de coopérations avec des acteurs qui sont déjà présents sur la Ville Nouvelle. La proposition de M. Dalbis de la clinique du Mesnil-Saint-Denis ne pouvait que recevoir un écho favorable de la part du CH de Rambouillet.

Mais, le CH de Rambouillet n'est pas le seul établissement en position de force sur l'agglomération de la Ville Nouvelle. En effet, l'Hôpital Privé de L'Ouest Parisien (HPOP),

⁹ Zone d'attractivité au sens de la BDHF : zone représentant 80 % du recrutement total de l'établissement.

qui est sans doute le partenaire / concurrent le plus direct du Centre Hospitalier de Rambouillet demeure aujourd'hui l'unique établissement sur la Ville Nouvelle et compte bien tirer profit de cette situation pour améliorer encore son recrutement.

L'HPOP appelé aussi la clinique de Trappes a eu pour politique de généraliser son offre de soins pour mieux répondre aux besoins qui s'exprimaient sur la Ville Nouvelle et afin de suppléer à l'absence d'établissement public sur Saint-Quentin-en-Yvelines. Aujourd'hui L'HPOP présente une offre comparable à celle d'un centre hospitalier général. L'activité de cet établissement est importante et elle l'est d'autant plus aujourd'hui depuis la disparition de la clinique du Mesnil-Saint-Denis. Pour autant, l'HPOP doit aussi faire face à une fuite importante de population de la Ville Nouvelle vers d'autres établissements publics (Rambouillet, Versailles ou directement Paris) et privés (principalement vers les cliniques de Versailles).

Cette fuite de population a deux origines. En premier lieu, l'HPOP étant un établissement à vocation généraliste il ne dispose pas de pôle de compétence particulièrement reconnu qui lui permettrait de drainer sur un secteur précis la population de Saint Quentin et des environs. La seconde raison est d'ordre psychologique et non rationnelle, mais son impact est important. La clinique est située à Trappes, au sein des quartiers difficiles. Cette localisation est intéressante pour l'accès aux soins des personnes en état de précarité, mais en terme d'image et d'attractivité des autres populations, c'est plutôt un handicap pour la clinique. En effet, la frange la plus aisée de la Ville Nouvelle ne se fait pas hospitaliser à l'HPOP. Tout d'abord parce que, les populations aisées n'habitent pas dans cette zone de la Ville Nouvelle. Elles doivent prendre la voiture pour se faire hospitaliser et préfèrent aller à Versailles ou directement à Paris. En second lieu, comme l'HPOP intervient beaucoup auprès de populations défavorisées cela a un impact négatif sur l'idée que se fait une certaine catégorie de population de la qualité des soins dispensée à l'HPOP. On le voit, malgré sa situation monopolistique sur la Ville Nouvelle, et pour des raisons moins rationnelles que liées à l'imaginaire collectif et à la peur d'être confronté à d'autres milieux, l'HPOP ne recrute pas toujours au sein de toutes les couches de population de Saint Quentin. Cet état de fait pose problème à un établissement privé qui doit en permanence améliorer son attractivité, notamment vers les clientèles les plus solvables.

Pour renforcer sa position, l'HPOP doit poursuivre un double objectif. Tout d'abord, il doit empêcher autant que possible l'installation d'un établissement privé concurrent au sein des quartiers plus aisés de la Ville Nouvelle. Sinon, les populations les plus riches se détourneraient définitivement et complètement de l'HPOP. Pour cela, la clinique dispose d'un certain nombre d'armes. Les personnels sont liés par des clauses de non concurrence qui les empêcheraient d'aller travailler sur un autre établissement à Saint-

Quentin-en-Yvelines. De même, les médecins sont aussi soumis à des règles de non concurrence. Ces clauses rendent difficile le recrutement de personnel et de médecins sur la Ville Nouvelle pour un établissement qui souhaiterait se mettre en place. Ensuite il ne faut pas oublier que l'HPOP fait parti d'un groupe puissant en Ile-de-France : 17 cliniques sur la région. S'installer sur la Ville Nouvelle, ce n'est pas seulement concurrencer la clinique de Trappes, mais l'ensemble du groupe Hexagone. Ainsi, Un médecin qui irait travailler avec un éventuel concurrent sur la Ville Nouvelle se verrait certainement banni pour l'avenir de toutes les cliniques du groupe. Par conséquent, seul un établissement adossé à un groupe important pour le soutenir pourrait vraisemblablement prendre le risque de s'installer sur Saint-Quentin-en-Yvelines et concurrencer l'HPOP.

Mais l'HPOP ne peut pas non plus rester exclusivement sur la défensive. Il doit chercher à renforcer son attractivité. Pour cela, il doit améliorer son image et jouer sur la différenciation en proposant des pôles d'excellences tout en maintenant son aspect généraliste. La clinique a ainsi joué sur l'amélioration de son hôtellerie en proposant des chambres grand confort en maternité et chirurgie : chambres simples spacieuses et confortables dotées de l'air conditionné, d'un réfrigérateur et d'un coffre fort. En matière de soins, la clinique de Trappes est en train de développer un pôle de spécialité autour de « la main ». Pour cela elle a recruté une personnalité de l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Grâce au développement de tels pôles d'excellences son attractivité et son image devraient être renforcées et la clinique devrait pouvoir recruter au sein des couches les plus favorisées de la Ville Nouvelle.

Mais, ce qui manque peut-être encore, à l'HPOP c'est de pouvoir sortir de ses murs. Pour cela, le mieux serait de développer des coopérations avec des partenaires situés ailleurs géographiquement. Mais, les partenariats avec la clinique du Mesnil-Saint-Denis ont finalement échoué et pour l'instant ceux avec le CHV et le CH de Rambouillet sont encore faibles.

Les profils des établissements de santé, leur poids, leurs rapports de forces, leurs motivations sont divers ; mais chacun des quatre établissements de santé a pour objectif de développer et de renforcer son influence sur l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. A ce stade, les stratégies sont diverses et plus ou moins développées. Mais, pointe doré et déjà la potentialité d'un certain nombre de projets de coopération. Avant de les aborder, il paraît important d'étudier l'influence des acteurs autres que les établissements de santé, notamment la tutelle et les élus, afin de voir quels biais ils peuvent éventuellement introduire dans les stratégies de chacun et à quel point leur influence peut être décisive.

2. Tutelles et élus entrent en compte dans la définition des stratégies des établissements de santé

- a) L'ARH et la DDASS ont travaillé à la recomposition de l'offre sur la zone.

L'ARH sous l'ancienne direction de M. Coudreau avait pour mission de restructurer l'offre de soins privée sur la région. Sur Saint-Quentin-en-Yvelines, cela s'est traduit par la fermeture de la clinique du Mesnil-Saint-Denis. Toutefois les tutelles étaient conscientes des difficultés d'accès aux soins sur la Ville Nouvelle que la fermeture allait accentuer. Si elles étaient favorables à la recherche de complémentarité et de coopération entre les structures, elles étaient plus hésitantes quant à l'utilité d'une nouvelle structure de soin sur la Ville Nouvelle.

La position de l'ARH est depuis longtemps claire et en faveur du développement des coopérations comme en témoigne le SROS de 1994. Ce dernier proposait dans ses annexes un SAU partagé entre Trappes et Rambouillet et préconisait une recherche de complémentarités en MCO entre les deux établissements.

Par contre concernant la mise en place d'une nouvelle structure de soins sur Saint-Quentin-en-Yvelines, la position de l'ancienne ARH était plus ambiguë. Elle a bien autorisé la Clinique du Mesnil à exploiter 40 lits de chirurgie mais rentabiliser seulement 40 lits autour d'un plateau technique n'est pas aisé et nécessite en tout cas la recherche de complémentarité.

Concernant, la DDASS, son Directeur, M. Alegoët cherche à développer dans les Yvelines une meilleure complémentarité de tous les acteurs de terrain afin d'optimiser l'offre de soins et pour améliorer le service au patient. La DDASS a ainsi relevé un potentiel de coopération intéressant entre la Clinique du Mesnil et le CH de Rambouillet. Afin d'optimiser le nouvel hôpital, le DDASS souhaite également que le CH de Rambouillet, améliore son recrutement sur la Ville Nouvelle. Une coopération avec la clinique du Mesnil pourrait sans aucun doute renforcer l'attractivité du CH sur Saint Quentin. En même temps M. Dalbis pouvait trouver en l'Hôpital de Rambouillet un partenaire dynamique pour mettre en place les 40 lits de chirurgie. La DDASS s'est donc vite positionnée en faveur du rapprochement des deux acteurs. Ceci correspondant à ses objectifs de développement des coopérations public / privé, mais aussi le projet qui allait être élaboré par MM Bouffies et Dalbis allait proposer comme nous le verrons plus loin une solution originale aux difficultés d'accès aux soins sur la Ville Nouvelle.

Si la tutelle parvient à influencer et à modifier l'offre de soins il ne faut pas omettre le rôle des élus qui est loin d'être négligeable. Ils introduisent des biais dans les stratégies, tant de la tutelle que des établissements.

b) Les élus, également acteurs du monde hospitalier.

On ne peut analyser en profondeur l'environnement ni comprendre au mieux l'origine et le devenir de toute stratégie sans évoquer le rôle des élus.

Les élus intéressés au premier chef sont bien sûr les Maires et conseillers municipaux, en tant que présidents et membres des conseils d'administration des établissements publics de santé. Ils sont généralement les portes-paroles et farouches défenseurs des établissements qu'ils président. Leur pouvoir d'influence sur les stratégies et les projets sanitaires étant bien sûr fonction de leur poids politique.

Le président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier de Rambouillet est M. Larcher Sénateur Maire UMP de Rambouillet. M. Larcher est très impliqué dans la vie du CH. Il préside lui-même les CA, s'intéresse de près à de nombreux dossiers. Il accompagne un grand nombre de projets de l'établissement et n'hésite pas à apporter son soutien personnel. Son intérêt pour le monde hospitalier s'étend d'ailleurs au-delà du Centre Hospitalier de Rambouillet puisque M. Larcher est le Président de la Fédération Hospitalière de France. Il est incontestable qu'un élu comme M.Larcher est un atout pour le CH de Rambouillet.

A Versailles, le Président du Conseil d'administration est M.Pinte, député Maire UMP de Versailles. Son implication dans la vie de l'hôpital s'est renforcée depuis que l'hôpital se trouve en situation difficile. Un contexte particulier au CA du CHV mérite d'être mentionné. En effet, comme nous l'avons vu, l'hôpital Mignot n'est pas sur la commune de Versailles, mais celle du Chesnay, or le président du CA est toujours le Maire de Versailles. Le Maire actuel du Chesnay, membre du conseil d'administration souhaiterait plus de pouvoir et des conflits apparaissent parfois entre les maires des deux communes lorsqu'ils ne sont pas d'accord. Enfin, la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines est aussi représentée par son Président M.Cadalbert. Ce dernier est Vice-Président du CA. La composition du CA du CHV concernant les élus est assez originale pour être mentionnée. Mais, la possibilité de dissensions ou de divergences d'intérêts entre les élus du CA pourrait éventuellement porter préjudice à l'établissement.

Les élus, présidents de CA d'EPS ne sont pas les seuls à intervenir dans les stratégies sanitaires. Les sept Maires et les nombreux conseillers municipaux des

communes de Saint-Quentin-en-Yvelines sont loin d'être étrangers aux stratégies des établissements, comme nous le verrons plus loin.

Il ne faut pas sous-estimer le poids des élus dans la concrétisation des projets des établissements de Santé. En effet, par exemple, les maires de Dourdan et de Rambouillet ont été assez présents dans le rapprochement entre le CH de Rambouillet et celui de Dourdan.

Après cette analyse du champ et des acteurs y prenant part, nous pouvons nous attacher plus précisément à l'étude des projets de coopération du CH de Rambouillet.

Un premier projet est élaboré entre le CH de Rambouillet et la Clinique du Mesnil-Saint-Denis afin de mettre en place un pôle de santé public / privé sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines. Mais comme nous l'avons vu en première partie, l'environnement étudié est assez complexe, des stratégies vont se confronter et des biais extérieurs vont rendre la mise en place de ce projet difficile.

Il est alors intéressant de voir en quoi ce projet aurait pu être utile pour l'agglomération de la Ville Nouvelle et d'analyser pourquoi il n'a pu être concrétisé sous sa forme initiale.

II. LA MISE EN PLACE D'UN POLE DE SANTE PUBLIC / PRIVE ENTRE LE CH DE RAMBOUILLET ET LA CLINIQUE DU MESNIL-SAINT-DENIS AURAIT PU ETRE UNE SOLUTION INTERESSANTE, MAIS SA COHERENCE STRATEGIQUE N'ETAIT PAS TOTALEMENT SATISFAISANTE.

A. Un rapprochement certes de circonstances, mais fondé sur un projet original et ambitieux tant du point de vue des activités que du point de vue juridique.

La Clinique du Mesnil avait besoin d'un partenaire pour rendre possible une nouvelle activité et se maintenir sur la Ville Nouvelle et le CH de Rambouillet d'un partenaire pour prendre pied sur Saint-Quentin-en-Yvelines. L'union de ces deux acteurs résulte de cette convergence d'intérêts. Ce rapprochement pourrait être qualifié de "stratégie d'opportunisme". En effet, selon CONTANDRIOPOULOS et SOUTEYRAND¹⁰, les acteurs dans une telle stratégie utilisent de façon plus ou moins volontaire les opportunités qui se présentent à eux. Il n'y a pas de projets dominants prédéfinis et le développement de l'organisation est largement dépendant des contingences extérieures. Ce concept de stratégie d'opportunisme correspond assez bien au rapprochement entre le CH de Rambouillet et la clinique du Mesnil-Saint-Denis. Lorsque M. Dalbis est venu rencontrer M. Bouffies, Directeur du CH de Rambouillet, il n'avait pas encore de projet bien établi, de même, lorsque M. Bouffies a accepté ce partenariat, aucun projet clairement défini n'était encore élaboré. Une seule certitude existait, celle de pouvoir améliorer ensemble l'offre sanitaire et l'accès aux soins de la population de la Ville Nouvelle.

De cette volonté de travailler ensemble est alors né un projet ambitieux d'amélioration de l'offre de soins sur l'agglomération de la Ville Nouvelle.

¹⁰ CONTANDRIOPOULOS et SOUTEYRAND, La construction de l'offre locale de soins, in *L'Hôpital stratège*. 1996.

1. Une structure sanitaire publique / privée bâtie autour de trois volets pour un meilleur accès aux soins de la population.

L'objectif du projet était de créer un nouvel établissement de santé sur la Ville Nouvelle. Ce pôle de santé aurait été organisé selon trois axes, répondant chacun clairement à un besoin de la population de Saint-Quentin-en-Yvelines et de son agglomération :

- Des consultations sans rendez-vous
- Des consultations avancées
- De la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie légère programmable à faible durée d'hospitalisation.

a) Le volet permanence des soins.

Le CH de Rambouillet avait l'intention de développer au sein de ce pôle de santé des consultations sans rendez-vous. L'objectif visé est de permettre à la population de bénéficier sur la Ville Nouvelle de petites consultations d'urgences permettant de traiter ce que l'on appelle la « bobologie », sans avoir à aller à l'hôpital, que ce soit à Trappes, Versailles ou Rambouillet. Cette formule aurait aussi l'avantage pour ces patients de petites urgences de ne pas avoir à attendre de longs moments aux urgences des hôpitaux de Versailles ou de Rambouillet, du fait de la prise en charge en priorité des urgences lourdes. Enfin, bien que ces consultations sans rendez-vous ne soient pas dans un hôpital, les patients bénéficieraient de la compétence d'urgentistes hospitaliers mis à la disposition par le CH de Rambouillet. De même, afin d'offrir un service proche de celui d'un hôpital, ce centre de consultations sans rendez-vous serait composé de quatre lits d'observation de très courte durée qui répondraient aux normes des lits de ZSTCD installés en milieu hospitalier. De plus, il serait adossé à un cabinet d'imagerie et à un laboratoire privés installés sur le site. Des passerelles seraient même envisagées entre le centre de consultations et celui de chirurgie.

Ce volet aurait par ailleurs, l'originalité d'associer des médecins libéraux avec les urgentistes. Suite à un rapport du Conseil départemental de Yvelines¹¹, il apparaît que les généralistes sur Saint-Quentin-en-Yvelines ne disposent pas de lieu unique et sécurisé, ni des moyens en personnel (infirmière, assistante sociale), ni des lits d'observation qui les aideraient dans leur travail et leur permettraient d'effectuer plus facilement tri et

¹¹ Drs MENAGER, LUIGI, OLIVIER *Permanences des soins et gardes - Réflexions et propositions.* juin 2002

orientation. Corrélativement, l'usager des soins ne peut identifier actuellement de structure unique et proche de son domicile, où sur appel à la régulation du centre 15, sans rendez-vous et de manière permanente, il trouve accueil, soins et orientation au sein d'une structure ne l'engageant pas d'emblée dans l'urgence hospitalière, mais lui offrant toute garantie dans la gradation et la sécurité des soins en liaison avec le dispositif d'aide médicale urgente et les services d'urgences de la région.

Les libéraux du secteur bénéficieraient du pôle de santé pour y assurer leur garde et ainsi disposer d'une maison médicale et de tous les services y afférents pour réaliser la permanence des soins. Celle-ci serait assurée sur la structure de 8 heures à 23 heures, 7 jours sur 7. Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h et le samedi jusqu'à 19 h, l'accueil serait assuré par un urgentiste hospitalier public. Au-delà de ces horaires et pour les dimanches et jours fériés, les médecins libéraux prendraient dans cette structure leurs tours de garde. Il était prévu que sur la totalité de l'horaire d'ouverture, un(e) infirmière et une assistante sociale participent à ces consultations afin de rendre possible une prise en charge médico-sociale globale des patients.

Ce volet accumulait donc sans conteste une somme d'avantages pour les patients de la Ville Nouvelle, mais aussi pour les structures existantes et leur personnel. Conçu en vue du passage d'au moins 12 000 consultants par an, ce centre aurait pu concourir au désencombrement des urgences hospitalières des CH de Versailles et de Rambouillet ainsi que de la Clinique de Trappes. Les personnels des services des urgences sont souvent débordés par les petites urgences de bobologie et doivent parfois gérer des conflits avec des patients qui refusent d'attendre. Le désengorgement des urgences du fait d'une structure de proximité sur Saint-Quentin-en-Yvelines, permettrait aux deux SAU du secteur 9, Sud Yvelines, de se concentrer sur les urgences vitales.

La localisation prévue de la structure sur la Ville Nouvelle avait été optimisée. Ainsi, il était prévu de l'installer à Elancourt, dans la zone Ouest et Sud-Ouest de l'agglomération, zone qui bénéficie d'une accessibilité à Rambouillet relativement aisée. A l'inverse, la zone Est et Nord-Est de Saint-Quentin-en-Yvelines et des communes limitrophes se trouve davantage dans la polarité géographique de Trappes et de Versailles. En outre, une Maison médicale de Garde a déjà été mise en place sur Montigny, Guyancourt et Voisin en octobre 2002 par l'association de médecins généralistes dite des "Trois Villages". Sa localisation sur Elancourt était donc pertinente.

Le calcul du coût annuel des consultations sans rendez-vous a été effectué en évaluant les charges de personnel directement liées aux effectifs prévus, aux charges hôtelières (entretien, nettoyage), et aux charges locatives liées au versement d'un loyer. Ce total est évalué à 1.88 millions d'euros pris en augmentation de la dotation globale du Centre Hospitalier de Rambouillet.

b) Les consultations avancées.

L'accessibilité des centres hospitaliers couvrant l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines n'est, comme nous l'avons vu pas optimale. Afin d'éviter aux patients le maximum de déplacement sur l'établissement public de Rambouillet, le Centre Hospitalier a souhaité mettre en place des consultations avancées. L'intérêt de ce projet est de faire sortir l'hôpital de ses murs et de le rapprocher des populations. Les praticiens du CH se déplaceraient pour organiser leurs consultations au cœur de la Ville Nouvelle, dès lors les patients pourraient avoir accès à des spécialistes hospitaliers sans avoir à se déplacer et n'iraient qu'une fois à l'hôpital pour une éventuelle hospitalisation. La prise en charge en amont et en aval de l'hospitalisation pourrait être suivi sur le Pôle de Santé. Par ailleurs, comme nous le verrons dans le troisième volet, pour un certain nombre d'actes chirurgicaux légers, les patients n'auraient plus à aller à l'hôpital puisqu'ils pourraient être opérés sur le pôle de santé.

Les consultations proposées entendent s'insérer dans le tissu de l'offre publique et privée existante, en tenant compte de la plus ou moins grande représentation des disciplines dans l'agglomération et en respectant les réseaux de compétence et de coopération existants. Ainsi après études, il a été décidé de développer cinq groupes de disciplines.

- En premier lieu la chirurgie, surtout orthopédique et traumatologique, mais aussi digestive et de spécialité (vasculaire périphérique, ophtalmologique, ORL, stomatologie) de même que les consultations d'anesthésie. Chaque fois qu'elle serait pertinente, le patient se verrait proposer la solution de proximité sur le Pôle de Santé.

- Les disciplines mère-enfant, et le planning familial, devraient être présentes, en lien notamment avec le futur service de gynécologie obstétrique de 25 lits et de pédiatrie néonatalogie de 16 lits du Centre Hospitalier de Rambouillet.

L'accompagnement de la grossesse, désirée ou non, l'orthogénie, devraient faire l'objet d'une attention particulière étant donné l'insuffisance actuelle, sur le second aspect, de la réponse du Service Public. Le nombre d'IVG assurés par le Centre Hospitalier de Rambouillet est en effet assez faible.

Il a été noté par ailleurs sur la zone une faiblesse de l'offre en consultations pédiatriques de spécialité. Des volets de spécialisation en pneumologie et diabétologie infantile devraient pallier utilement ces lacunes existantes.

Ce volet aurait aussi l'originalité d'être intégré dans son orientation sénologique¹² au sein du Réseau Yvelines Sud de Soins en Cancérologie (RYSSC) avec la collaboration de l'Institut Gustave Roussy.

- La Cardiologie est un axe fort du développement du nouvel hôpital de Rambouillet. Par conséquent, il proposera ici, au sein de la Ville Nouvelle, ses compétences en la matière.

- Les consultations d'alcoologie et d'addictologie, auront aussi l'originalité d'être mises en place dans le cadre d'un réseau, le RALY (Réseau Alcoologique Yvelines Sud). Ces consultations seront en lien direct avec les centres de cures ambulatoire et les unités d'hospitalisation alcoologique et addictologique, dont notamment celle de Rambouillet, qui sera entièrement restructurée et rénovée pour le début 2004.

- Enfin, le CH de Rambouillet a le projet d'intégrer la participation de l'ensemble de la Communauté d'établissement Dourdan / Rambouillet / Le Terrier¹³ au projet de Pôle de Santé. Ainsi, seront proposées des consultations de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) selon une double orientation de base : bilans cliniques et appareillages. L'établissement de soins de suites et de réadaptation "Le Terrier" situé à Rambouillet, restructuré et développé dans les années à venir dans son activité de rééducation fonctionnelle, apportera ici son expertise.

La pluridisciplinarité impliquée par cet aspect des consultations avancées en MPR (orthopédistes, rhumatologue, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...) en fait un terrain exemplaire de coopération Ville-Institutions de soins et public-privé. Les champs souhaitables de développement comme par exemple les consultations du « pied diabétique », la traumatologie du sport, la prévention de la chute... ainsi que la distribution peu nombreuse actuellement de consultation d'appareillages en Ile de France, pourrait donner à ce projet la dynamique d'une démarche de santé publique.

Le coût d'exploitation des consultations avancées est estimé à 148 500 euros par ans à la charge du Centre Hospitalier de Rambouillet. Il doit couvrir la location de locaux, leur entretien et les frais de personnel.

¹² dépistage, diagnostic, traitement des tumeurs du sein.

¹³ Le Terrier est un établissement de soins de suites et de réadaptation (SSR), situé à Rambouillet et qui a rejoint la communauté d'établissements des deux CH, Dourdan et Rambouillet en décembre 2000.

- c) La mise en place d'une structure d'hospitalisation chirurgicale privée complète et ambulatoire.

Le volet chirurgical sera assuré par le partenaire privé du Centre Hospitalier de Rambouillet, c'est à dire la clinique du Mesnil-Saint-Denis. L'objectif principal poursuivi au sein de ce volet est toujours de rapprocher l'offre de soins du patient. Dans le cas présent, il s'agit de permettre aux populations de la Ville Nouvelle de bénéficier d'opérations chirurgicales légères à proximité de leur domicile. Là encore, les patients n'auraient donc plus à se déplacer sur les centres de Versailles ou de Rambouillet pour les petites interventions. Ce volet permettrait notamment aux personnes qui ne peuvent se rendre facilement sur les centres hospitaliers d'avoir accès à proximité à une offre chirurgicale de qualité. Enfin, la mise en place d'une telle structure a pour objet d'éviter une dépression d'offre de soins sur la Ville Nouvelle suite à la fermeture de la Clinique du Mesnil. Une telle dépression, outre le fait qu'elle aggraverait les difficultés d'accès aux soins sur Saint Quentin, risquerait de porter à saturation les deux centres hospitaliers du Sud Yvelines. L'existence du pôle de santé permettrait donc de mieux équilibrer l'offre de soins sur la zone.

Afin d'affiner le projet et pour répondre au mieux à la demande de soins sur la Ville Nouvelle, il a été décidé de recourir à une société de consultants, Médiance, experte en benchmarking hospitalier. Cette étude porte sur le bassin de populations de la Ville Nouvelle auquel sont ajoutés des communes composant un bassin élargi de 220 672 habitants. (Saint-Quentin-en-Yvelines plus Maurepas, Coignières, Le Mesnil-Saint-Denis, Saint-Rémy-les-Chevreuses mais aussi Plaisir et quelques villages alentours).

L'analyse de la demande du bassin de vie s'appuie sur les travaux du COTRIM d'Ile-de-France et du Département d'information médicale de l'APHP qui ont mis au point la segmentation dite OAP de l'activité médicale. Cette segmentation présente l'avantage de distinguer 26 pôles d'activités formés de 155 lignes de produits, résultant de l'agrégation de Groupes Homogènes de Malades. Cette segmentation présente distingue les prises en charges "lourdes" des prises en charges normales, c'est à dire celles qui pourront intéresser le pôle de santé. Elle distingue également les GHM chirurgicaux, qui intéressent en premier lieu l'analyse des besoins de la Ville Nouvelle, des GHM médicaux.

L'étude établit que près de 40 000 patients sur les 220 000 résidents du bassin ont en 2000 eu recours à une prise en charge médicale, chirurgicale ou obstétricale et que 4300 séances ont été effectuées sur des patients résidents. Après analyse, l'étude Médiance affirme qu'en se fixant pour objectif, la prise en charge "normale" (au sens de l'OAP) programmable, et d'une durée moyenne de séjour inférieure ou égale à six jours, le pôle de santé aurait un potentiel de recrutement de 9711 patients.

Sur les 9711 patients, en 2000, la clinique du Mesnil en a pris en charge 1162 et l'Hôpital privé de l'Ouest Parisien (Trappes), 3183. Le reste se répartit entre le Centre Hospitalier de Versailles, la Clinique des Franciscaines et d'autres établissements, parmi lesquels le Centre Hospitalier de Rambouillet.

Total des besoins de prise en charge hors séances					
Prises en charge lourdes	5 357	Sans accès au bloc opératoire		2 969	
		Avec accès au bloc opératoire	2 388	Programmables et DMS <=6	488
				Programmables et DMS >6	1 506
		Non programmables	394		
		Sans accès au bloc opératoire		22 053	
Prises en charge normales	34 123	Avec accès au bloc opératoire		12 070	
				Programmables et DMS <=6	9 711
				Programmables et DMS >6	874
		Non programmables	1 485		
Total	39 480	39 480	39 480	39 480	

L'étude a ensuite recherché les disciplines les mieux représentées dans les RSA afin de présenter une offre la mieux adaptée au secteur pour le pôle de santé. Au regard de l'étude il a été décidé que l'activité chirurgicale de jour et de semaine du pôle de santé concernerait les spécialités suivantes :

- chirurgie orthopédique
- chirurgie viscérale
- gynécologie obstétrique
- centre d'orthogénie
- chirurgie réparatrice
- ophtalmologie
- ORL
- stomatologie
- urologie
- chirurgie vasculaire périphérique

Les domaines de spécialités chirurgicales envisagés correspondent à 90 % des hospitalisations en chirurgie normale programmée avec une DMS inférieure ou égale à six jours sur la zone de la Ville Nouvelle. Ils sont donc bien en phase avec la demande exprimée par les patients du secteur.

L'étude Médiance a par ailleurs, mis en évidence un déficit de 50 lits d'hospitalisation chirurgicale et 12 places sur le secteur de la Ville Nouvelle. Enfin elle a évalué le nombre de salles de bloc opératoire nécessaire à l'activité de la structure. Ainsi, à raison de 5 journées d'ouverture par semaine et d'une durée moyenne d'ouverture de 10 heures par salle, un besoin de 6 salles de bloc supplémentaires sur l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines est mis en évidence pour les prises en charge légères.

Eu égard au rapport Médiance, un certain nombre de conclusions pouvaient être tirées pour ce projet chirurgie au sein du pôle de santé.

Il est ainsi incontestable que le volet chirurgical du projet ne devait être destiné qu'à accueillir et traiter exclusivement des pathologies à vocation ambulatoire et/ou nécessitant un très court séjour.

Une telle offre aurait eu l'avantage :

- 1°) d'éviter une redondance avec les sites de chirurgie polyvalente lourde du secteur sanitaire ;
- 2°) de répondre à la fois à une demande croissante et diversifiée sur le secteur ;
- 3°) de s'appuyer sur le Centre hospitalier de Rambouillet, en matière de plateaux techniques et d'équipements lourds pouvant accueillir le cas échéant les patients souffrant de complications : service d'accueil et de traitement des urgences, réanimation polyvalente, chirurgie polyvalente, centre de périnatalité de niveau 2A avec néonatalogie, hémodialyse, scanner, IRM, SMUR.

Par ailleurs, la capacité en chirurgie du Pôle de Santé ainsi que son plateau technique devaient être adaptés au développement d'une forte activité ambulatoire (Orthopédie : canal carpien, arthroscopie du genou... ORL : adénoïdectomie, pose de drains tympaniques... Endoscopie digestive : Fibroscopie, coloscopie...) ainsi qu'à une activité d'hospitalisation complète à la durée moyenne de séjour (DMS) de plus en plus courte (Ophtalmologie : cataracte..., Chirurgie veineuse : stripping..., ORL : amygdalectomie, Cloison nasale..., Stomatologie).

Deux possibilités s'offraient quant aux capacités envisagées de la structure d'hospitalisation chirurgicale : soit l'ouverture de 50 lits d'hospitalisation complète et de 12

lits d'ambulatoire, conformément aux préconisations du rapport Mediance, soit l'ouverture de 20 lits d'hospitalisation complète et de 20 lits d'ambulatoire en chirurgie, en suivant le programme initial des autorisations, en simultané ou avec un différé dans le temps de l'hospitalisation complète par rapport au secteur ambulatoire.

Mais, l'une ou l'autre des solutions présentaient des inconvénients pour la rentabilité et la viabilité de la structure :

- Un enjeu en premier lieu financier : Il est très difficile de rentabiliser en exploitation une structure de 50 lits en hospitalisation complète. Un coût de consommations intermédiaires (l'équivalent du groupe 2 de la section d'exploitation du budget général d'un hôpital) de 2 007 000 € situe le budget de fonctionnement d'une telle structure à plus de 10 M€ (coût des consommations intermédiaires multiplié par cinq), charges de personnel comprises, pour des prix de journée en hospitalisation complète voisinant les 800 €. Viabiliser financièrement une structure chirurgicale de 50 lits d'hospitalisation complète est une gageure difficile dans un cadre institutionnel où sont valorisés les établissements ayant une taille critique capable de mettre en place des économies d'échelle.

- Des difficultés organisationnelles et techniques : Du fait d'un impératif d'optimisation de l'utilisation des blocs, un taux de remplissage de 100% ne permettrait d'atteindre le seuil de rentabilité qu'au bout de la quatrième année d'exploitation. L'équilibre économique d'un établissement de 40 à 65 lits est aussi difficile à atteindre sans une organisation adaptée, comprise, concertée et respectée par l'ensemble des acteurs de l'établissement.

Afin de parer à ces incertitudes quant à la rentabilité de la structure, il avait été décidé d'envisager un séquentiel d'ouverture de la structure. Ainsi dans un premier temps, aurait été ouvert de l'activité de chirurgie ambulatoire (20 lits). Cette solution plus modeste mais rapidement opérationnelle et rentabilisable potentialisait un certain nombre d'avantages :

Les coûts d'exploitation étaient réduits. Le centre était fermé la nuit et l'unité de chirurgie ambulatoire n'avait pas à disposer sur place d'une équipe de réanimation. Elle pouvait si besoin bénéficier de l'appui du SAU de Rambouillet, par le biais d'une convention, pour les patients présentant des suites opératoires compliquées. L'existence d'une structure proche dotée des compétences requises dans le domaine de la réanimation crédibilisait la structure de chirurgie ambulatoire, même non adossée à une structure d'hospitalisation de semaine, et dont la viabilité était vraisemblablement assurée malgré son caractère « atypique ».

Ce centre ambulatoire bénéficierait aussi du plateau technique du pôle de santé (laboratoire et radiologie libéraux, permanence des soins) et d'équipements lourds

(scanner), bien implantée dans son secteur par un maillage de proximité avec les professionnels de santé locaux et un chaînage de la prise en charge.

Cette unité ambulatoire aurait permis d'assurer une réponse pertinente à une demande croissante sur la Ville Nouvelle et à un déficit de la prise en charge dans certaines disciplines.

Le développement de la chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie pratiquée en hospitalisation complète, était par ailleurs conforme aux orientations du SROS 1999-2004 dans son volet chirurgical. De plus, l'ambulatoire est un facteur de modernisation de la discipline par la prise en charge transversale (réunion de spécialités chirurgicales) qu'elle induit. Tout en prouvant le potentiel de recrutement du pôle de santé, elle aurait permis de pallier les lacunes de la prise en charge sur le secteur dans l'attente de l'ouverture des 20 lits d'hospitalisation complète, conformément au déficit constaté sur le secteur pour la chirurgie programmable avec DMS inférieure ou égale à 6 jours.

Ce projet pour être mis en œuvre avait besoin d'un cadre juridique fort.

2. Le choix d'un cadre juridique innovant, le GCS.

La coopération sanitaire a été initiée par la loi du 31 décembre 1970, relancée par la loi du 31 juillet 1991, accentuée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, assouplie par la loi CMU du 27 juillet 1999, précisée par la loi du 4 mars 2002 et récemment simplifiée par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Ces textes permettent aux établissements de santé d'avoir recours à une palette d'instruments juridiques différents, pour mieux répondre à la diversité des projets de coopération qu'ils peuvent avoir à mener.

Juridiquement, la coopération peut être conventionnelle ou organique selon qu'elle emporte ou non, création d'une personne morale nouvelle. Aujourd'hui, la convention est le mode de coopération le plus utilisé par les établissements. Ainsi, une étude de la FHF, montrait en 1992 que 95 % des coopérations interhospitalières se faisaient sur le mode de la convention. Si ce système a le mérite de la simplicité, comme il ne crée pas de personnes juridiques nouvelles, cela génère un certain nombre de conséquences qui risquent de ne pas être bien adaptées au projet de pôle de Santé.

Par le mode conventionnel, les partenaires ne détiennent finalement rien en commun. Le pôle n'aurait pu disposer d'autorisations sanitaires en propre, ni d'un patrimoine propre et encore moins d'un budget ou de personnel. De plus, la pérennité de ce mode de coopération est liée à celle des conventions elles-mêmes.

Ce mode de coopération n'a ainsi pas été retenu par les partenaires. Ces derniers souhaitaient sceller leur coopération par une structure juridique forte. Ils se sont alors tournés vers des modes de coopérations organiques afin de créer une personne juridique nouvelle et pour que le pôle de santé puisse disposer en propre d'autorisations, d'un patrimoine et d'un budget.

Dans un avis du 1^{er} août 1995¹⁴, le Conseil d'Etat a énuméré les moyens de droit envisageables dans un partenariat de ce type, où l'un au moins des partenaires est un établissement public de santé. Cet avis permet d'éclairer la liste de l'article L 6134-1 du Code de la Santé Publique. Au total, l'hôpital public ne peut coopérer que dans le cadre de cinq formules :

- Un syndicat inter-hospitalier (SIH)
- Un groupement d'intérêt public (GIP)
- Un groupement d'intérêt économique (GIE)
- Une association de loi 1901
- Un groupement de coopération sanitaire (GCS) depuis l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée du 24 avril 1996.

Ces cinq formes juridiques ne sont néanmoins pas toutes possibles pour la coopération entre le CH de Rambouillet, établissement public de santé et la clinique du Mesnil-Saint-Denis, établissement privé lucratif.

Ainsi, aux termes de l'article L 6132-2 du CSP un SIH ne pouvait être constitué puisque l'établissement privé partenaire de l'EPS doit être à but non lucratif. Toutefois, la clinique du Mesnil était d'accord pour faire évoluer son statut vers celui d'établissement privé participant au service public hospitalier, si l'intérêt de la coopération l'exigeait. Par conséquent, le SIH devait être considéré comme une modalité potentielle de coopération entre les deux partenaires.

La création d'un GCS était, par ailleurs, directement possible puisque substitutive à celle d'un SIH. En effet, l'article L 6133-1 du CSP dispose que " un GCS peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L 6132-2 pour constituer entre eux un SIH".

GIP et GIE sont des formes juridiques qui étaient aussi susceptibles d'être retenues puisqu'ils peuvent être constitués par des personnes morales de droit public et de droit privé.

¹⁴ Conseil d'Etat, Avis n° 358047, Rapport public 1995

Enfin, l'association loi 1901, sans être impossible semblait en l'espèce fortement inopportune. En effet l'avis du Conseil d'Etat de 1995, précise qu'une association ne saurait exercer une mission essentielle de service public, ni aucune responsabilité qui en résulte. Le dossier du rapport annuel du Conseil d'Etat 2000 revient d'ailleurs sur les problèmes suscités par la présence des associations, personnes morales de droits privés aux limites des activités de services publics. Les partenaires ont donc écarté l'association pour le pôle de santé.

Afin de préciser la formule la mieux adaptée au projet de pôle de santé il convient d'approfondir l'analyse en comparant les statuts et les règles applicables à chaque formule.

Le SIH

Le SIH permet un large panel d'activités, mais impossible à l'origine et desservi par un fonctionnement moins souple que celui des groupements il a été écarté.

Le SIH est autorisé à exercer les missions d'un établissement de santé. L'article L 6133-1 précise que la SIH peut exercer "toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier". Cette structure de coopération dispose du plus large champ de compétences portant notamment sur les soins et pouvant gérer directement des patients.

Pour autant, le SIH doit obéir à un certain nombre de règles prédéterminées par le Code de la Santé ainsi qu'à une organisation stricte (CA, instances) qui rend son utilisation moins souple que celle des groupements.

Ainsi, bien qu'il dispose de l'activité la plus large et qu'il puisse être employeur, le SIH n'a pas été retenu. Chacun des partenaires, lui préfèrent les formules plus souples des groupements. Le SIH est d'ailleurs voué à disparaître, puisque selon l'ordonnance du 4 septembre 2003, il ne sera plus possible d'en créer à partir du 1^{er} janvier 2005.

Le GIP

Consacré initialement à la recherche et au développement¹⁵, le GIP a vu son champ d'action étendu au domaine sanitaire et social par la loi du 23 juillet 1987. Sur la base de l'avis du Conseil d'Etat de 1995, il est établi que le GIP dispose d'un objet limité à ce qui ne constitue pas les soins, comme la mise en commun de moyens, le fonctionnement d'équipements, la réalisation de formations ou pour le système d'information. A la différence du SIH, l'objet du GIP est donc nettement plus limité.

¹⁵ loi n° 82-610 du 15 juillet 1982

Par ailleurs, il n'est pas non plus un établissement de santé et n'a pas de liens directs avec les patients.

Le GIP a été qualifié de personne publique par la jurisprudence du Tribunal des conflits dans un arrêt de 2000¹⁶. Il présente par ailleurs la particularité dite de la "majorité publique". Cela signifie que le Centre Hospitalier de Rambouillet aurait dû être majoritaire au sein des instances du groupement. Si cela ne posait pas de difficultés à la clinique du Mesnil-Saint-Denis, cette formule aurait pu entraver le développement du pôle si d'autres partenaires privés avaient souhaité le rejoindre.

Du fait de son activité limitée et de son caractère public, le GIP n'a pas été choisi comme modalité privilégiée.

Le GIE

Le but du GIE est aux termes de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 23 septembre 1967 de "faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité, il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci". Un GIE ne peut se voir déléguer l'essentiel de la mission du service public hospitalier, comme le précise le Conseil d'Etat dans son avis.

Il existe une vingtaine de GIE dans le milieu sanitaire. Il ont pour objet la mise en commun et le fonctionnements d'appareils lourds ou de matériel informatique. Un GIE ne semble donc pas être le cadre le mieux adapté pour le pôle de santé, puisqu'en l'espèce il s'agit de gérer des activités plutôt que du matériel.

De plus, le GIE se caractérise par la solidarité financière de ses membres¹⁷. Cela signifie qu'un créancier peut réclamer à quiconque, le paiement de la totalité de la dette contractée par le groupement. Cette caractéristique peut être extrêmement dangereuse pour le partenaire public, dont la solvabilité existe par principe...

Afin d'éviter que le Centre Hospitalier de Rambouillet ait à payer les dettes éventuellement réalisées par l'activité privée, il a été décidé d'exclure cette forme de coopération pour le futur pôle de santé.

¹⁶ TC, 14 février 2000 GIP HISML

¹⁷ article 4, ordonnance du 23 septembre 1967

Le GCS

Le GCS, à l'instar des autres groupements mais à l'inverse du SIH ne peut être un établissement de santé. De ce fait, il ne pouvait assurer que les missions périphériques à celles des soins, ni avoir de lien direct avec les patients. Toutefois, à la différence des deux autres formes de groupement, il n'était plus limité à la gestion d'équipement. La loi CMU du 27 juillet 1999 est venue préciser son objet et il peut dorénavant détenir des autorisations d'activités de soins. Il s'était en effet avéré difficile d'organiser certaines activités qui nécessitaient des autorisations d'équipements mais aussi d'activités de soins. Si l'ordonnance du 4 septembre 2003, ne fait toujours pas du GCS un établissement de santé, elle renforce encore ses possibilités d'activités en précisant clairement que le GCS peut « exercer les missions d'un établissement de santé ».

Par ailleurs, il fallait auparavant que chacun des membres dispose des autorisations nécessaires dans le même domaine d'activité. Dorénavant le GCS est susceptible de disposer des autorisations en propre.

A l'inverse des autres groupements, le statut du GCS n'était, à l'époque, pas très clair. En effet, l'ordonnance de 1996 ne détermine pas son statut juridique. Pour autant la doctrine était assez unanime pour qualifier le GCS de structure de droit privé¹⁸. L'ordonnance du 4 septembre 2003 est venue clarifier cette situation. Un GCS composé d'un partenaire public et d'un autre privé peut, sans ambiguïté, opter pour un statut de droit privé.

Le GCS présente l'avantage d'obéir à des règles de fonctionnement très souples. Contrairement au SIH c'est une structure légère. Ses organes se limitent à une assemblée générale dont la composition est déterminée par la convention constitutive et un administrateur élu par l'assemblée générale en son sein.

Le GCS semble aussi plus autonome en terme de tutelle et de contrôle. Alors que le SIH est soumis à la même tutelle de l'ARH que pour les EPS, et que GIE et GIP sont soumis au contrôle des CRC, le GCS n'est pas soumis aux règles de la comptabilité publique. Son contrôle est réalisé par un commissaire aux comptes et un rapport d'activité annuel doit être transmis à l'ARH.

A l'inverse du GIP, les membres sont responsables de la gestion proportionnellement à leurs apports.

Le fait que le GCS ne puisse être employeur ne pose pas de difficulté puisqu'en l'espèce, les partenaires ont la volonté de conserver chacun leurs agents.

¹⁸ ESPER Claudine, Le GCS, nouvelle formule de coopération entre établissements de santé, LPA 24/12/1997

Seul groupement à caractère sanitaire, le GCS était vraisemblablement bien la structure la plus adaptée au projet de pôle de santé de Saint-Quentin-en-Yvelines. Certes, le GCS dispose d'un cadre juridique encore incertain et d'aucune jurisprudence. Mais il semble véritablement être la structure d'avenir en matière de coopération. Son statut n'a cessé d'évoluer vers davantage de précisions et de compétences. Il s'ouvre aussi à de nouveaux membres, comme le montre l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui élargit notamment l'accès au GCS aux professionnels libéraux. Le pôle de santé, dans sa volonté de faire participer des médecins libéraux dans son volet consultations sans rendez-vous avait à l'époque soulevé le problème de leur intégration au GCS. Ainsi le GCS Sud Yvelines a peut-être participé à l'évolution du droit ! Il est par ailleurs fort probable que le statut des GCS évolue encore dans les années à venir du fait de la multiplication de projets de coopérations de plus en plus innovants et nécessitant des évolutions de droit.

Au final, c'est donc un GCS qui a été mis en place. La convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire Sud Yvelines a été signée par les deux promoteurs le 19 décembre 2001. Ce GCS a été approuvé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France le 11 mars 2002¹⁹. Ce GCS est devenu détenteur de l'autorisation de 20 lits de chirurgie et 20 lits de chirurgie de jour.

Le projet était monté, restait à le mettre en œuvre.

¹⁹ Bulletin Officiel Santé-Solidarité du 6 juillet 2002

B. Des faiblesses en matière de cohérence stratégique du projet ainsi que des logiques externes plutôt défavorables n'ont pas permis au projet de se concrétiser.

1. L'insuffisante cohérence stratégique de ce projet entrepreneurial, affaiblissait ses chances de succès.

- a) Un projet obéissant à une stratégie entrepreneuriale plutôt que rationnelle de la part du partenaire privé

Si l'on souhaitait rattacher la stratégie du partenaire privé du GCS à une école de pensée, ce serait sans doute celle du courant entrepreneurial. Selon MINTZBERG²⁰, cette école "ancree le processus stratégique dans les mystères de l'intuition". Les stratégies ne sont plus des projets, des plans ou des positionnements précis, mais des visions floues ou des perspectives. Cette vision du décideur visionnaire a été florissante lors du développement des "start up".

Il faut admettre que le succès du pôle de santé, du moins dans son volet chirurgical reposait davantage sur un pari sur l'avenir que sur des éléments certains et rationnels.

L'étude Médiance avait mis en évidence un potentiel de recrutement pour le pôle chirurgical, mais il n'était pas certain que le pôle de santé absorbe une partie suffisante de ce potentiel pour assurer la rentabilité de son activité. L'HPOP concentrait déjà à lui seul près d'un tiers de ce potentiel. Pour autant M. Dalbis était confiant. Il était persuadé que le GCS allait récupérer une bonne partie des fuites des patients de la zone vers d'autres établissements de la région. Il était notamment certain de drainer la population la plus aisée de la zone vers le GCS. Le pôle de santé, situé à Elancourt dans un quartier plus résidentiel que l'HPOP aurait pu détourner de Trappes les patients aisés. Si ce phénomène était effectivement probable, il est toutefois difficilement quantifiable et relève plus de l'intuition que de la certitude.

En second lieu, le partenaire privé pensait pouvoir drainer la population de la Vallée de Chevreuse, située au Sud-Est de la Ville Nouvelle. Il est vrai que la clinique du

²⁰ Henry MINTZBERG, *L'art de la stratégie*

Mesnil-Saint-Denis recrutait un certain nombre de patients au sein de la vallée de Chevreuse. Il aurait été possible qu'une partie de cette clientèle de l'ancienne clinique du Mesnil se reporte sur le pôle de santé. Toutefois, la clinique a fermé en 2001 et depuis, les patients se sont réorientés vers d'autres structures. Par ailleurs, la nouvelle clinique des Franciscaines, au Nord de la Vallée de Chevreuse, devait déjà drainer une bonne partie de la zone. Par conséquent, non seulement le recrutement éventuel du GCS sur la Vallée de Chevreuse est difficilement quantifiable, mais il est aussi plus qu'incertain. Ce phénomène n'aurait vraisemblablement joué qu'à la marge.

Enfin, la localisation du GCS à Elancourt était optimale selon le partenaire privé car la structure aurait pu drainer à terme un grand nombre de patients de la ville de Plaisir (30 000 habitants). Si pour l'instant, Plaisir n'est pas vraiment tournée vers la Ville Nouvelle, faute d'infrastructures routières adéquates ; d'ici cinq ans, il serait projeté de relier Plaisir à la N 10 au niveau de la Ville Nouvelle par une route nationale qui passerait par... Elancourt. La construction d'un tel axe serait effectivement on ne peut plus favorable au pôle de santé localisé sur cet axe potentiel. Le recrutement potentiel du GCS pourrait ainsi être étendu à l'agglomération de Plaisir. Malheureusement, là encore il s'agit plus de supputations que d'hypothèses fermes et par ailleurs cette éventualité ne se réaliserait qu'à moyen terme. D'ici là, le pôle de santé aura déjà dû prouver sa rentabilité. Or celle-ci demeure toujours incertaine.

Le potentiel de recrutement de la structure risque de ne pas être aussi élevé que prévu. Pour autant, le pôle chirurgical devait disposer de six salles de blocs qu'il aurait bien fallu rentabiliser, de même que le personnel y afférent. Les charges d'exploitations ont été estimées à plus de 4.2 millions d'euros pour la première année. Conscient de cette difficulté de rentabiliser l'activité chirurgicale, le pôle de santé avait choisi d'ouvrir en premier lieu les vingt lits de chirurgie ambulatoire. En effet cette activité est plus légère et plus rentable que la chirurgie de semaine et elle est moins coûteuse en personnel puisque le service est fermé la nuit. Un démarrage progressif permettrait d'étaler les charges et de conforter le pôle de santé dans son potentiel de recrutement et dans son image avant d'ouvrir la seconde partie de la chirurgie. Pour autant, malgré le choix de cette option, les simulations financières montrent que l'équilibre budgétaire ne pourrait être atteint sur les trois premières années. Une perte de 850 000 euros pour la première année et de 750 000 pour la deuxième et troisième année ont été calculées. Il faut une structure assez solide pour pouvoir assumer ce niveau de pertes conséquent pendant au moins trois ans. Or la SA de gestion-Clinique Saint-Denis, n'est pas adossée à un grand groupe qui pourrait éventuellement l'aider en cas de difficultés. Par conséquent la capacité du partenaire privé à supporter les déficits est une vraie question. Cette incertitude quant à la solidité financière du partenaire du Centre Hospitalier de

Rambouillet n'est pas pour renforcer la viabilité à terme et donc la faisabilité du pôle de santé.

La stratégie du partenaire privé était clairement celle de l'entrepreneur, qui sur un certain nombre d'hypothèses vérifiées mais aussi sur des intuitions à la probabilité incertaine, est prêt à prendre le risque de s'engager dans un projet. Il est intéressant d'avoir mis à jour cette stratégie typiquement entrepreneuriale au sein du champ sanitaire. Toutefois cette stratégie engage un partenaire public dans l'aventure et la prise de risque. Porteur d'un risque potentiel, la pôle de santé était par ailleurs affaibli par un certain nombre de failles dans le projet.

b) Un projet à la cohérence stratégique incertaine.

La notion de cohérence stratégique est un concept utilisé par les experts en stratégie. Marie Jo HATCH dans son ouvrage *Théorie des organisations* en précise la définition. "Le terme "cohérence", parfois appelé congruence ou correspondance, définit une stratégie efficace comme celle qui fait correspondre les compétences de l'organisation aux besoins et aux exigences de l'environnement. La stratégie est ainsi concernée par la gestion active de la cohérence visant à obtenir un avantage concurrentiel qui assurera la rentabilité et la réputation de l'organisation".

Si à première vue il semble bien que le GCS ait développé un projet le plus en adéquation possible avec son environnement, avec du recul, il est possible de déceler un certain nombre de failles dans la stratégie d'implantation de ce pôle de santé au sein de la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines : oubli de certaines problématiques, sous-évaluation ou sur-évaluation d'éléments du champ d'influence, mauvaise gestion du temps sont autant d'éléments qui ont affaibli la cohérence du projet par rapport à son environnement et ainsi réduit son potentiel de concrétisation.

La première faiblesse du projet est sans doute d'avoir surestimé le potentiel de recrutement du volet chirurgical sur la zone. L'étude Médiance avait évalué le potentiel de patients à près de 9000, mais malgré la fermeture de la Clinique du Mesnil-Saint-Denis, cette situation nécessitait-elle l'ouverture d'une nouvelle structure ? L'installation d'une partie des chirurgiens du Mesnil-Saint-Denis en clinique ouverte à l'hôpital de Rambouillet avait déjà absorbé une partie de la clientèle de la clinique du Mesnil, le CHV, la clinique des Franciscaines et surtout l'HPOP ne pouvaient-ils pas absorber ce surplus d'activité par leurs équipements ?

Les dirigeants de la clinique de Trappes s'étaient posés la question du rachat de la Clinique du Mesnil-Saint-Denis lors de sa fermeture, afin de renforcer eux même l'offre sur la Ville Nouvelle. Ils ont fait réaliser une étude interne par leur groupe pour savoir si ce

rachat et cet accroissement de l'offre étaient vraiment pertinents. Les résultats de cette enquête ont alors montré que l'HPOP pouvait absorber le surplus d'activité sans aucun investissement nouveau en salles ou en lits. En réduisant sa DMS, l'HPOP pouvait virtuellement augmenter son nombre de lits et par le biais de l'exploitation des salles d'opérations 24h/24 la clinique de Trappes rentabilisait son bloc au maximum. Enfin selon, la clinique de Trappes, ce potentiel chirurgical ne devrait pas augmenter mais plutôt se stabiliser du fait de développement à l'avenir de techniques alternatives aux interventions chirurgicales et d'une plus grande médicalisation des traitements. Pour l'ensemble de ces raisons le volet chirurgical était selon les dirigeants de l'HPOP, d'entrée voué à l'échec.

La seconde faiblesse du projet dans son aspect chirurgical est d'avoir sous-estimé la concurrence. Celle-ci aurait été directe avec l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien. L'analyse des acteurs, procédée en première partie a mis en évidence la puissance de la clinique de Trappes, reliée a un groupe bien implanté sur la région ainsi que la volonté de la clinique de conserver sa prééminence sur la Ville Nouvelle. Il fallait donc s'attendre à une concurrence farouche entre les deux entités. L'HPOP, déjà implanté, doté en personnel et déjà crédibilisé partait avec une longueur d'avance, d'autant plus qu'il était soutenu par l'ensemble du groupe Hexagone à la différence de la SA de Gestion - Clinique Saint-Denis qui était isolée. Une erreur stratégique allait par ailleurs être commise par le GCS, puisque dans son volet chirurgical, le pôle de santé souhaitait développer un "SOS main" tandis que l'HPOP était en même moment en train de monter son pôle d'excellence chirurgical sur la main.

Un autre point a été négligé par les partenaires tant publics que privé, du GCS : le personnel. Le contexte actuel est plutôt à la pénurie de personnel tant médical que paramédical. Or le GCS pour tourner aurait eu à trouver 40 agents paramédicaux dont 17 infirmières, parmi lesquelles un certain nombre d'infirmières spécialisées (IADE IBODE) qui sont encore plus difficiles à trouver. De même pour les médecins, le CH devait en mettre à disposition pour les urgences et la clinique pour le bloc. Leur recrutement est contraint dans le cadre d'une démographie médicale très défavorable. Le mode d'organisation de la structure ainsi créée, n'aurait peut-être pas permis l'optimisation du temps médical que représentait leur mobilisation. De plus, il ne faut pas non plus oublier que le personnel de l'HPOP est soumis à une clause de non concurrence ce qui empêchait le GCS de débaucher du personnel de la clinique de Trappes. L'aspect du recrutement du personnel, n'était vraisemblablement pas un problème qui avait été tellement abordé lors de l'élaboration du projet. Or c'est un élément fondamental qui pouvait entraver le bon développement de la structure.

La localisation du pôle prête aussi à discussion. Sa mise en place sur Elancourt semblait à première vue idéale : Le GCS, n'aurait pas été implanté sur le Nord Est de la Ville Nouvelle qui est plutôt dans le bassin d'attraction du CHV et où il existe déjà une maison médicale. Mais, installé dans un quartier proche de la N 10, d'un accès aisé pour la population par la route comme par les transports en commun, il était aussi bien orienté par rapport à Rambouillet. Enfin il aurait pu à terme espérer recruter aussi sur Plaisir.

Cependant, malgré le caractère indéniable de tous ces avantages, le site du futur pôle de santé avait l'inconvénient de se trouver presque en face des "Pyramides", un important centre de consultations libérales. Dès l'annonce de l'implantation d'un pôle de santé devant une telle structure, le GCS s'est immédiatement mis à dos l'ensemble des médecins de ce centre. Une telle situation de concurrence avec un important centre de consultations privé n'aurait pas facilité le recrutement du personnel médical. Par ailleurs un certain nombre de médecins des "Pyramides" sont aussi des élus et risquaient de se mettre à lutter contre le projet sur le plan politique.

Enfin, dans ses fondements, même, le projet pâtissait d'une certaine incohérence. En effet, l'ARH a fait fermer sur le Mesnil-Saint-Denis une clinique chirurgicale active et réputée et elle autoriserait la réouverture d'une structure chirurgicale à quelques kilomètres de là ? Certes, la première n'était pas sur la Ville Nouvelle, mais tout de même, elle était sur une commune voisine. Par ailleurs, en terme de coûts, occuper les bâtiments de la clinique du Mesnil-Saint-Denis après les avoir rénovés n'aurait-il pas été plus économique et aussi plus rapide que de construire ex-nihilo un bâtiment entier ? Enfin, malgré les volontés du GCS de se référer au SROS, il faut reconnaître que les indications du SROS Ile-de-France sont plutôt à la concentration des plateaux techniques et notamment des salles opératoires plutôt qu'à l'ouverture de nouvelles salles et à leur dispersion.

Ainsi, pour justifier d'une nouvelle structure chirurgicale et d'un nouveau site, fallait-il que le GCS ait des arguments extrêmement forts. Or, ils ne sont pas toujours des plus solides.

Souvent, en terme de stratégie, on évoque le temps comme un allié. Or, en l'espèce, il a joué en défaveur du projet de pôle de santé de Saint-Quentin-en-Yvelines.

La clinique du Mesnil-Saint-Denis a été fermée en 2001. Depuis, médecins, personnels et clientèle se sont dispersés. A l'ouverture du pôle, il aurait fallu se battre pour retrouver du personnel et des patients. Coordonner la fermeture de la clinique avec l'ouverture du pôle aurait permis un commencement bien plus facile à ce dernier. Il aurait pu bénéficier des compétences médicales alors présentes et reconnues sur le Mesnil. Cet aspect outre le fait qu'il évitait d'avoir à rechercher du personnel, aurait permis au GCS de

démarrer avec un capital réputationnel et une image déjà existante. Il aurait moins eu à faire la preuve de ses compétences et cela aurait amélioré d'entrée son attractivité.

Avec le temps qui passe depuis la fermeture de la clinique du Mesnil-Saint-Denis, la démonstration a été faite que finalement l'activité a pu être absorbée par les structures existantes sans trop de difficultés. Dès lors, un pôle de santé aussi ambitieux sur la Ville Nouvelle n'avait peut-être plus vraiment de raison d'être...

La fermeture trop tôt de la clinique du Mesnil par rapport à l'ouverture du pôle de santé a été une faille stratégique de la SA de Gestion vis à vis de l'ARH. Elle aurait dû se battre davantage et négocier pour maintenir son activité jusqu'à l'ouverture du pôle. Les arguments existaient, (chute d'une offre déjà faible, problème d'accès au soins, dispersion du personnel...). En faisant coïncider la fermeture de la clinique du Mesnil avec l'ouverture du pôle de santé, les partenaires s'assuraient de la pérennité du soutien de l'ARH et de l'accélération du projet. Tandis qu'en octroyant une autorisation de 40 lits, limitée dans le temps, l'ARH ne s'engageait finalement pas tellement. Dès qu'elle a vu que l'activité pouvait être absorbée sans grande difficulté son soutien au pôle de santé a vite tourné court.

Ainsi, le temps a-t-il été un aspect véritablement destructeur du projet.

Malgré ces atouts, le projet était porteur de faiblesses que le temps n'a fait qu'accentuer. L'analyse des forces et des difficultés du pôle de santé va permettre maintenant de mieux comprendre le positionnement des acteurs extérieurs au projet et ainsi de mieux en saisir son devenir.

2. Des logiques externes divergentes entre les acteurs, n'ont pas non plus favorisé le lancement du projet.

a) les autres EPS craignent la concurrence du pôle

L'HPOP aurait été le premier touché par l'ouverture d'un pôle de santé sur la Ville Nouvelle. Il y aurait donc nécessairement eu une forte concurrence entre les établissements. L'HPOP aurait pu avoir recours à un certain nombre de moyens pour entraver le développement du pôle de santé et préserver ses parts de marché. (Clauses de non concurrence, aides diverses du groupe Hexagone...).

Un autre établissement pouvait être touché par la mise en place du pôle de Santé. Il s'agit du Centre Hospitalier de Versailles. Ce dernier voyant qu'une structure se montait sur la Ville Nouvelle pouvait craindre d'en être exclu. De même, il est possible que le CHV ait eu peur que ce GCS lui détourne un certain nombre de patients de la Ville Nouvelle. Le

Directeur du CH de Versailles, M. de Tovar avait donc fait part à l'administrateur du GCS, M. Bouffies de sa volonté d'intégrer le GCS.

Les motivations de l'hôpital de Versailles sont sensiblement les mêmes que celles du CH de Rambouillet : se rapprocher des populations, mieux répondre à certains besoins sanitaires, recruter davantage sur la Ville Nouvelle... Si le CH de Versailles souhaitait intégrer le GCS pour l'ensemble de ces raisons, ce ne pouvait être qu'un allié du GCS. Il pouvait participer à la promotion du projet auprès de la tutelle au côté du CH de Rambouillet et de la clinique du Mesnil-Saint-Denis. Un GCS regroupant les deux CH du Sud Yvelines ainsi qu'une clinique privée aurait aussi eu plus de poids dans les négociations auprès de la tutelle.

Toutefois, le CH de Versailles n'a pas vraiment proposé de projet pour sa participation au GCS, ni présenté ce qu'il pouvait concrètement apporter à la structure. On pourrait se demander finalement si le CH de Versailles ne cherchait pas à entrer dans le GCS pour pouvoir participer à son contrôle. Nous avons vu que le CHV connaissait un certain nombre de difficultés actuellement. Etant sur la défensive, il peut effectivement chercher à lutter contre ce qui pourrait réduire son recrutement et son activité. Dans cette optique il pouvait voir le GCS comme un concurrent et donc chercher à le maîtriser. Si c'est donc la crainte et non l'envie de travailler ensemble qui motivait l'entrée du CHV au sein du GCS il est possible que cela ait pu nuire au bon développement du pôle de santé.

L'attitude du CH de Versailles était donc ambiguë, vis à vis du GCS. Une fois en son sein, si le CHV pouvait renforcer la légitimité du GCS, il pouvait aussi en entraver son évolution.

b) Des élus partagés sur l'intérêt du projet

Le maire de Rambouillet, M.Larcher était en favorable à ce projet et son soutien pouvait aider à la réalisation du pôle de santé. Pour autant, il n'avait pas l'intention de pousser au lancement du projet, s'il s'avérait que trop de paramètres y étaient défavorables et que l'apport du GCS sur la Ville Nouvelle n'était pas si important que prévu. Aussi, il était peu probable que M. Larcher intervienne directement auprès des tutelles pour pousser le projet si l'ARH venait à retirer son soutien pour des raisons légitimes d'organisation des soins et d'intérêt général. Par contre, M. Larcher pouvait aider le projet en faisant sa promotion auprès des élus de Saint-Quentin-en-Yvelines et par la même aider le Centre Hospitalier de Rambouillet à nouer des contacts politiques favorables sur la Ville Nouvelle. De même, le maire de Rambouillet pouvait intervenir pour défendre le GCS si des élus de Saint Quentin venaient à utiliser le champ politique et

utiliser leurs réseaux pour faire échouer le projet afin de satisfaire leurs intérêts particuliers.

M. Larcher a été un relais important dans les relations entre le Maire d'Elancourt, M. Fourgous et le Centre Hospitalier de Rambouillet. C'est M. Larcher qui a présenté pour la première fois à M. Fourgous le projet d'implanter un pôle de santé sur la Ville Nouvelle. Le Maire d'Elancourt, s'est vite montré très intéressé par le projet et a proposé un terrain pour cet éventuel pôle. Ce terrain situé sur la commune d'Elancourt était une bonne nouvelle pour le GCS. Sa situation comme nous l'avons vu était globalement satisfaisante tant du point de vue de l'accessibilité par rapport à la N 10, aux gares et au CH de Rambouillet. M. Fourgous, qui souhaitait attirer depuis quelques temps des activités sanitaires sur le territoire de sa commune est donc vite devenu un allié du projet aux côtés de M. Larcher. Ils allaient devoir faire face à un certain nombre d'élus défavorables au projet.

La présence de M. Fourgous au sein du SAN de Saint-Quentin-en-Yvelines était un atout pour faire emporter l'adhésion du projet aux instances de la Ville Nouvelle et à son président, M. Cadalbert, qui rappelons le, est aussi le vice président du Centre Hospitalier de Versailles. Il fallait en effet convaincre d'une part les élus qui auraient bien voulu que la structure s'installe plutôt sur leur commune et d'autre part faire face aux élus opposés à la mise en place du projet. Parmi les premiers il est possible de citer M. Abou, sénateur Maire de Montigny. Sa commune était en effet pressentie au départ pour l'installation du pôle de santé, puis, il s'est avéré que Montigny, situé au nord de la Ville Nouvelle était davantage dans l'aire d'influence du CHV et que la commune était déjà dotée d'une maison médicale. Le projet s'est donc reporté sur Elancourt. Mais il semblerait que le Maire de Montigny n'en ait pas été très satisfait. Par ailleurs M. About était plus favorable à la construction d'une structure plus importante et plus traditionnelle, du type polyclinique qu'à la mise en place d'un pôle de santé plutôt expérimental. Par ailleurs, il fallait rallier au projet M. Cadalbert, Président du SAN et vice-président du CHV. Ce dernier n'était pas fondamentalement défavorable au pôle de santé, mais adoptant la position du CHV, il craignait une certaine concurrence et souhaitait qu'à terme, l'hôpital de Versailles soit associé au pôle de Santé.

La seconde catégorie d'élus, pour le coup défavorables à l'implantation d'une structure de soins sur la Ville Nouvelle a été plus difficile à cerner. Animés, peut-être par la défense d'intérêts particuliers auxquels la mise en place du pôle de santé aurait porté préjudice, certains professionnels de santé libéraux, dépositaires de mandats de conseillers municipaux de communes de la Ville Nouvelle auraient essayé discrètement de saper le projet. Il n'est pas aisé de préjuger de leur impact et de leur pouvoir d'influence et de nuisance. Je n'ai pu m'en rendre compte par moi-même, toutefois leur existence m'a bien été précisée lors de différents entretiens.

Pour terminer l'analyse de la position des élus vis à vis du projet, il convient de faire référence aux maires des communes alentour et notamment à ceux de Versailles et du Mesnil-Saint-Denis.

M. Pinte, Député Maire de Versailles, ne serait a priori pas défavorable à l'installation d'un pôle de santé sur Saint-Quentin-en-Yvelines, mais il souhaitait que le Centre Hospitalier de Versailles en fasse partie à terme.

Quant à M. Créno, Maire du Mesnil-Saint-Denis, il n'était guère favorable à l'ouverture d'une structure sur Saint-Quentin-en-Yvelines après que l'on ait fermé une clinique sur sa commune. Son indignation est compréhensible et il n'est en effet a priori pas très logique de fermer une structure pour en construire une autre quelques kilomètres plus loin. M. Créno tente par conséquent de faire revenir ou maintenir un certain nombre d'activités sur l'ancienne structure de la clinique du Mesnil-Saint-Denis. A cet égard il aimerait bien que soit organisé sur sa commune des consultations avancées du CH de Rambouillet ainsi que des consultations sans rendez-vous, finalement, à l'instar du volet public du GCS.

Le caractère politique du projet et les intrigues autour de sa promotion ou de son échec ne peuvent être négligés même si, en l'espèce, ce ne sera vraisemblablement pas le politique qui aura le dernier mot et décidera de sa concrétisation ou non. Le politique joue ici à la marge : procuration d'un terrain, participation à la communication autour du projet, mobilisation des réseaux...mais ce sera véritablement la tutelle qui rendra possible ou pas la réalisation du pôle de santé.

c) La tutelle partagée elle aussi sur la question

La DDASS des Yvelines s'est assez vite montrée favorable au projet. Par ailleurs le GCS, a trouvé en M. Alegoët, le Directeur de la DDASS, un allié important. Soucieux d'améliorer l'offre de soins sur la Ville Nouvelle, et voyant qu'un projet original et ambitieux essayait de se mettre en place sur Saint-Quentin-en-Yvelines, le Directeur de la DDASS a apporté son soutien aux deux partenaires. Ainsi, s'intéressant de près à l'évolution du projet, il en a notamment fait la promotion auprès de l'ARH. Pour autant, la position de l'ARH vis à vis du projet n'a pas été très claire, du moins jusqu'en 2003.

L'ancien Directeur, M. Coudreau avait pour mission de restructurer l'offre privée en Ile-de-France. Dans cette perspective la clinique du Mesnil-Saint-Denis, vétuste et qui ne répondait plus aux normes, devait fermer. Il n'est pas facile de déterminer qu'elle était alors la stratégie de l'ancien DARH vis à vis du pôle de santé. Son autorisation de 40 lits

de chirurgie était-elle une autorisation en trompe l'œil ? Sachant que 40 lits de chirurgie seraient très difficiles à rentabiliser, l'ARH ne s'engageait guère en accordant cette autorisation. Était-ce alors un geste pour adoucir la fermeture de la Clinique du Mesnil-Saint-Denis. C'est fort possible. Pour autant, l'ARH était-elle déjà opposée à la création d'un pôle de santé public-privé sur la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines ? Ce n'est pas vraiment certain et sur ce point, deux scénarii peuvent être envisagés.

Le premier serait pour le moins machiavélique de la part de l'ARH. Opposée au projet dès le départ, elle aurait laissé planer le doute quant à ses intentions, afin de fermer sans heurts la clinique du Mesnil-Saint-Denis. Cette stratégie n'est pas impossible. La fermeture d'une structure n'est jamais simple pour une ARH. Elle doit faire face à l'opposition des dirigeants, des personnels, de la population et bien sûr des élus. Faire croire à ses interlocuteurs qu'une autre structure va s'ouvrir à côté facilite les négociations. Et effectivement, l'ARH n'a pas eu à faire face à une très forte opposition et la fermeture a pu être arrachée contre les 40 lits de chirurgie à implanter sur une autre structure du secteur. Ce "cadeau" de 40 lits permettait ainsi à la SA de Gestion Clinique Saint-Denis de ne pas sortir dépouillée des négociations avec l'ARH et de lui donner une sortie honorable. Par ailleurs, par cette autorisation l'ARH a pu laisser croire aux partenaires sans finalement s'engager qu'elle était favorable au projet. Elle montrait en même temps à l'ensemble des acteurs de la région sa bonne volonté à encourager les initiatives originales de coopérations public/privé, ce qui favorisait son image. Sachant dès le départ que 40 lits seraient très difficiles à rentabiliser, il est possible de penser que l'ARH misait sur le fait que le partenaire privé finirait par refuser tout seul d'implanter les lits sur le secteur. Dès lors, le projet aurait fini par se saborder de lui-même sans que l'ARH n'ait à y apposer son veto. L'Agence aurait pu affirmer qu'elle n'y était pour rien dans cet échec n'ayant pas eu formellement à s'opposer au projet, mais ayant au contraire voulu le favoriser comme le prouvait l'autorisation qu'elle avait accordée au GCS... En somme, grâce à ce « cadeau empoisonné » l'ARH aurait amélioré son image, elle aurait fermé le Mesnil en douceur, et coulé habilement le projet d'ouverture d'une nouvelle structure.

A ce scénario d'ARH habile manipulatrice, il est possible d'en opposer un autre, moins machiavélique et plus pragmatique, qui me semble plus proche de la réalité. Dans ce second scénario, l'ARH souhaitait toujours fermer sans heurts la clinique du Mesnil, mais elle n'était pas forcément contre l'ouverture d'une structure alternative, publique-privée sur la Ville Nouvelle. Ce qui caractérise alors l'Agence dans ce scénario, c'est son pragmatisme. Si elle venait à se rendre compte qu'il y avait effectivement un besoin sur la Ville Nouvelle et que le projet original monté par la SA de gestion et le CH de Rambouillet pouvait le combler, alors elle aurait certainement apporté son soutien. Par contre si l'ARH estimait finalement à l'usage que les besoins de la Ville Nouvelle ne nécessitaient pas une

nouvelle structure et que le projet de GCS était surdimensionné, elle le lâchait en temps voulu. Le succès d'une telle stratégie nécessitait que l'ARH maintienne une position floue quand à son engagement. Une fois encore, les 40 lits témoignaient de sa bonne volonté de laisser les partenaires monter un projet. Mais, en même temps comme l'ARH n'apportait pas de soutien direct au GCS, sa position était réversible. La fermeture anticipée du Mesnil par rapport à l'ouverture du pôle de santé permettait concrètement à l'Agence de voir si la situation en terme d'offre de soins devenait critique sur la Ville Nouvelle et donc, si le GCS était légitime. Ainsi, voyant que les structures existantes étaient parvenues à absorber le surplus d'offre créé par la fermeture du Mesnil, l'opinion de l'ARH sur le GCS était faite. Elle pouvait clairement annoncer aux partenaires qu'elle ne soutiendrait plus leur projet. De plus, la clinique du Mesnil étant fermée de puis 2001, il n'y avait plus lieu de craindre une forte mobilisation. Dans cette stratégie, c'est l'incertitude quant aux besoins réels de la population qui guide l'attitude pragmatique de l'ARH. Là aussi, l'ARH était largement gagnante. En laissant planer le doute quant à l'ouverture éventuelle d'une nouvelle structure sur la Ville Nouvelle, elle parvenait à fermer facilement la clinique du Mesnil-Saint-Denis tout en sachant qu'elle pourrait tirer bénéfice de l'ouverture d'une structure de coopération originale mais aussi retirer aisément son soutien au GCS s'il ne s'avérait plus pertinent. Il est en effet plus facile de clore une structure non encore ouverte qu'une structure déjà ouverte.

Que ce soit, l'une ou l'autre des stratégies qui aient voulu être menées, c'est finalement le nouveau Directeur de L'ARHIF, M.Ritter qui a eu à annoncer le refus de l'agence de soutenir le GCS.

Les partenaires du GCS, pour finaliser leur projet souhaitaient que l'ARH finisse par dévoiler sa position qu'elle soit positive ou non et ainsi la mettre devant ses responsabilités. Ils espéraient bien sûr que l'Agence leur accorde clairement son soutien, mais quoiqu'il en soit, qu'elle sorte au moins de son mutisme. Ainsi, le 10 juin 2003, M. Ritter a sorti l'agence de son louvoisement en annonçant très clairement aux partenaires qu'il ne soutiendrait pas le projet. Il a d'ailleurs opposé au projet un certain nombre de faiblesses déjà mises en exergue dans la partie précédente.

En premier lieu, il a rappelé que les objectifs actuels étaient au recentrage des structures et non pas à leur éparpillement. Cela était encore plus valable pour les plateaux techniques où des économies d'échelles étaient recherchées. Il a ensuite immédiatement mis le doigt sur les difficultés de recrutement auxquelles la structure aurait à faire face. Selon lui, elle serait difficilement capable d'attirer le personnel suffisant à son bon fonctionnement. Enfin il met en doute le caractère rentable de l'activité pour le partenaire privé. Pour autant, si l'ARH n'accorde en aucun cas un soutien financier pour le

partenaire privé, elle ne peut concrètement guère s'opposer davantage à ce volet du fait que les autorisations ont été données et qu'elles sont valables jusqu'en 2004.

C'est sur le volet public que l'ARH a véritablement le pouvoir de bloquer le projet. L'ARH a clairement annoncé au Centre Hospitalier de Rambouillet que si celui-ci veut mettre en place des consultations sans rendez-vous et des consultations avancées sur le Mesnil-Saint-Denis ce sera avec sa dotation et son personnel actuel. L'ARH ne financera pas le projet. Or, comme tous les hôpitaux, Le Centre Hospitalier de Rambouillet a déjà des difficultés à fonctionner avec son niveau de personnel et de budget, il est évident, qu'il n'aurait guère pu mettre à disposition du GCS du personnel de l'hôpital sans crédits nouveaux. D'autant plus que le projet était ambitieux : des urgentistes public, des infirmières, une assistante sociale, des secrétaires... Il fallait rappeler le, une participation de près de 1,9 million d'euros annuels de la part du CH pour le volet public du GCS. Sans l'aide financière de l'Agence, ce projet tel qu'il était envisagé n'était pas faisable.

Avec, un volet privé non rentable et un volet public non financé, le pôle de santé n'était définitivement plus réalisable. Qu'advient-il alors de la coopération sur Saint Quentin et du GCS ?

Le volet chirurgical va être abandonné. Les 40 lits vont sans doute disparaître puisque l'autorisation tombe en 2004 si les lits ne sont pas installés.

Le volet public quant à lui doit être redimensionné s'il veut voir le jour. En premier lieu, il n'y aurait plus recours à la construction d'une structure neuve mais plutôt de s'installer dans des locaux existants. Il est ainsi envisagé de s'installer à ... la clinique du Mesnil-Saint-Denis. Comme il a été vu, le Maire était très désireux de maintenir des activités au sein de cette structure qui n'était finalement pas si mal placée par rapport à la Ville Nouvelle. Toutefois le projet d'installation du CH de Rambouillet ne serait pas aussi ambitieux que le volet public de l'ex-pôle de santé. En effet le CH doit pouvoir l'assumer seul ou alors le réviser fortement à la baisse afin de pouvoir présenter une petite demande de subvention à l'ARH.

A ce jour, le CH de Rambouillet a déjà mis en place des consultations avancées sur le site du Mesnil-Saint-Denis. Ainsi, un certain nombre de praticiens se rendent sur le Mesnil-Saint-Denis afin de préparer des opérations et des hospitalisations sur le CH. Ce centre de consultations avancé ne requiert pour l'instant pas énormément de moyens : un mi-temps de secrétaire, mais il pourrait être appelé à se développer. Par la suite, le CH de Rambouillet, envisage peut être d'y mettre en place des consultations sans rendez-vous.

Quant au GCS Sud Yvelines qui devait servir de cadre au pôle de santé, va-t-il disparaître du fait de la disparition de son objet ? Ce n'est pas si sûr, car les difficultés d'accès aux soins demeurent pour la population. Une réponse doit pouvoir y être apportée et c'est avec un nouveau partenaire que le CH de Rambouillet va le faire.

III. UNE REORIENTATION STRATEGIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE RAMBOUILLET VERS UNE DEMARCHE INCREMENTALE AVEC L'HOPITAL PRIVE DE L'OUEST PARISIEN.

A. L'émergence d'un nouveau partenaire privé pour le Centre Hospitalier de Rambouillet.

1. Vers une "coopération conflictuelle" avec l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien ?

a) La modification du "champ d'influences".

Selon les experts en stratégie, les modifications de l'environnement appelé aussi "champ d'influence" ont un rôle déterminant dans l'évolution des stratégies des acteurs évoluant au cœur de ce champ.

Le champ d'influence n'est pas une donnée stable, mais en permanente évolution. Il est traversé en continu par des flux de nouvelles informations, de nouvelles connaissances, ainsi qu'en l'espèce par le renouvellement des problèmes de santé de la population que le système doit prendre en charge. De plus, l'évolution des positions relatives des acteurs au sein du champ d'influence modifie ce dernier. L'interaction de l'ensemble de ces données est à l'origine de mutations structurantes pour les établissements de santé, acteurs du champ d'influence en mouvement. Ces mutations vont alors définir une trajectoire d'évolution de l'hôpital au sein de son environnement. Dès lors pour être réactif et améliorer sa position relative au sein de son champ, l'hôpital est contraint de faire évoluer ses stratégies en fonction des variations du champ.

C'est ainsi ce qui s'est passé pour le Centre Hospitalier de Rambouillet au sein du Sud Yvelines. Une évolution du champ d'influence et de ses acteurs a nécessité une réorientation stratégique de la part du Centre Hospitalier.

De nombreux éléments ont fait évoluer le contexte depuis l'élaboration du premier projet sur la Ville Nouvelle.

Il est en premier lieu apparu, et c'est ce qui a fait échouer le pôle de santé, que les besoins sanitaires de la population de Saint-Quentin-en-Yvelines, n'étaient pas si

prégnants qu'au premier abord. A la décharge des partenaires du GCS, ce point était loin d'être évident. Comme nous l'avons vu en première partie de très nombreux éléments donnaient à penser avant 2001 qu'avec la fermeture d'une structure importante comme le Mesnil-Saint-Denis, il allait y avoir une demande non satisfaite sur la Ville Nouvelle et donc qu'un pôle de santé aurait pu être tout à fait pertinent. Aujourd'hui, en 2003, la démonstration a été faite que les structures existantes avaient pu absorber ce surcroît de demande. Par conséquent la stratégie du CH de miser sur un pôle de santé n'était plus adaptée.

Le second élément nouveau du champ d'influence est la quasi disparition du partenaire privé, la SA de Gestion Clinique du Mesnil. En effet suite à l'abandon du projet de pôle de santé, il apparaît que M.Dalbis se concentrerait plutôt sur le secteur Nord Yvelines où il dirige d'autres cliniques. Par conséquent disparaît du champ d'influence un acteur autrefois important. Il ne reste donc plus que l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien comme établissement de santé sur la Ville Nouvelle et donc comme partenaire potentiel.

D'ailleurs, un certain nombre de changements ont également eu lieu à l'HPOP. Un nouveau directeur a été nommé depuis deux ans et les relations qui ont pu être tendues avec le Centre Hospitalier de Rambouillet s'améliorent réellement. De plus, le refus du GCS de persévérer dans le projet de pôle de santé ne peut que satisfaire l'HPOP.

En ce qui concerne la situation du CH de Rambouillet, les données ont évolué depuis 1994, date à laquelle, le SROS préconisait un rapprochement avec l'HPOP. A cette époque, le CH de Rambouillet en position de faiblesse, avait préféré un rapprochement avec le CH de Dourdan. En 2003, le contexte n'est plus du tout le même, Le CH de Rambouillet est un hôpital en expansion, porteur d'un futur plateau technique performant, il n'a plus à craindre d'alliance avec une clinique privée dynamique.

Si certains éléments ont fait évoluer le champ d'influence du Sud Yvelines, d'autres au contraire demeurent identiques. Ainsi, le Centre Hospitalier de Rambouillet n'a pas abandonné son souhait d'améliorer son recrutement sur la partie Nord de son bassin de population, c'est à dire principalement l'ensemble des communes autour de la N 10 situées de Rambouillet à Trappes.

De même, s'il est vrai qu'un pôle de santé sur la Ville Nouvelle était peut être un peu ambitieux au regard des besoins de la population, il n'en demeure pas moins que l'accessibilité des établissements publics depuis Saint-Quentin-en-Yvelines ne s'est pas améliorée. Il y aurait donc toujours un effort à faire pour améliorer la prise en charge des populations de ce secteur.

Pour demeurer en adéquation avec son champ d'influence, le Centre Hospitalier de Rambouillet a cherché à modifier sa stratégie sans pour autant remettre en question

ses motivations fondamentales : c'est à dire d'une part, améliorer l'offre de soins sur l'agglomération de la Ville Nouvelle et d'autre part renforcer le recrutement du CH au nord de son bassin de population. L'évolution récente du contexte tend à porter le CH de Rambouillet vers l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.

b) Vers une "coopération conflictuelle" entre le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien et le Centre Hospitalier de Rambouillet sont aujourd'hui les deux seuls établissements de santé MCO sur le Sud du département des Yvelines. Un certain nombre d'éléments tendent aujourd'hui à leur rapprochement.

Nous venons de le voir, le champ d'influence à évolué. L'HPOP est aujourd'hui le seul interlocuteur privé possible sur la Ville Nouvelle pour le CH de Rambouillet. Par ailleurs les relations qui ont pu être tendues entre les deux établissements ne sont aujourd'hui plus les mêmes. Ainsi un faisceau d'éléments pousse ces deux établissements à travailler ensemble.

Distants de 20 kilomètres, L'HPOP et le CH de Rambouillet disposent de bassins de populations qui, s'ils ne sont pas identiques, se chevauchent (bassins de vie numéros 15 au nord et 23 au Sud). Les communes d'Elancourt, Trappes, La Verrière, Le Mesnil-Saint-Denis, Maurepas, Coignières font partie des bassins d'attraction des deux établissements. Par conséquent, il n'est pas rare, que l'HPOP et le CH de Rambouillet aient des patients en commun.

En outre, il apparaît que les deux hôpitaux disposent aussi de médecins exerçant dans les deux structures. Par exemple un médecin urologue travaille à la fois sur l'hôpital de Rambouillet et sur la clinique de Trappes.

La proximité et les liens entre ces deux établissements est telle qu'ils ne peuvent vraisemblablement pas se développer dans l'ignorance de l'autre. Concernant leurs relations, et eu égard au contexte, il semble que seuls deux scénarii opposés peuvent être envisagés. Soit les établissements sont en conflits et mènent entre eux une concurrence sans merci, soit ils cherchent à s'entendre. En effet, une situation intermédiaire d'ignorance réciproque semble difficile à tenir dans la durée, vu les liens qui unissent ces deux structures.

Le premier scénario où les deux acteurs se disputent le recrutement et se font une concurrence forte a sans doute été mené dans les années 1990. Rappelons qu'à l'époque les deux établissements ont refusé de travailler ensemble malgré les recommandations

du SROS Ile-de-France 1994-1999. L'HPOP souhaitait obtenir l'appellation SAU pour son service d'urgences. Le CH de Rambouillet en développant une coopération avec Dourdan a empêché que l'HPOP obtienne son appellation SAU puisque c'est la Communauté d'Etablissement Dourdan / Rambouillet qui est devenue SAU.

Depuis ces années là et jusque récemment, les deux établissements ont recherché une voie médiane. Celle que l'on pourrait appeler la "coexistence pacifique". Ainsi, les deux structures se sont plutôt ignorées. Chacun a travaillé de son côté et a réduit au strict minimum ses contacts avec le voisin. Cette période 1997-2002 correspond au développement des relations entre Rambouillet et Dourdan. Le CH de Rambouillet portant ainsi ses efforts sur l'Est de son bassin de population, s'est moins tourné vers le nord de son bassin de population c'est à dire vers la Ville Nouvelle et vers l'HPOP, ce qui a permis aux deux établissements de vivre sans grands contacts l'un avec l'autre et en relatif isolement. A partir des années 2000, avec la mise en place prochaine du futur hôpital et de son plateau technique élargi, le CH s'est rendu compte qu'il devait renforcer ses efforts vers le Nord et vers la Ville Nouvelle afin qu'il puisse améliorer son recrutement.

Ainsi en décidant de se tourner vers le Nord, la situation d'isolement entre les deux établissements ne pouvait plus être maintenue. Il allait falloir de nouveau choisir entre concurrence ou coopération. Or, à ce moment, la clinique du Mesnil-Saint-Denis, est venue solliciter la coopération du CH de Rambouillet sur la Ville Nouvelle. Comme il a été vu précédemment la mise en place d'un pôle de santé sur Saint-Quentin-en-Yvelines entre Rambouillet et le Mesnil aurait immédiatement relancé le schéma de concurrence avec l'HPOP et pour l'occasion, ce dernier aurait été plutôt en position de force.

Toutefois, les dirigeants de l'HPOP et du CH de Rambouillet, se sont rendu compte qu'une lutte entre leurs deux structures n'était ni profitable tant pour la population que pour eux-mêmes. En effet, pour la population, deux établissements proches et forcément liés l'un avec l'autre qui s'ignorent ou pire, cherchent à se nuire ne peut finalement que porter préjudice à la prise en charge des patients. De même pour ces établissements, refuser de coopérer c'est du même coup refuser un grand nombre de synergies qui pourraient profiter aux deux structures.

Par conséquent, et avant même que n'échoue le pôle de santé, les dirigeants des deux établissements ont cherché à rouvrir le dialogue. Mais, c'est sans doute l'abandon du volet chirurgical du GCS et le retrait de la clinique du Mesnil-Saint-Denis qui a vraisemblablement scellé leur rapprochement.

L'étude des relations entre le CH de Rambouillet et l'HPOP est intéressante en ce qu'elle révèle un cheminement vers ce que la doctrine stratégique appelle une "coopération conflictuelle". Les acteurs n'ont finalement d'autre choix que de coopérer.

Une fois que chacun s'est rendu compte que le conflit et l'absence de dialogue n'est profitable à personne, il reste la coopération.

La coopération conflictuelle est un concept développé par Fridberg en 1993. Il concerne des acteurs situés dans un même champ. Ces derniers vont développer simultanément des stratégies de coopération et de concurrence afin d'accroître leur autorité et leur contrôle sur les ressources critiques du champ. En l'espèce, le CH de Rambouillet et l'HPOP ont besoin de travailler ensemble pour renforcer leurs positions réciproques dans le système local de soins. Toutefois, si chacun est bien persuadé que la coopération vaut mieux que le conflit, cela n'exclut pas qu'il y ait concurrence sur certains segments entre les acteurs. celle-ci est de toute façon inévitable et la coopération permet de l'encadrer.

2. Les intérêts multiples d'une telle coopération.

Cette coopération est avant tout un gain pour les patients, mais elle intéresse aussi les structures en terme d'organisation.

a) Coopérer afin d'améliorer l'offre de soins sur le secteur.

Deux structures de soins qui s'ignorent sur un même bassin de vie ne peut qu'être néfaste à la prise en charge et au suivi des patients.

En l'absence d'accords entre les structures, la prise en charge des patients n'est pas toujours optimale. Ainsi la consultation et le transfert d'information des dossiers des patients pourraient être améliorés entre les deux établissements puisque certains patients sont suivis par les deux hôpitaux. Aujourd'hui, si une personne habituellement traitée à l'HPOP est admise aux urgences à Rambouillet, le personnel des urgences ne pourra consulter rapidement le dossier médical.

Une autre difficulté à laquelle les patients de Saint-Quentin-en-Yvelines et même de Rambouillet sont souvent confrontés, est celle d'être transférés loin de chez eux, généralement sur les centres parisiens. Or, pour certaines disciplines une meilleure entente et organisation entre Trappes et Rambouillet permettraient de maintenir un certain nombre de patients près de chez eux. Ainsi, pourraient être mis en place des transferts de patients entre les deux structures en fonction de leurs pôles de compétences respectifs. On peut imaginer ainsi que les patients arrivant aux Urgences de Rambouillet ou de Trappes puissent être redirigés sur l'un ou l'autre établissement en fonction de la nature de la prise en charge. Par exemple, Trappes pratique de la neurochirurgie, il n'est donc pas nécessaire (dans le libre choix du patient bien sûr) d'envoyer le malade sur les

grands centres parisiens si une prise en charge de proximité et de qualité peut être assurée. A l'inverse, Trappes peut décider de transférer en priorité des patients sur Rambouillet au lieu que le CH de Rambouillet ne soit qu'un endroit de transfert parmi d'autres.

Afin d'améliorer l'accessibilité des soins en Ville Nouvelle de même que sur Rambouillet, il pourrait être envisagé de pratiquer des échanges de professionnels entre les deux structures. Trappes pourrait par exemple développer des activités sur le site du CH de Rambouillet et à l'inverse ce dernier pourrait réaliser des consultations avancées sur Trappes ou bien déporter une antenne de son SMUR en tenant compte des autorisations en ce domaine.

Par ailleurs, il a été constaté que les populations qui cumulent plusieurs handicaps dans les domaines tels que l'emploi, le logement, la protection sociale, la santé, recourent peu aux médecins de ville et reçoivent rarement des soins préventifs. L'hôpital est par conséquent souvent l'unique solution, la plupart du temps dans le cadre d'un passage aux urgences. Or, on ne constate pas les mêmes comportements d'accès aux soins et de prévention selon la composante socio-économique des bassins de vie. Cette dichotomie est un fait important pour les professionnels de l'urgence, car elle n'induit pas les mêmes réflexes ou les mêmes enjeux. Un rapprochement de Trappes et de Rambouillet sur les urgences permettrait le développement de synergies intéressantes sur la prise en charge des personnes en difficultés sur la Ville Nouvelle. Ainsi l'instauration de filières de soins reliant Trappes à Rambouillet seraient l'occasion de renforcer les liens de cette population avec l'hôpital et la santé. Un rapprochement serait aussi pertinent du fait des faibles capacités d'hébergement d'urgence, du peu de centres d'hébergement et de réadaptation d'urgence sur ce secteur.

Les deux établissements de santé que sont l'HPOP et le CH de Rambouillet sont, somme toute, des structures de taille moyenne. A eux seuls ils ne peuvent proposer un certain nombre de services aux patients de la zone. On peut imaginer qu'en coopérant plus étroitement, les deux établissements atteignent une masse critique qui leur permette de développer de nouvelles activités d'obtenir des autorisations ou encore d'amortir du matériel spécifique. A ce sujet il pourrait être envisagé de développer à deux une activité de radiothérapie, activité largement sous développée sur le département des Yvelines comme en témoigne d'ailleurs le SROS.

Il est par conséquent nettement visible qu'en de nombreux aspects, le développement de coopérations entre l'HPOP et le CH de Rambouillet ne peut que profiter à la population du secteur. Cette nouvelle orientation de la coopération public / privé du CH de Rambouillet sera une forme de réponse aux difficultés d'accès aux soins

différente de celle du pôle de santé. Elle sera peut être moins directement visible en terme d'image et de lisibilité pour la population, pour autant il existe un réel potentiel de synergie entre les établissements et une coopération approfondie devrait pouvoir bien améliorer l'offre sur le secteur, et à un coût cette fois ci moindre que celui d'un pôle de santé.

Profitable aux populations, cette coopération le sera aussi sans conteste aux organisations.

b) un développement complémentaire fondé sur des intérêts communs.

L'une et l'autre structure vont bénéficier de retours positifs de cette coopération sur leur organisation. Chacune a effectivement des intérêts bien réels et bien évalués à retirer de cette coopération.

Le Centre Hospitalier de Rambouillet n'a pas abandonné sa volonté d'améliorer son recrutement sur la Ville Nouvelle. Néanmoins, considérant le contexte de Saint-Quentin-en-Yvelines, il vaut mieux que le CH dispose d'un allié puissant s'il veut pénétrer davantage ce bassin. En l'occurrence, en s'associant avec l'HPOP, le CH de Rambouillet transforme celui qui aurait pu être son principal concurrent en un allié de poids. En effet, se présentant aux côtés de l'HPOP sur la Ville Nouvelle, le CH pourra immédiatement bénéficier des réseaux formels et informels que la clinique de Trappes a tissés dans son environnement. Par exemple des réseaux formels réalisés avec des associations locales mais encore tous les réseaux informels avec les médecins et professionnels libéraux du secteur. Le soutien de l'HPOP devrait ainsi permettre une intégration réussie et facilitée sur cette zone pour le CH de Rambouillet.

Pour des raisons explicitées plus loin, il apparaît que l'HPOP souhaiterait partager ses urgences avec celles de Rambouillet. Une telle mise en commun intéresse au premier chef le CH de Rambouillet et ce pour plusieurs raisons (outre celle de santé publique). En premier lieu, par ce système, le CH devrait pouvoir récupérer de l'activité sur la Ville Nouvelle et par ce biais imposer davantage son image et sa réputation sur le secteur. Mais surtout, en second lieu, en mettant ses urgences en commun avec celles de Trappes, le CH n'aurait plus aucune difficulté à légitimer son appellation de SAU. En effet il va être mis fin au SAU alterné entre Dourdan et Rambouillet. Dourdan deviendrait UPATOU et Rambouillet resterait SAU. Mais la question se pose de savoir si Rambouillet pourra rester SAU longtemps. En effet déjà en 1994 des regroupements étaient

souhaités. Si Dourdan a pu maintenir son SAU avec Rambouillet jusqu'en 2003 il est aujourd'hui contraint à devenir une UP. Le CH de Rambouillet sera-t-il aussi de nouveau menacé dans quelques années ? En effet, le nombre de passages au urgences n'est pas énorme (32000 passages) et le SMUR n'effectue qu'une à deux sorties par jour en moyenne. De plus le CH peut difficilement en l'état actuel des choses améliorer le recrutement de son SMUR. Son développement est en quelque sorte bloqué sur le Nord de Rambouillet puisque la zone d'intervention SMUR de Rambouillet s'arrête aux portes de Coignières, soit à peine à dix minutes du CH. Ainsi, bien que la zone située de Rambouillet à Trappes soit dans le bassin de population du Centre Hospitalier de Rambouillet, celle-ci est couverte par le SMUR de Versailles. Le CH de Rambouillet perd donc en recrutement toutes les interventions SMUR effectuées sur cette zone, car généralement le SMUR de Versailles ne transfère pas les patients sur Rambouillet, même s'il vient à intervenir à proximité et les ramène plutôt sur Versailles.

Mises à part les tractations inter-établissements concernant leurs zone d'influence, cet exemple met en valeur une certaine forme d'aberration de la prise en charge des patients sur la zone. Par exemple, un patient ayant un infarctus à Coignières et appelant le SAMU 78, sera pris en charge par le SMUR de Versailles qui devra parcourir 30 kilomètres de zone urbaine sur un réseau généralement encombré pour venir le secourir, alors qu'à 10 kilomètres de là il pourrait être pris en charge par le SMUR de Rambouillet.

Depuis quelques années, le CH tente de remédier à cette situation et demande à ce que sa zone SMUR soit élargie jusqu'à Trappes. Ensemble, la clinique de Trappes et le CH de Rambouillet développeraient une activité qui légitimerait sans difficulté l'appellation SAU. Ils réaliseraient un des plus forts passages du département et l'implication plus importante du CH de Rambouillet sur la Ville Nouvelle du fait de ses urgences partagées avec la clinique de Trappes lui permettrait certainement d'obtenir le re-découpage tant souhaité des zones SMUR en sa faveur sur la Ville Nouvelle.

On perçoit donc mieux l'intérêt du CH de Rambouillet d'obtenir une taille critique pour ses urgences et donc l'intérêt de s'allier avec Trappes sur ce point, d'autant plus que l'HPOP doit lui aussi faire face à un autre problème, qui pourrait être résolu par le biais d'une mise en commun des urgences.

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien est un établissement à but lucratif. Ses dirigeants ont des objectifs financiers qu'ils doivent réaliser. Or la rentabilité de la Clinique de Trappes est amoindrie par certaines activités coûteuses et rapportant peu à l'établissement. En l'espèce, il s'agit principalement du service des urgences de l'HPOP. Rappelons que la clinique de Trappes est la seule à offrir un service d'accueil des urgences sur l'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines. Par conséquent elle enregistre un nombre de passages très élevé (près de 40 000). Il apparaît que la

compensation financière ne couvre pas les frais liés à l'exploitation du service. Ainsi, selon son Directeur l'HPOP perdrait en moyenne 7.5 euros par passage. Ceci vient peser et réduire les résultats de la clinique. Par conséquent, les dirigeants souhaiteraient isoler financièrement le service des urgences du reste de la structure afin d'améliorer les ratios de l'établissement. Pour se faire, l'HPOP serait heureux que ses urgences soient mutualisées avec celles de Rambouillet dans une structure indépendante, comme par exemple, un groupement.

Cet exemple des urgences est intéressant en ce qu'il révèle que deux problématiques publique/privée entièrement différentes l'une de l'autre peuvent être résolues par le développement d'une coopération et d'un projet commun. Ce qui prouve, si besoin était, que deux partenaires n'ont pas besoin de partager les mêmes buts pour monter et réussir une opération. Ainsi, un même projet peut satisfaire des intérêts particuliers complètement étrangers les uns aux autres tout en répondant à l'intérêt général.

La question des urgences n'est pas le seul sujet qui pousse l'HPOP vers le CH de Rambouillet. Si le Centre Hospitalier de Rambouillet souhaite se développer sur Saint-Quentin-en-Yvelines, l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien aimerait bien recruter sur Rambouillet ou du moins sortir de ses murs. Ainsi il pourrait éventuellement être envisagé que des activités de l'HPOP soient réalisées sur le site du CH de Rambouillet. En sortant de Trappes, l'HPOP pourrait ainsi toucher une autre population.

Enfin, comme il a été vu précédemment l'HPOP tire plus d'avantages à avoir le CH de Rambouillet en partenaire qu'en concurrent. Si l'HPOP dispose d'un groupe puissant derrière lui, il ne dispose pas de soutien politique à la différence du Centre Hospitalier de Rambouillet notamment en la personne de son président de Conseil d'Administration. Il est certain que l'HPOP en s'alliant avec le CH de Rambouillet espère par la même pouvoir bénéficier à l'avenir de soutiens politiques.

Au terme de cette analyse il apparaît qu'une coopération sanitaire entre des établissements répond avant tout à une volonté d'améliorer l'offre de soins auprès de la population, mais aussi permet aux organisations d'améliorer leur position relative au sein de leur champ d'influences. Intérêts particuliers et intérêt général ne sont pas inconciliables puisque dans le cas présent, on peut retenir que la satisfaction commune d'intérêts particuliers permet d'améliorer l'intérêt général (ici l'amélioration de l'offre de soin).

Il convient maintenant de voir concrètement ce qui a été mis en place pour tenter de satisfaire les différents intérêts présentés jusqu'ici, qu'ils soient particuliers ou généraux. Quels sont les axes de coopération à développer en priorité et comment pérenniser le partenariat CHR-HPOP ?

B. De la démarche incrémentale à la dépersonnalisation de la coopération.

1. Du plus simple au plus complexe, illustration d'une démarche incrémentale.

Deux formes de coopérations peuvent être mises en évidence : des coopérations métiers et des coopérations "économie d'échelle". Les premières reposent sur des complémentarités interdisciplinaires intéressantes entre les deux établissements. C'est à dire qu'elles concernent des disciplines d'intervention partagées pour lesquelles des possibilités de mise en commun de moyens, une harmonisation des méthodes de prise en charge et une non-concurrence seront adoptées dans le cadre d'une stratégie concertée entre les deux structures. Le partenariat est ici très pertinent en ce qu'il crée des synergies, ainsi pour un coût identique ou même moindre qu'avant les deux établissements peuvent proposer ensemble une offre de soins améliorée pour la population.

L'autre forme de coopération est dite d'économie d'échelles car elle permet aux deux établissements mis ensemble d'atteindre une taille critique qui leur permettra d'amortir des coûts fixes de certaines installations coûteuses (déchets ou stérilisation par exemple) et d'autre part pourrait leur donner une taille suffisante pour postuler à la gestion de certains équipements lourds.

La mise en place de ces différentes coopérations suit une démarche dite "incrémentale". Elle est appelée ainsi parce que c'est une démarche de "petits pas". En effet, contrairement au projet de pôle de santé, qui était d'emblée tourné vers la mise en place d'une structure ambitieuse, la coopération entre Rambouillet et Trappes se veut une coopération progressive inscrite dans le temps. Cette démarche aura l'avantage de tester l'efficacité de la coopération sur des domaines simples avant de se lancer dans des coopérations plus lourdes. Par ailleurs le développement de coopérations simples mais multiples permet aux deux structures d'apprendre à travailler ensemble et aux personnels de mieux se connaître. Une fois cette étape réalisée, les projets plus ambitieux auront davantage de chance d'aboutir. C'est ainsi tout l'avantage d'une démarche incrémentale.

a) Un certain nombre d'axes de solidarité et de projets interdisciplinaires ont déjà vu le jour et d'autres sont potentiellement réalisables.

L'analyse de l'offre des deux établissements met en évidence des axes multiples de complémentarité qui pourraient faire l'objet d'une coopération intéressante en termes d'amélioration de la prise en charge tout en rationalisant les moyens.

Les établissements ont déjà développé des coopérations interdisciplinaires sur des activités complémentaires.

Une unité de néonatalogie de 4 lits a été autorisée sur l'hôpital de Rambouillet pour desservir l'ensemble des besoins du bassin de vie n°23. Une convention est en cours d'élaboration avec la chirurgie de Trappes pour faire de Rambouillet un référent de cet établissement sur cette zone dans le domaine de la néonatalogie.

En neurologie, des vacances supplémentaires ont permis de développer cette activité sur le site de Rambouillet. C'est le même neurologue qui intervient sur les deux centres, avec notamment une consultation sur l'HPOP.

En urologie, une astreinte est assurée à Trappes par deux médecins alors qu'il n'y en a pas à Rambouillet. Un protocole d'accord concernant les modalités de prise en charge dans l'urgence des patients qui se sont présentés au SAU de Rambouillet a été établi par les urologues et validé par les deux directions d'établissements. Les urologues sont ainsi prêts, dans certains cas et sous certaines conditions de disponibilité du bloc, à accepter le transfert de patients pour accélérer la prise en charge thérapeutique.

D'autres domaines de coopérations sont à l'étude ou en cours, ils concernent des disciplines où les établissements ont relevé une complémentarité intéressante.

Le Centre Hospitalier de Rambouillet couvre actuellement tous les besoins de la pédiatrie générale dans le cadre d'un niveau d'habilitation II A. L'HPOP ne dispose pas de service de pédiatrie médicale, bien que des consultations soient assurées dans la journée. Une politique d'orientation sur le site de Rambouillet sera mise en œuvre. Cette politique partenariale pourrait se traduire par une veille épidémiologique commune assortie de protocoles stricts de transferts dans les phases de pics de maladies infantiles (notamment bronchiolites). La pneumologie de l'enfant n'est pas non plus assurée sur l'HPOP.

En périnatalogie, la prise en charge et le suivi des parturientes pourra être optimisé par la coordination des deux établissements. L'organisation de la prise en charge permettra d'assurer un suivi global en favorisant le dépistage du risque médical, psychologique et social, d'assurer la sécurité au moment de l'accouchement par l'accès

aux structures les plus adaptées au risque, et enfin de garantir la qualité du suivi post-partum des couples mère-enfants les plus vulnérables.

En gériatrie, un travail en réseau avec l'HPOP est envisageable, notamment au titre d'une coordination sur les filières d'aval des urgences.

En chirurgie, la coopération peut être développée par l'instauration de gardes communes de spécialités et au développement des échanges entre le CHR et l'HPOP pour garantir une optimisation des compétences.

La cancérologie est l'un des domaines où établissements publics et privés interviennent fréquemment tous les deux, mais séparément. Discipline médicale et chirurgicale en pleine expansion, répondant à une demande toujours plus importante (1000 séances annuelles pour l'hôpital de Rambouillet, 2000 pour l'HPOP), valorisée correctement par le PMSI, elle intéresse financièrement les intervenants privés tout en relevant clairement du domaine de la santé publique et de l'intérêt général. Comme la pratique de la cancérologie est nécessairement pluridisciplinaire, le travail en réseau en cancérologie entre les deux établissements est clairement identifié comme le moyen le plus efficace pour parvenir à une prise en charge adéquate de chaque malade, du dépistage précoce au traitement et au suivi du patient stabilisé.

Enfin, des coopérations intéressantes peuvent être développées lorsqu'un des deux établissements dispose d'une activité que l'autre n'a pas.

L'HPOP ne dispose pas de la spécialité d'endocrinologie. Or, la création à Rambouillet d'un véritable hôpital de jour de médecine orienté vers les maladies vasculaires et du métabolisme (projet médical), en sus des consultations avancées, constituerait une formule complémentaire pour la prise en charge de maladies complexes, par rapport aux consultations externes spécialisées et aux hôpitaux de semaine.

De même, l'HPOP ne dispose pas de service de médecine interne, et n'assure pas de traitement ni de suivi des syndromes infectieux ou inflammatoires. Le projet médical de l'hôpital de Rambouillet prévoit quant à lui de conforter le service de médecine interne en le renforçant et en l'individualisant (25 lits).

En Hépatogastro-entérologie, le Centre Hospitalier de Rambouillet est actuellement un des plus importants centres des Yvelines dans le domaine des endoscopies digestives, avec une activité de plus de 130 000 K et KC d'endoscopies digestives en 2002 et près de 1500 malades examinés. L'HPOP pourrait être associé à cette activité.

A l'inverse, l'HPOP propose des services que le CH de Rambouillet n'offre pas

En pneumologie, l'HPOP dispose d'un Centre d'apnée du sommeil de 3 lits et propose des techniques alternatives à l'hospitalisation et des explorations fonctionnelles.

En neurochirurgie l'HPOP possède un savoir-faire dans la prise en charge chirurgicale du rachis et la neurochirurgie crânienne. Des filières pourraient être mises en place pour le transfert des patients entre les deux établissements.

En cardiologie, l'HPOP dispose d'une table interventionnelle permettant notamment la prise en charge des coronarographies et angiographies numérisées, ce qui n'est pas le cas du Centre Hospitalier de Rambouillet. L'HPOP peut aussi prendre en charge dans l'urgence la cardiologie non réanimatoire (HTA, dysrythmie, sub-OPA). Une coopération peut être établie afin de lier la pratique de la cardiologie interventionnelle de Trappes avec l'unité de soins intensifs de Rambouillet.

La complémentarité entre les deux établissements est véritablement plurielle et certaine et l'on voit que le potentiel de synergies est important. Mais, à côté de ces coopérations interdisciplinaires les deux partenaires entendent gérer des activités en commun et ceci ne pourra se faire qu'autour d'un cadre juridique fort.

b) Le retour du GCS pour gérer des activités en commun.

La gestion d'activités en communs concerne plusieurs projets dont le premier est la mise en commun du service des urgences au sein d'un GCS réactivé.

Le partage des urgences entre les deux établissements est un élément charnière du partenariat. Pour autant, sa mise en place concrète nécessitait de répondre à certaines questions dont notamment celle du choix de son cadre juridique.

Pour commencer, et toujours dans l'optique de la démarche incrémentale, le SAU de Rambouillet a passé un contrat-relais avec l'UPATOU de Trappes en vue de formaliser et d'approfondir leur coopération pour les soins et l'hospitalisation, et notamment dans le domaine de la gestion des lits d'aval.

Par le contrat relais, le Centre Hospitalier s'est engagé à accueillir les patients qui lui sont adressés par l'HPOP pour soins ou hospitalisation, et à favoriser toute forme de complémentarité pour la continuité et l'efficacité de la prise en charge. De son côté, et à l'égard du CHR, l'HPOP s'est proposé, dans l'ensemble des disciplines qu'il couvre, de se positionner comme recours en lits d'aval, en tant que de besoin. Cette prise en charge passe également par une information régulière sur les fermetures en lits saisonnières ou exceptionnelles.

Mais, le projet de l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien et du Centre Hospitalier de Rambouillet entend approfondir et dépasser l'axe de coopération horizontal mis en œuvre à travers la simple application d'un contrat relais dans le domaine des urgences entre le SAU et l'UPATOU ; sa formalisation correspond à une étape supplémentaire dans la

recherche de réponses de santé publique efficaces et la mise en œuvre de solidarités nouvelles.

L'ambition des deux partenaires est bien la gestion commune du service d'urgences sur la zone, pour ce faire, ils ont besoin d'une structure juridique qui puisse disposer de leurs autorisations en la matière. Le recours au GCS mis en place par le CH de Rambouillet et la clinique du Mesnil-Saint-Denis et qui n'a plus aujourd'hui de raison d'être du fait de la disparition de son objet (le pôle de santé) pourrait être le réceptacle parfait.

L'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien relève du même statut que la clinique du Mesnil-Saint-Denis: établissement de santé privé à but lucratif, il peut donc intégrer sans problème un GCS. Par ailleurs comme le GCS est le seul avec le SIH à pouvoir gérer des autorisations d'activités, il n'est pas possible de recourir aux autres formes de groupements pour réaliser l'objet souhaité. Le recours au GCS est pour le cas présent plus satisfaisant pour les partenaires que le SIH puisque c'est une structure légère à la gestion plus souple. Rappelons qu'à la différence du SIH, un GCS ne dispose pas d'instances hormis l'assemblée générale et permet l'usage de la comptabilité privée. D'autre part, comme chaque établissement souhaite conserver son personnel, le recours au SIH n'est pas indispensable. Enfin, le choix du SIH aurait nécessité un changement de statut de l'HPOP, vers celui d'établissement à but non lucratif. Le GCS avait aussi l'avantage de déjà exister, ce qui permettra un gain de temps évident. La formule du GCS a donc été rapidement retenue par les partenaires.

Cette solution du recours au GCS implique donc un transfert à ce dernier des autorisations d'activité de SAU et d'UPATOU détenues respectivement par le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien. L'individualisation de ces activités sur le bassin Sud-Yvelines devra se faire en synergie et selon le niveau d'habilitation détenu par chacun des sites, dans le respect des cohérences géographiques et des flux de patients existants. En effet, le maillage théorique de la prise en charge d'urgence prévu par le SROS prévoyait deux niveaux techniques d'habilitation :

- A Rambouillet, un SAU, qui, avec des moyens conséquents, doit accueillir et prendre en charge les urgences graves ou complexes nécessitant le recours à des praticiens spécialisés et à un plateau technique important ;
- A Trappe, une UPATOU, devant accueillir toutes les urgences 24 heures sur 24, avec une prise en charge directe ou une orientation des urgences dont la gravité dépasse ses possibilités, dans le cadre du contrat relais.

Le GCS, ainsi constitué par le SAU de Rambouillet et l'UPATOU de l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien, devra ainsi s'engager à mettre en place, 24 heures sur 24, dans le

respect des textes en vigueur, une organisation performante pour accueillir l'ensemble des urgences et à impliquer les deux communautés médicales dans cette démarche par l'élaboration de protocoles conjoints pour formaliser les modalités de prise en charge dans les services d'aval et l'organisation des gardes et astreintes en fonction du type d'urgences. Des filières spécifiques pour améliorer la prise en charge des urgences en fonction de leur objet vont être définies. Il s'agirait de la:

- neurochirurgie ;
- cardiologie ;
- pédiatrie ;
- gynéco-obstétrique ;
- psychiatrie ;
- SOS mains ;
- Personnes âgées ;
- Précarité et personnes démunies.

Concrètement, le GCS sera constitué sur la base des apports du CH de Rambouillet et de l'HPOP. Ainsi, le CHR transfère son autorisation d'activité de SAU au GCS, puis met à disposition le personnel médical et paramédical. L'activité d'urgence reste effectuée sur le site de Rambouillet. De même, l'HPOP transfère son autorisation d'activité d'UPATOU au GCS, puis met à disposition le personnel médical et paramédical. L'activité d'urgence reste effectuée sur le site de Trappes. Une antenne mobile du SMUR sera également gérée par le Groupement de Coopération Sanitaire Sud-Yvelines.

Il convient de rappeler que le GCS est une structure transparente pour les patients. C'est à dire que si le GCS peut constituer le cadre « d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux », les malades ne peuvent être hospitalisés au GCS, mais dans l'un des établissements membres. Pour pallier cette difficulté une convention devra être signée pour qu'une hospitalisation soit envisageable après le passage au SAU ou à l'UPATOU.

Enfin, seule l'ARHIF, en vertu du principe de parallélisme des procédures et des compétences, pourra entériner ce double transfert d'autorisations. A priori, son accord ne devrait pas poser de problème. Il répond -certes tardivement- aux souhaits du SROS 1994 de voir se rapprocher l'HPOP et le CH de Rambouillet. De manière plus actuelle, ce projet s'inscrit sans conteste dans les orientations définies par le SROS Ile-de-France 1999-2004, notamment en ce qui concerne l'encouragement aux partenariats sous toutes ses formes, pour la mise en commun d'activités de soins ; mais aussi concernant les urgences à la mutualisation des équipes afin de veiller à la continuité et l'efficacité de l'activité et enfin pour l'amélioration de l'accès aux soins.

Grâce à cette coopération publique privée et à la mise en place de filières, l'amélioration de la prise en charge des urgences sur le secteur devrait être largement améliorée.

Le second volet du GCS d'application rapide sont les consultations avancées sur le site du Mesnil-Saint-Denis.

Dans le cadre de l'ancien GCS, L'hôpital de Rambouillet a ouvert depuis février 2003 des consultations avancées dans des locaux loués à la Clinique du Mesnil, qui viennent s'insérer dans le tissu de l'offre médicale publique et privée existante et participent du renforcement de l'implantation de l'hôpital sur l'agglomération Sud-Yvelines. Les disciplines concernées sont pour l'instant les chirurgies orthopédique et viscérale, la diabéto-endocrinologie, la chirurgie gynécologique et sénologique, le suivi de grossesse et la préparation à la naissance.

Les consultations avancées sont assurées pour l'instant par les médecins du Centre Hospitalier. L'incorporation de l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien dans le groupement de coopération sanitaire permettra de faire participer les praticiens de cet établissement aux consultations.

Afin d'éviter une redondance dans l'offre de soins, un ensemble de rencontres a déjà été effectué avec les principaux cabinets de soins de ville spécialisés de l'agglomération Sud-Yvelines. Ainsi, l'insertion dans le tissu de l'offre médicale du GCS tient donc compte de la plus ou moins importante représentation des disciplines dans l'agglomération et respecte les réseaux de compétences et de coopération existants.

Les objectifs des consultations avancées menées par le CH de Rambouillet et l'HPOP sont les mêmes que pour les consultations qui devaient être mises en place au sein du pôle de santé

1. Permettre aux populations d'avoir accès à des spécialistes hospitaliers à proximité de leur domicile.
2. Préparer des hospitalisations et en assurer les suites, ce qui permet de limiter le déplacement à l'hôpital pour la seule hospitalisation.
3. Répondre au même objectif d'égal accès aux soins pour tous et de dispensation équilibrée des soins en réseau.

Les disciplines concernées seraient :

- La chirurgie : orthopédique et traumatologique (deux demi-journées) surtout, mais aussi digestive (3 demi-journées). Une extension de ce type de consultations pourrait concerner

les disciplines de chirurgie de spécialités (vasculaire périphérique, ophtalmologie, ORL, stomatologie) et l'anesthésie.

- Les disciplines mère – enfant, et le planning familial

- Des consultations de suivi de grossesse et de préparation à l'accouchement ont lieu deux demi-journées par semaine dans les locaux de la Clinique.

- L'orientation sénologique – dépistage, diagnostic, traitement des tumeurs du sein – est également présente, dans la dynamique du Réseau Yvelines Sud de Soins en Cancérologie (R.Y.S.S.C.) actuellement en cours d'élaboration, avec la coopération de l'Institut Gustave Roussy.

- L'accompagnement de la grossesse, désirée ou non, l'orthogénie, devront faire l'objet d'une attention particulière, eu égard à l'importance de ces disciplines sur un bassin de population jeune comme celui de l'agglomération Sud-Yvelines.

- Des consultations de pédiatrie comportant des volets de spécialisation (pneumologie et diabétologie infantiles) devraient permettre de compléter utilement l'offre existante.

- L'endocrino-diabétologie :

Celle-ci a déjà lieu une demi-journée par semaine, dans la continuité de la partie relative à la prise en charge en diabétologie du projet médical de l'hôpital de Rambouillet.

Sont en outre en projet l'ouverture de consultations dans les disciplines suivantes :

- Cardiologie :

Ces consultations seraient mises en place en lien avec le projet de cardiologie de l'hôpital de Rambouillet, qui prévoit notamment l'ouverture d'une unité de soins intensifs, avec gardes communes avec l'unité de réanimation.

- Alcoologie et addictologie :

Une telle consultation prendrait tout son sens dans le cadre du Réseau Alcoologique Yvelines Sud (R.AL.Y.), en lien avec les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie dont celui de Rambouillet, en lien aussi avec l'Unité d'hospitalisation – alcoologique et addictologique en cours de restructuration et de rénovation au sein du Centre Hospitalier. Cette unité d'alcoologie et d'addictologie sera la seule sur le Département des Yvelines, et dans un hôpital public, à prendre en charge des patients relevant de ces pathologies dans le cadre d'une hospitalisation complète.

- Consultations de Médecine Physique et de Réadaptation (M.P.R.) selon une double orientation de base : bilans cliniques et appareillage. L'établissement de soins de suite et de réadaptation « Le Terrier » (membre de la communauté d'établissement Dourdan-Rambouillet-Le Terrier) restructuré et développé dans les années qui viennent dans son activité de rééducation fonctionnelle, apporterait ici son expertise.

Ces consultations avancées au Mesnil-Saint-Denis permettent de réaliser le projet du Centre Hospitalier de Rambouillet de se rapprocher de la Ville Nouvelle et d'apporter à la population une alternative intéressante en matière de consultation de spécialistes hospitaliers, limitant ainsi les déplacements à l'hôpital. Par ailleurs ces consultations sont moins coûteuses que celles prévues au sein du pôle de santé, puisque les locaux existent déjà. De plus, le personnel mis à disposition est réduit : une seule secrétaire.

Consultations avancées et urgences communes devraient être mis en place rapidement. D'autres projets ambitieux pourraient suivre. Ils sont aujourd'hui à l'état de simple hypothèse, mais méritent d'être évoqués ne serait-ce que pour montrer à quelle point la volonté de coopération entre les deux établissements est aujourd'hui forte.

c) A terme, une coopération approfondie dans de larges domaines, tant au sein du GCS que peut-être au sein d'autres cadres.

La radiothérapie pourrait être le premier élément de cette seconde vague de coopérations.

Le champ de compétence du GCS Sud-Yvelines pourrait avoir vocation à s'étendre vers la gestion d'équipements lourds notamment vers ceux qui font actuellement l'objet d'une réponse insatisfaisante car parcellaire sur la zone Sud-Yvelines. C'est le cas de la radiothérapie.

Actuellement, aucune table de radiothérapie n'est installée sur le Sud-Yvelines, ni dans le bassin de vie n° 23 (celui du CHR), ni sur le bassin de vie n° 15 (celui de l'HPOP). La plus proche se trouve au Centre Hospitalier de Poissy Saint-Germain, sur un secteur sanitaire bien distinct de celui du Sud-Yvelines. Or, la mise en place d'une offre graduée de soins en radiothérapie, avec l'identification prochaine d'un réseau comme site spécialisé en cancérologie sur le Sud-Yvelines, implique la réalisation d'un objectif minimal d'activité en termes de traitements annuel par appareil de radiothérapie. Le bassin de population couvert par les deux structures souffre donc d'un déficit chronique

en équipements de radiothérapie, déficit nuisible à la prise en charge de la pathologie cancéreuse sur le Sud-Yvelines.

Tel que délimité, le GCS Sud-Yvelines pourrait s'engager à faire un dépôt de demande d'autorisation pour l'activité de radiothérapie. En matière de radiothérapie, les professionnels reconnaissent l'importance de la pluridisciplinarité et du travail en réseau ; dans ce cadre, la radiothérapie est une technologie elle-même en pleine évolution et qui jouit d'une large indication puisque cette technique intervient dans le traitement de 60% des nouveaux cas de cancer.

L'utilisation de la radiothérapie est en particulier amenée à se développer sur des indications où la chirurgie est aujourd'hui prédominante, surtout chez les patients âgés. Dans le même temps, deviennent courants les traitements avec une mise en place complexe du patient, mais aussi les protocoles de radiothérapie associés à un traitement chimiothérapique voire chirurgical, et les techniques d'irradiations multiples. Enfin, la technologie des appareils ne cesse d'être améliorée, ce qui permet d'affiner le traitement en gagnant en précision, en protection des organes non visés.

Le GCS pourra à terme être, en tant que tel, partie intégrante du Réseau Sud-Yvelines en cancérologie.

En néphrologie, les deux établissements disposent d'un niveau d'habilitation comme centres lourds dans ce domaine et disposent chacun de 8 postes. Le SROS relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique sera bientôt élaboré par l'ARHIF. Des éléments techniques et financiers conduiront certainement à examiner, l'opportunité d'un transfert des autorisations de l'activité d'hémodialyse au GCS Sud-Yvelines.

Outre la radiothérapie et la néphrologie, la coopération HPOP Rambouillet au sein du GCS pourrait porter sur des activités annexes aux soins comme la gestion des déchets à risques.

Une coopération forte est envisagée entre l'hôpital de Rambouillet et l'HPOP sur ce point. La gestion des déchets médicaux, et singulièrement des déchets à risques, a en particulier acquis une importance stratégique et financière décisive pour les établissements de santé. La mise en commun des moyens et activités doit avoir pour objectif la diminution du coût des activités logistiques.

Les établissements de soins génèrent pour les besoins de leurs activités de grands volumes de déchets dits « à risques » chargés de micro-organismes dont certains sont multi-résistants et de produits chimiques toxiques et souvent radioactifs.

Les déchets concernés sont les déchets issus d'activités de soins et qui présentent un risque infectieux (matériaux piquants ou coupants en contact avec un

produit biologique, produits sanguins, déchets anatomiques). Ces déchets doivent être collectés dans des emballages homologués puis conditionnés marqués et transportés conformément à la réglementation sur le transport des matières dangereuses, et enfin incinérés dans des installations agréées.

Cette collaboration aura pour but la mise en commun de l'activité de gestion des déchets à risque, sur un site unique à déterminer, de manière à produire des économies d'échelle et une prestation globale.

Le GCS, habilité à gérer des équipements d'intérêt commun, pourrait devenir le cadre de cette coopération et de la définition d'une filière pour la gestion sans risque des déchets produits par les deux établissements. Cette filière gérée au sein du GCS se donnera les objectifs suivants :

- attribuer des responsabilités pour la gestion des déchets ;
- disposer de ressources humaines et financières suffisantes ;
- diminuer les quantités de déchets en agissant sur la politique des achats et la gestion des stocks ;
- mettre en place des options sûres pour la manutention, la conservation, le transport et l'élimination ;
- contrôler la production des déchets.

Enfin l'avènement d'une taille critique entre les deux structures du fait de ce partenariat pourrait les mener à terme à gérer des services logistiques en commun.

Les processus de stérilisation coûteux, au regard du volume concerné (dix cycles par jour pour l'HPOP, dix également pour l'hôpital de Rambouillet, après la reprise des activités de stérilisation du Centre Pédiatrique de Bullion, de la Clinique Médicale de la porte Verte à Versailles et de l'hôpital de Dourdan) impliquent une rationalisation de leur organisation et une normalisation de la fabrication. La coopération en matière de stérilisation pourrait éventuellement aboutir à une stérilisation commune.

La mise en commun des systèmes d'information centrés autour de la gestion du patient acquiert une importance décisive, le partage de l'information médicale devenant un paramètre essentiel dans une prise en charge de qualité et en réseau du patient. La mise en place d'un serveur d'identité commun est envisagée pour la prise en charge commune de patients dans le cadre des filières précédemment délimitées. Une démarche est en cours pour l'obtention d'un serveur décentralisé, ce qui permettrait la réalisation d'économies d'échelle et d'un coût moindre pour la collectivité. La mise en place d'une carte patient commune, avec un même système d'identification patient s'inscrirait aussi dans une démarche d'efficacité.

L'organisation du SAU et de l'UPATOU au sein du GCS doit d'autre part se structurer dans le sens d'une informatisation de manière à permettre notamment une

meilleure connaissance de l'activité d'urgence et de sa répartition horaire. La qualité de la gestion des lits passe bien évidemment par l'existence d'une charte d'aval, mais aussi par une gestion centralisée et informatisée, de manière à connaître leur disponibilité en temps réel. Par ailleurs, la mise en place du dossier patient informatisé s'accompagnera d'une standardisation des items, de la mise en place d'un courrier type au médecin traitant et d'une fiche de liaison, tous éléments de nature à favoriser la continuité des soins et faciliter l'examen des patients dans le cadre de la mutualisation au sein du GCS évoquée plus haut.

L'ensemble des champs de coopération possibles entre les deux structures est considérable ce qui témoigne vraisemblablement d'une volonté forte des deux établissements de s'unir. Pour autant, et malgré les atouts de la démarche incrémentale, reste la question de savoir si ce sont bien les établissements qui souhaitent travailler ensemble ou plutôt leurs directeurs ?

2. Dépersonnaliser et formaliser cette communauté d'intérêt : l'intérêt du GCS

a) Une coopération à l'heure actuelle encore très personnalisée

L'amélioration des relations entre l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien et le Centre Hospitalier de Rambouillet de même que l'élaboration rapide des projets de coopération sont certainement dûs en partie à la bonne entente entre leurs dirigeants. C'est vraiment M. Bouffies et M. Attia qui ont porté ensemble ce projet. Ils ont défini les axes de leur collaboration et imaginé les moyens pour les mettre en œuvre. A ce stade, peu d'autres acteurs au sein des établissements respectifs n'ont encore été associés à la procédure. Il est possible que si les dirigeants ne s'étaient pas si bien entendus, le rapprochement des deux structures ne se serait peut-être pas fait aussi vite. Cet exemple témoigne de l'importance des relations humaines dans les projets de coopération. Le CH de Rambouillet ou l'HPOP ne sont que des structures, derrière elles, ce sont bien d'hommes et de femmes qu'il s'agit. A cet égard, leur rapprochement est largement le fait des directeurs.

Cette analyse témoigne du rôle essentiel du directeur d'hôpital, puisque c'est lui qui négocie avec son homologue privé et qui engage le centre hospitalier dans telle ou telle voie de coopération. C'est au directeur de définir la politique stratégique de l'établissement ; c'est avec ses adjoints qu'il en précise les contours et avec le reste de l'hôpital qu'il la met en œuvre. D'importantes responsabilités reposent donc sur les

épaules du directeur puisque ce sont ses décisions qui vont faire évoluer l'établissement dans telle ou telle direction au sein de son champ d'influence. Des erreurs stratégiques peuvent affaiblir l'établissement pour longtemps. Une bonne capacité d'analyse, un esprit prospectif et pragmatique sont indispensables au chef d'établissement.

Si la bonne entente entre les dirigeants des deux organisations est un atout incontestable pour la mise en place du projet de coopération, elle peut toutefois être une fragilité pour sa pérennité.

BARTOLI et ANAUT ont souligné dans leurs écrits²¹ le danger que représente la trop grande personnalisation de projets menés entre des organisations. Etablis sur un lien unissant deux personnes, si l'une d'entre elle venait à partir, la coopération et le projet pourrait périr pour deux raisons. Tout d'abord, parce que les nouveaux acteurs en place peuvent ne pas s'entendre aussi bien que les précédents et avoir donc moins envie de travailler ensemble. Ensuite parce que si les dirigeants étaient les principaux porteurs du projet, celui-ci n'a guère pu s'autonomiser d'eux et se diffuser dans les organisations respectives. Trop personnalisés, les projets risquent de disparaître avec leur concepteurs.

La coopération entre l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien et le Centre Hospitalier de Rambouillet en est à ses balbutiements. Nonobstant les intérêts évidents qu'elle apportera aux structures respectives, ce début de coopération fonctionne bien parce que les deux dirigeants s'entendent bien. Mais à l'heure actuelle cette coopération demeure fragile. L'un et l'autre des directeurs sont appelés à partir à plus ou moins long terme. Privé d'un des moteurs du partenariat, on ne sait pas ce qu'il adviendra de lui.

M. Bouffies et M. Attia sont conscients de cette situation. Ils ont bien l'intention d'ancrer leur coopération au sein de leurs établissements respectifs avant de s'en aller. Les moyens pour réaliser cet ancrage n'ont pas encore été clairement définis entre les deux partenaires, mais vraisemblablement une double action se présente à eux afin de pérenniser cette coopération : faire accepter la coopération en interne en impliquant d'autres acteurs et dépersonnaliser le partenariat en l'institutionnalisant.

Pour l'instant, l'heure est à l'étude des projets de coopérations possibles entre les deux structures. Ce sont les directeurs qui les ébauchent avec leurs équipes, mais concrètement il conviendra de faire accepter ces projets en interne. Il est probable que tous les volets de cette coopération ne reçoivent pas le même écho au sein de l'établissement. Certains aspects seront sans doute bien accueillis d'autres ne rencontreront peut être pas une forte mobilisation, alors que peut-être certains soulèveront une profonde hostilité des médecins. On imagine bien que dans ces deux derniers cas, si le directeur s'en va, ces projets risquent d'être vite enterrés. Il y aura donc

²¹ BARTOLI, ANAUT, *Les paradoxes du changement dans le hôpitaux publics*.

par conséquent un important travail de communication interne à mener au sein de chaque structure afin de faire adhérer les personnels. Pour cela il semblerait nécessaire que ceux-ci soient assez vite impliqués dans l'organisation. Ainsi, lors de la définition concrète des partenariats, ces derniers devraient participer à l'élaboration des coopérations pour leur spécialité afin d'éviter que tout vienne de A à Z de la direction et leur soit entièrement imposé. De plus cette implication des personnels dans la définition et la réalisation des projets les responsabilise à l'égard du futur partenariat. Directement impliqués dans son élaboration ils prendront plus soin de sa réalisation que si tout leur a été entièrement dicté.

Par ce biais, le projet de coopération devrait pouvoir se détacher peu à peu des directeurs pour être intégré par le personnel et donc par les structures. Dès lors que l'organisation aura assimilé et intégré ce partenariat, le départ des directeurs ne mettra plus la coopération en péril.

En second lieu, les directeurs doivent détacher la coopération de leur personne en l'autonomisant afin d'en assurer sa pérennité. Pour cela il n'y a qu'un moyen, il faut institutionnaliser cette coopération, c'est à dire donner un cadre juridique solide pour maintenir en vie cette communauté d'intérêt au delà des personnes des directeurs.

b) L'institutionnalisation de la coopération : le recours au GCS.

Il est difficile de parler de coopération au singulier concernant l'HPOP et le CHR. Les axes sont en effet multiples et les liens juridiques sont divers : convention, contrat relais, GCS...Le GCS s'il ne regroupe pas l'ensemble des coopérations en son sein, joue pour autant un rôle symbolique fort pour la coopération dans son ensemble. Il en est le visage et incarne en lui la volonté de ses membres de travailler ensemble.

La coopération Trappes / Rambouillet a besoin d'être dépersonnalisée assez vite des deux personnalités motrices que sont Messieurs Bouffies et Attia. Une fois polarisée autour du GCS la coopération sera autonomisée de ses fondateurs. Cela ne signifiera pas qu'ils ne seront plus les moteurs principaux du projet, mais par ce biais ils auront assuré l'avenir de celle-ci en la dissociant de leurs personnes physiques et en la transférant sur une personne morale : le GCS. La personnalité morale, donne au partenariat un corps juridique et une existence en soi qui pourra lui permettre de perdurer une fois les fondateurs partis.

Par ailleurs, le groupement permet de donner un cadre à cette communauté d'intérêt multiple et encore assez floue pour l'instant qui lie le CH de Rambouillet à l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien. Il permet de donner une unité à ce qui n'en a pas forcément. La coopération entre les deux partenaires concerne des domaines très variés:

des disciplines, des activités de soins, des activités annexes, des équipements. Même si le GCS n'est pas un établissement de santé, il demeure une structure juridique bien réelle et par conséquent lisible en terme d'image. Ainsi, le GCS assumera la tâche symbolique de représenter de manière tangible et unique la multiplicité du partenariat HPOP CHR vis à vis de l'extérieur.

Toutefois, le GCS n'est pas que symbolisme, c'est bien entendu un outil qui pourrait s'avérer très efficace pour servir au mieux les intérêts de la coopération.

Il a été vu que le GCS permet aux partenaires de gérer des autorisations d'activités ou d'équipements, mais il leur permet aussi de les obtenir. En effet organisés en GCS, les partenaires devraient plus facilement bénéficier d'autorisation en matière d'équipements. Par exemple, concernant la radiothérapie, unis de cette sorte, et couvrant un important bassin de population, les deux établissements ont davantage de chance d'emporter l'autorisation par rapport à un établissement seul, quand bien même, serait-il plus important.

Le GCS peut aussi se faire instrument d'ingénierie financière; En effet étant une structure juridique en soi, le GCS permet à l'HPOP d'isoler en son sein, les coûts de son service des urgences.

Le GCS, bien qu'ayant encore un statut et des contours incertains, est vraisemblablement la structure de coopération d'avenir. La suppression des SIH et l'élargissement de ses membres possibles par l'ordonnance du 4 septembre 2003 va dans ce sens. Il est probable que l'on assiste encore dans les années à venir à une redéfinition des contours du GCS et à un renforcement de cette formule de coopération.

Mais le GCS n'est pas une fin en soi pour la coopération. Ce n'est qu'un outil simple et efficace au service des projets de coopération. C'est pour cela qu'il a été choisi par les partenaires. Comme tous les outils il peut avoir de nombreux usages. Si gérer des activités en commun est son objet premier, il en a bien d'autres qui diffèrent, selon les cas d'espèces : rôle symbolique, facilitateur d'autorisation, instrument financier... Mais, il ne faut pas se tromper, si le GCS est un cadre et une image de coopération il n'est pas la coopération.

Conclusion

A l'heure actuelle il est encore trop tôt pour dire si les stratégies de coopération entre le Centre Hospitalier de Rambouillet et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien vont répondre aux attentes suscitées. La coopération semble néanmoins bien partie, et l'existence préalable du GCS devrait permettre d'obtenir une concrétisation des premiers projets assez rapidement.

Une méthode stratégique ?

En introduction a été posée la question de savoir si au terme de cette analyse il était possible de tirer une méthode pour établir de bonnes stratégies. Cette étude nous renseigne effectivement sur un processus stratégique, mais de là à dire qu'il s'agit d'une méthode, c'est peut être un peu ambitieux.

Avant tout, il est indispensable d'appréhender l'environnement et ses acteurs dans leur ensemble afin d'évaluer les contraintes et les objectifs de chacun.

Ensuite avant d'élaborer une stratégie, il convient de savoir quels sont nos objectifs pour l'établissement.

Vient ensuite l'élaboration de la stratégie. Celle-ci repose en premier lieu sur des éléments rationnels. En matière de coopération, le premier élément pour que le partenariat soit le plus fructueux possible est l'existence de complémentarités certaines entre les partenaires. Le CH de Rambouillet et la Clinique du Mesnil-Saint-Denis n'avaient finalement guère de complémentarités à développer, alors qu'avec Trappes, il en est tout autre. Sans une bonne complémentarité, une coopération aura du mal à se justifier et à se mettre en place. Les autres éléments rationnels ne peuvent que venir renforcer la coopération, mais ne peuvent la fonder. On peut songer par exemple à la recherche d'un allié pour développer des activités ou réduire ses coûts.

A côté de ces éléments rationnels, il convient de ne pas sous estimer l'importance des éléments non rationnels dans l'élaboration des stratégies de coopération. Il est possible d'en citer deux marquants : l'importance de l'intuition et des rapports humains. Il n'est jamais possible d'arriver à appréhender parfaitement son environnement, et bien souvent, il faut deviner les objectifs des autres acteurs. Par conséquent il est important d'être prospectif et souvent les stratégies et les projets proviennent d'intuitions et de paris sur l'avenir. De même, dans le registre du non rationnel, s'il apparaît une bonne entente entre les dirigeants de deux structures, cela peut créer un formidable moteur pour la

coopération. Ainsi, malgré les éléments rationnels, le fait d'avoir envie de travailler ensemble ou au contraire de ne pas en avoir envie peut concrétiser ou non des projets de coopération.

Vient enfin l'élément qui m'a semblé central dans cette analyse et qui à lui seul pourrait être une méthode stratégique : le pragmatisme. La stratégie n'est pas une science exacte, nous avons vu le poids des éléments irrationnels qui pèsent sur elle. La stratégie est tâtonnements et, pour aboutir, elle doit en permanence se remettre en question. Ainsi, pour QUINN²², les experts en stratégie sont constamment en train de réévaluer l'avenir et trouvent de nouvelles correspondances au fur et à mesure que les événements se présentent. Le cas du Centre Hospitalier de Rambouillet en est un excellent exemple. Si les objectifs n'ont jamais changé (améliorer l'offre aux patients de la Ville Nouvelle et renforcer le CH sur cette zone) la démarche pour y parvenir n'a cessé d'évoluer en fonction des événements. Du pôle de santé avec la clinique du Mesnil à la coopération avec l'HPOP, les projets ont largement évolué. Cette capacité d'adaptation stratégique est la clef de son succès. Si le directeur ne l'avait pas fait évoluer, elle aurait échoué avec le pôle de santé et les objectifs annoncés n'auraient pas été atteints. Aujourd'hui, ils sont en passe de l'être grâce à cette remise en cause permanente de la stratégie du CH de Rambouillet.

Ce mémoire n'a certainement pas l'ambition de présenter une méthode stratégique, néanmoins ces quelques éléments tirés de l'analyse menée sur le CH de Rambouillet sont certainement généralisables, et si l'on ne devait en retenir qu'un c'est que pour réussir, toute stratégie doit être pragmatique.

L'hôpital stratège.

Le travail mené ici a mis en évidence que l'hôpital est loin d'être un simple établissement administratif. Il évolue dans un environnement concurrentiel et par conséquent doit en permanence se préoccuper de sa position relative au sein de son bassin de vie. C'est pourquoi, les concepts de stratégie d'entreprise correspondent finalement bien aux établissements de santé puisque certains impératifs sont communs.

Outre la recherche de l'intérêt général, les établissements publics de santé poursuivent par conséquent un certain nombre d'intérêts particuliers s'il ne veulent pas périr. Ce qui est intéressant c'est que la poursuite de ces deux intérêts, loin d'être contradictoires, se renforcent mutuellement comme l'a montré l'exemple étudié. Ainsi, la coopération inter-établissements entre Trappes et Rambouillet a été montée parce qu'elle

²² QUINN, *Beyond rational management*. 1988

apportait une excellente réponse à des besoins de soins de la population et qu'en même temps elle confortait les partenaires sur un certain nombre d'intérêts particuliers.

Le directeur stratège.

La réflexion menée dans ce mémoire a toujours voulu être la plus proche possible de celle qu'aurait menée un directeur en poste cherchant à élaborer une stratégie pour l'établissement.

Au terme de cette étude, il apparaît ici que le dilemme classique du directeur d'hôpital chargé en même temps de défendre "son" hôpital et de garantir l'intérêt général n'a finalement pas été trop prégnant puisque nous avons montré que l'intérêt de la structure et l'intérêt général se rejoignaient dans l'amélioration de la couverture sanitaire des populations les moins favorisées sur la Ville Nouvelle.

Ce mémoire a mis en évidence la place centrale du directeur d'hôpital dans la définition des stratégies hospitalières. Sa responsabilité en la matière est importante puisque c'est en grande partie sur ses épaules que repose l'avenir du positionnement de l'établissement au sein de son environnement. Le directeur dispose en ce domaine de pouvoirs finalement assez étendus et de marges de manœuvre correctes. L'exemple étudié montre qu'il peut choisir ses partenaires ainsi que les domaines sur lesquels il souhaite faire coopérer l'établissement.

Il est certes influencé par les tutelles, pour autant l'initiative ne vient pas forcément de ces dernières. Des projets peuvent largement se créer en dehors de la tutelle, pour autant afin d'aboutir, l'exemple étudié nous enseigne que si un projet peut être monté à côté de la tutelle, il ne peut être réalisé contre elle.

Un certain nombre de qualités s'avèrent donc nécessaires au directeur d'hôpital pour être un fin stratège. Ce dernier a besoin d'un bon esprit d'analyse, d'un peu d'intuition et de beaucoup de pragmatisme !

Bibliographie

Eléments de droit sur la coopération en générale

Conseil d'Etat, Avis n° 358047, Rapport public 1995

Textes

Sur le GCS :

Généralités

- Le Titre III de l'ordonnance n°2003-850 du 4/09/2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Articles L6133-1 à L6133-6 du Code de la Santé Publique

Textes réglementaires

- Sur sa constitution

Articles R713-3-1 à R713-3-12 du Code de la Santé Publique

- Sur son organisation et son administration

Articles R713-3-13 à R713-3-17

- Sur sa dissolution et liquidation

Articles R713-3-18 à R713-3-21

Sur les contrats de relais :

Article R712-69 du Code de la Santé Publique

Sur la permanence des soins de ville :

Circulaire DHOS n° 2003-195 du 16 avril 2003

Schéma régional d'organisation sanitaire

Annexes au SROS de l'Ile-de-France 1994-1999

SROS de l'Ile-de-France 1999-2004

SROS relatif à la chirurgie en Ile-de-France, arrêté du 10 juillet 2000

SROS Urgences en Ile-de-France

Etudes de l'ARHIF en rapport avec les SROS

Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France, ARHIF, janvier 2003

Activité des 220 sites pratiquant la chirurgie en Ile-de-France, Enquête ARHIF 2002, février 2003

Sur le GCS Sud Yvelines

Convention Constitutive du GCS du 19 décembre 2001

Approbation de l'ARH du 11 mars 2002 (BO santé solidarité du 6 juillet 2002)

Autorisation de l'ARH d'exploitation de 40 lits (20 lits d'hospitalisation complète et 20 lits de jour) 11 décembre 2001

Etudes relatives au cas étudié.

BDHF, *Attractivité et parts de marché du CH de Rambouillet*. 2003. (CD-Rom).

CNEH, *CH de Rambouillet, coopération avec la clinique du Mesnil. Note définitive d'informationsur les solutions de coopération*. 28 juin 2001. CNEH. 31p

MEDIANCE *Analyse de la demande chirurgicale sur le sous secteur élargi de Saint-Quentin-en-Yvelines*. Oct 2002. 180p

Drs MENAGER, LUIGI, OLIVIER *Permanences des soins et gardes - Réflexions et propositions*. juin 2002

Ouvrages

HOUDART Laurent, LAROSE Dominique, BARRE Stéphanie, COUTY Edouard préface. *Traité de la coopération hospitalière*, Volume 1: 207 pages et Volume 2: 117 pages, éditions Houdart, 2000.

CALMES Gilles, SEGADE Jean-Paul, LEFRANC Laura. *Coopération hospitalière, l'épreuve de vérité*. Paris, Masson 1998, 170p.

Sur la stratégie :

MINTZBERG Henry, AHLSTRAND Bruce, LAMPEL Joseph ; *Safari en pays stratégie : l'exploration des grands courants de la pensée stratégique*. Paris éditions Village Mondial, 1999, 423p.

HATCH Mary Jo, *Théorie des organisations, de l'intérêt de perspectives multiples*. De Boeck Université, 2000.

CONTANDRIOPOULOS A.P. , SOUTEYRAND Y. (coordonateurs), *L'hôpital stratège, dynamiques locales et offres de soins*, John Libbey, Mire, DH, 1996.

CROZIER Michel (coordonateur) *L'analyse stratégique*, colloque de Cerisy, Seuil 1994

Périodiques

ALFANDARI JP, GAISSET B, SERFATY L, KOUCHNER B: *Quelle stratégie pour l'an 2000*, compte rendu du XIXème congrès de la FIEHP Biarritz 1998, notamment l'article *coopérations réseaux GCS, où en est la planification ?* in *L'hospitalisation privée* n°343 9 octobre 1998

BONHOMME Catherine : *Dossier coopération hospitalière, les nouvelles complémentarités*. in *Revue hospitalière de France* n°6 11/12 1997, pp 816-831

Le point sur les GCS in *Cahiers hospitaliers* n°125 06/1997 pp6-8

ESPER Claudine, *Le groupement de coopération sanitaire, nouvelle formule juridique de collaboration entre établissements de santé*. In *Techniques hospitalières* n°624, 03/1998, pp 35-45

ESPER Claudine, *Le groupement de coopération sanitaire*. In *Actualité juristante (CNEH)* n°17, 04/1997, p 24

PHANUEL Dominique, *La stratégie hospitalière existe-t-elle ?* in *Gestion hospitalière* n°379, 10/1998, pp 622-628

SEGADE Jean-Paul, *Le groupement de coopération sanitaire : premières réalisations et questions de droit*. In *Actualité juristante (CNEH)* n°25, 03/1999, pp16-17

Mémoires

LE BERT Mickaël, *La création d'un pôle Femme-Enfant à Vichy : un modèle de coopération public-privé ?* ENSP 2002, 85p.

HORN Nathalie, *Le développement d'une coopération entre un hôpital public et le secteur privé : l'exemple du Groupement de Coopération Sanitaire entre le CH Marc-Jacquet, la clinique Saint-Jean de Melun et le groupe Généridis*. ENSP 2001, 82p.

de BEAUCHAMP Hubert, *Le projet de pôle mère enfant de Saint-Nazaire : vers un renouveau des coopérations public / privé ?* ENSP 1999, 78p

MOULIN Anne, *La mise en œuvre d'un nouvel instrument de partenariat dialyse au CH de Béziers, le Groupement de Coopération Sanitaire*. ENSP 1998, 79 p

Internet

<http://www.saint-quentin-en-yvelines.fr/>

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

<http://www.ch-versailles.fr/>

Liste des annexes

ANNEXE I

Personnes rencontrées

ANNEXE II – non publiée

Convention constitutive du Groupement de Coopération Sanitaire du Sud Yvelines

ANNEXE III - non publiée

Plan d'ensemble du Sud Yvelines

Entretiens et personnes rencontrées

Les établissements :

Centre Hospitalier de Rambouillet

M. BOUFFIES, Directeur

M. CALENGE, Directeur adjoint chargé de la coopération (depuis 2003)

M. GUILLOIS, Directeur adjoint chargé de la coopération (jusqu'à 2003)

Centre Hospitalier de Versailles

M. de TOVAR, Directeur

Clinique du Mesnil-Saint-Denis

M. DALBIS, Président Directeur Général

Hôpital Privé de l'Ouest Parisien

M. ATTIA, Gérant

La tutelle :

Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Yvelines

M. ALEGOËT, Directeur

l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile-de-France

M. RITTER, Directeur

Rencontré lors d'une réunion mais non pour un entretien

Ecole Nationale de la Santé Publique

Département MATISS

Mme GUILLOU, Responsable du module stratégie et projets d'établissement.