



**EHESP**

---

**Directeur d'hôpital**

Promotion : **2017 – 2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

---

**La mutualisation des blocs opératoires  
entre un établissement public de santé  
et une clinique privée : de la théorie à  
la pratique – l'exemple du Santépôle  
de Melun.**

---

**Sophie GRIENENBERGER**



---

# Remerciements

---

J'ai choisi Melun comme terrain de stage pour observer l'expérience peu commune d'une ouverture de nouvel hôpital et d'un déménagement. L'intérim qui m'a été confié au sein des services techniques et des travaux du Groupe Hospitalier Sud Île-de-France a finalement constitué une expérience inédite pour m'immerger pleinement et totalement dans cet évènement majeur pour l'hôpital et ses professionnels. Aussi, je remercie sincèrement Dominique PELJAK, Directeur Général du GHSIF, pour sa confiance, pour son accueil comme terrain de stage et surtout pour m'avoir considérée comme un membre à part entière de son équipe de direction, me permettant une réelle appropriation des enjeux du métier. Pour sûr, « *C'est dur mais on y arrivera !* » entendu à tous les CODIR raisonnera dans ma tête comme un leitmotiv permanent tout au long de ma carrière.

J'adresse toute ma reconnaissance envers l'équipe de direction de l'hôpital, qui m'a guidée, accompagnée, rassurée et intégrée avec une grande bienveillance témoignant chaque jour d'un vif intérêt pour mon intérim et mes missions de stage. Un grand merci à Maëva BARBIER, Patrick NATOLY, Stéphane HARNISCH et Fabrice DION, respectivement Directrice des affaires médicales et de la stratégie, Direction des affaires économiques et logistiques, Directeur du système d'information et Directeur des Ressources Humaines, pour vos précieux conseils pour mon exercice professionnel futur, votre disponibilité et les liens de sympathie que nous avons noués.

J'adresse un remerciement particulier à Patricia Loger, Directrice des soins, pour sa générosité dans nos échanges, pour son plaisir à partager avec moi sa connaissance fine et son expertise de l'organisation des soins au sein de l'hôpital de Melun. Pour m'avoir intégrée dans les réunions avec la Clinique et introduite auprès des équipes du bloc opératoire, je te remercie de n'avoir jamais fermé les portes à mes demandes et de m'avoir fait confiance au quotidien pour échanger sur les difficultés du projet ; sa réussite n'en fut que plus belle car elle était le fruit d'un travail d'équipe complémentaire.

Je remercie l'ensemble des professionnels, médecins, soignants, cadres, syndicats qui ont bien voulu se prêter au jeu des entretiens et me faire part de leurs inquiétudes et leurs pensées sans langue de bois sur ce projet de mutualisation.

Pour son accompagnement à la construction de ce mémoire, je remercie Michel LOUAZEL, enseignant de l'EHESP.

Enfin, parce qu'elle a été un soutien quotidien, une encadrante exceptionnelle, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma maîtresse de stage, Aurélie RAMA, Directrice des affaires financières. Par ta connaissance pointue de l'institution hospitalière, ton humanité, ton sens de l'humour, ta bienveillance sans faille et ta confiance en moi, tu as su conforter mon choix professionnel tout au long de ce stage et me soutenir dans les moments les plus éprouvants du déménagement. Je sais que j'ai une chance énorme de t'avoir eue pour maîtresse de stage ; je veux devenir cette Directrice que tu es, aussi brillante, humaine et reconnue que toi.

*« Ils ne savaient pas que c'était impossible alors ils l'ont fait... »*

Marc TWAIN

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
1 Les enjeux à coopérer : entre risques et opportunités pour chacun des partenaires...	9
1.1 Les risques de coopérer sur la chirurgie.....	9
1.1.1 Se faire concurrence sur une même activité et perdre des parts de marché...	9
1.1.2 Étouffer la chirurgie publique dans un carcan privé avec une gouvernance complexe et un rôle de la tutelle limité.....	11
1.2 Les opportunités à coopérer sur l'activité chirurgicale : tous gagnants ? .....	13
1.2.1 Maintenir une offre de chirurgie publique dans un territoire inégalitaire et défavorisé socio économiquement conjugué à l'enjeu de la permanence des soins.	13
1.2.2 Rechercher l'efficacité économique par la mutualisation des investissements onéreux et dynamiser un parcours de soins de proximité sur le territoire.....	15
1.2.3 Garantir l'attractivité des personnels (médicaux et non médicaux) et limiter la fuite des patients pour des soins de qualité sur le territoire de santé .....	17
2 Une mutualisation des blocs opératoires pensée selon un modèle intégratif malgré des modes de fonctionnement public/privé aux antipodes.....	19
2.1 Les modalités pratiques de mutualisation des blocs opératoires prévues par les deux établissements – la théorie.....	19
2.1.1 L'organisation générale des blocs : une location de deux salles par la clinique au bénéfice de l'hôpital.....	19
2.1.2 Une SSPI commune avec des lits indifférenciés et une prise en charge assurée par du personnel privé.....	19
2.1.3 Le cas particulier de l'endoscopie – une activité publique réalisée dans les blocs privés .....	20
2.1.4 Le circuit du médicament : 2 PUI mais un approvisionnement du bloc assuré par la Clinique .....	20
2.1.5 La logistique : des prestations mutualisées dans une recherche d'efficacité.....	21
2.2 Une mutualisation qui repose sur deux modèles de fonctionnement antagonistes que les divergences culturelles compliquent et que le contexte lié à la Clinique n'a pas apaisé	22

2.2.1	Hôpital et clinique ont des gouvernances, fonctionnements et des modèles économiques différents.....	22
2.2.2	Des spécificités de prise en charge des deux côtés et une permanence des soins publique à assurer .....	23
2.2.3	Un contexte difficile lié à la Clinique a fragilisé le partenariat .....	24
2.2.4	Deux cultures différentes qui s'affrontent : « chirurgie privée versus chirurgie de service public » .....	26
3	La mutualisation des blocs à l'épreuve de la pratique : les problèmes soulevés obligent à des adaptations.....	29
3.1	Le fonctionnement du bloc.....	29
3.1.1	Le bloc.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
3.1.2	La SSPI : d'un modèle commun et indifférencié à un modèle commun mais sectorisé .....	32
3.1.3	L'endoscopie : une activité finalement non mutualisée, un casus belli entre les deux partenaires .....	33
3.2	Les problèmes liés à la logistique ont compliqué les premiers mois de fonctionnement du bloc et imposent d'en conforter les modalités pratiques.....	34
3.2.1	Le circuit du médicament.....	34
3.2.2	La logistique : des dysfonctionnements quotidiens apparaissent et obligent à des ajustements qui se règlent sur le terrain.....	35
	Conclusion.....	37
	Bibliographie .....	39
	Liste des annexes .....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux  
CHMJ : Centre Hospitalier Marc Jacquet  
COPERMO : Comité Interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'offre de soins  
CSJE : Clinique Saint-Jean l'Ermitage  
DIM : Département de l'Information Médicale  
DPI : Dossier Patient Informatisé  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
GHM : Groupe Homogène de Malades  
GHSIF : Groupe Hospitalier Sud Île-de-France  
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire  
IADE : Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État  
IDH 2 : Indice de Développement Humain  
PDS : Permanence des Soins  
PMC : Prestation Médicale Croisée  
PRS : Projet Régional de Santé  
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur  
RSA : Revenu de Solidarité Active  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SSPI : Salle de Surveillance Post Interventionnelle  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
T2A : Tarification à l'Activité



## Introduction

*« Un bloc opératoire, c'est comme un opéra, chacun y tient un rôle bien précis, une place précise, un ordre d'arrivée précis ; ça en fait une activité à part dans un hôpital... »*

Un professionnel du bloc

Tantôt lieu de fascination, de craintes et d'appréhensions, lieu d'exercice de l'« *art chirurgical* » ou encore lieu de crispations, les blocs opératoires doivent répondre aux défis multiples de l'attractivité, de la qualité et sécurité des soins, de l'innovation technologique et de la maîtrise des coûts. Pour y répondre, la planification sanitaire s'attache à restructurer le paysage hospitalier depuis les années 90, ciblant tour à tour le secteur privé puis le secteur public, sous l'impulsion des conversions d'activités, des regroupements, des fusions, voire des fermetures. A l'heure des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et de la dynamique coopérative fortement incitée, voire contrainte, des établissements, la délivrance des autorisations sanitaires reste un enjeu majeur pour les établissements de santé financés à l'activité pour qui chaque autorisation constitue un puissant levier d'attractivité et de gains de parts de marché tandis que pour l'Agence Régionale de Santé (ARS), ces autorisations sont un moyen au service de la recomposition hospitalière dans l'intérêt du patient pour un parcours de soins gradué, coordonné, de proximité, de qualité et efficient. Dans le contexte de la raréfaction des moyens (qu'ils soient humains ou financiers), préserver son autorisation de chirurgie, et la possession des blocs opératoires qui lui est inhérente, constitue un challenge de taille pour les établissements priés de se restructurer sous l'injonction du régulateur. En effet, comme le soulignait M. Christophe GAUTIER, Directeur Général des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, lors de son allocution d'ouverture du colloque EHESP sur les blocs opératoires de novembre 2017 *« le bloc est un élément très fort de la planification sanitaire. Le niveau d'autorisation d'un établissement en chirurgie est un élément très important de son positionnement. On voit beaucoup d'éléments de crispations lors des reconversions d'établissements qui se cristallisent autour de la chirurgie. Le fait d'avoir ou de ne pas avoir un bloc est une catégorisation très importante pour un établissement, non pas simplement pour la dispensation de la discipline chirurgie elle-même, mais par ses conséquences sur les autres disciplines présentes au sein de l'établissement, comme par exemple l'anesthésie ou la gynécologie obstétrique »*. Ainsi, si la mutualisation des fonctions supports (telles que les achats, les laboratoires ou encore le Département d'Information Médicale (DIM)) entre établissements publics de santé semble déjà complexe à opérer deux ans après la création

des GHT, la mutualisation d'activité de soins, aussi stratégique que la chirurgie, entre opérateur public et privé sur un même territoire de santé peut sembler relever de la gageure.

D'après le dictionnaire de l'Académie de médecine, la chirurgie est l'« *ensemble des méthodes, techniques et procédés comportant une action manuelle directe sur le corps humain, avec ou sans instrument, soit par manœuvres externes, soit par intervention nécessitant l'effraction sanglante du revêtement cutané. La chirurgie vise à corriger des déformations du corps congénitales ou acquises, à extirper des tumeurs ou corriger leurs conséquences fonctionnelles, à traiter certaines conséquences des infections, etc.* ». Cette activité s'exerce en bloc opératoire. Forte de sa technicité et de sa spécificité, il n'existe pas une chirurgie mais bien des chirurgies ; 12 spécialités existent. En effet, tantôt conventionnelle, tantôt ambulatoire, elle n'a eu de cesse au gré des progrès de la science de se spécialiser « *par organes ou appareils considérés (chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie orthopédique, etc.), selon les buts recherchés (chirurgie esthétique, réparatrice) ou encore selon les procédés utilisés (chirurgie plastique, microchirurgie)*<sup>1</sup> ». Preuve de sa pluridisciplinarité et de sa complexité, on recense pas moins d'un millier de Groupes Homogènes de Malades (GHM) et près de 8 000 actes chirurgicaux différents dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

La réglementation en vigueur sur l'activité chirurgicale est vaste ; et si celle relative à la chirurgie générale demeure peu étoffée, celle concernant les spécialités est beaucoup plus nourrie en dispositions réglementaires, recommandations ou préconisations des sociétés savantes dans les différentes spécialités. Son exercice en établissement de santé demeure conditionné par la délivrance d'une autorisation octroyée par l'ARS<sup>2</sup>, régulièrement évaluée pour décider de son renouvellement. En effet, les restructurations hospitalières engagées depuis les années 90 ont entraîné la fermeture ou recomposition de nombreux plateaux techniques dont des blocs opératoires entraînant des réductions capacitaires. La petite taille de certains plateaux techniques, le manque de sécurité et de qualité ont justifié d'importantes reconfigurations de l'offre de soins et notamment chirurgicale ; depuis 1996, ce sont 36 676 lits qui ont été fermés (mais 10 860 places ont été ouvertes en ambulatoire) soit une baisse de 22.9% et un total de 87 000 lits et places en chirurgie en 2015. Le secteur privé lucratif a très majoritairement subi ces fermetures et a vu ses capacités d'hospitalisation en chirurgie conventionnelle chuter de -41.3% entre 1996 et 2015 contre -26.8 % pour les établissements publics<sup>3</sup>. Tandis que les capacités ont été réduites, le nombre de sites de chirurgie éprouve davantage de difficultés à se réduire : en 2015, on

---

<sup>1</sup> <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=chirurgie>

<sup>2</sup> Article R 6122-25-2° du Code de Santé Publique

<sup>3</sup> Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale - chapitre 6 « les activités chirurgicales », septembre 2017 page 16-17

compte 869 établissements qui exercent une activité de chirurgie conventionnelle (contre 885 en 2010)<sup>4</sup>. En l'absence de seuils d'activité minimale réglementaire, il reste difficile pour l'autorité de tutelle de contraindre à la fermeture des blocs opératoires. Et si la fixation d'un seuil à 1500 actes avait été envisagée en 2010, l'idée a été abandonnée puisque 134 structures auraient dû être fermées (64% dans les hôpitaux publics, et 20% dans le privé lucratif), n'atteignant pas ce seuil. Malgré tout, des seuils sont fixés et appliqués pour trois spécialités que sont la chirurgie carcinologique<sup>5</sup>, cardiaque<sup>6</sup> et la neurochirurgie<sup>7</sup>. En l'absence de seuil dans les autres spécialités, c'est donc une réorganisation au fil de l'eau qui s'opère au gré des fragilités des équipes et des établissements, non sans difficulté pour les ARS en raison des mobilisations qui émergent quand la fermeture d'un bloc occupe l'actualité locale. Les exemples en France (et notamment dans les zones rurales) ne manquent pas dans des hôpitaux de proximité où la vétusté, la faible activité et l'absence de personnels, et notamment de chirurgiens pour tenir la permanence des soins visant à répondre aux demandes de soins non programmées, justifient les projets de fermeture de blocs.

L'Île-de-France n'échappe pas à la règle ; ses 8 départements se caractérisent par des inégalités fortes de l'offre de soins entre ses territoires. Ainsi, sur les 155 implantations en chirurgie que la région compte, le département parisien en comptabilise 45 tandis que la Seine-et-Marne n'en compte que 15<sup>8</sup>. La planification sanitaire a également eu pour conséquence la fermeture de sites chirurgicaux ; 256 sites étaient autorisés en 2000, 167 sites en 2012, 158 en 2016 et 155 en 2018. Le bilan du Projet Régional de Santé 2013-2017, dans son volet Schéma d'organisation des soins explique l'évolution par « *les regroupements d'établissements et les partages de plateaux techniques, accompagnés notamment par le jeu des renouvellements d'autorisation. Ce mouvement doit néanmoins faire face à de multiples freins liés à la sensibilité de cette question au plan local* »<sup>9</sup>. Pour amorcer cette recomposition souhaitée dans le PRS, un arrêté avait été adopté par l'ARS Île-de-France en 2015 lors de la vague d'évaluation des autorisations de chirurgie considérant comme ayant une faible activité les établissements réalisant moins de 2500 séjours chirurgicaux en hospitalisation complète et ambulatoire<sup>10</sup> et en faisant un des critères d'évaluation des autorisations détenues.

---

<sup>4</sup> Idem.

<sup>5</sup> Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

<sup>6</sup> Décrets n° 2006-77 et 78 du 24 janvier 2006 fixant les seuils par site géographique à 400 interventions chirurgicales majeures pour l'adulte et à 150 pour l'enfant.

<sup>7</sup> Décrets n° 2007-364 et 365 du 19 mars 2007 fixant les seuils par site géographique à 500 interventions pour l'adulte dont 100 à 200 pour l'enfant.

<sup>8</sup> Arrêté n°18-403 du 8 février 2018 relatif au bilan quantifié de l'offre de soins par territoire de santé en région Île-de-France pour les activités de soins – bilan OQOS pour l'activité de chirurgie.

<sup>9</sup> Bilan du PRS 2013-2017 – Schéma d'organisation des soins, page 19

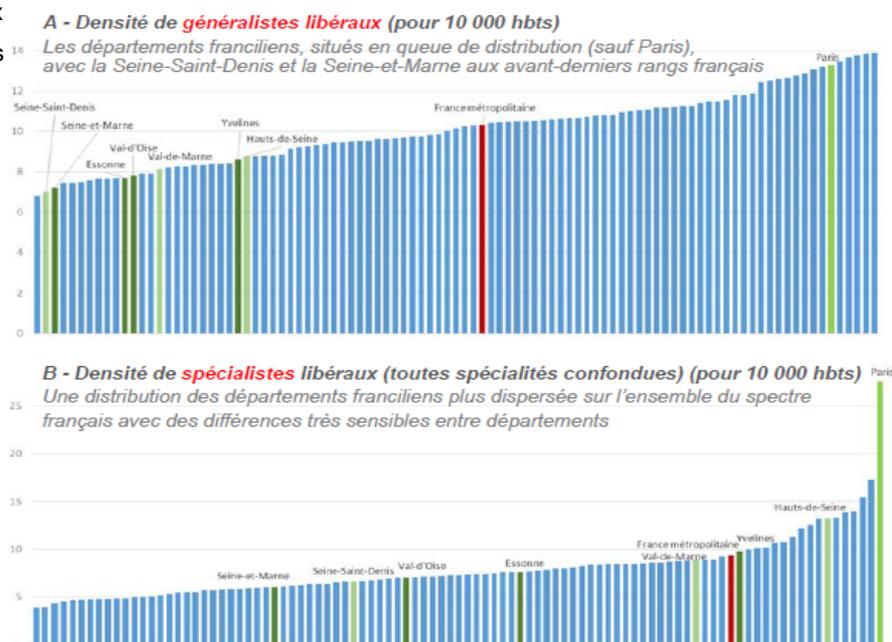
<sup>10</sup> Arrêté n°15-089 fixant des indicateurs d'évaluation pour les autorisations de chirurgie en région Île-de-France

La Seine-et-Marne est justement l'un des départements ciblés comme prioritaire dans le PRS 2013-2017 où un focus est fait sur l'activité de chirurgie où « l'association publique-privée est indispensable au maintien d'une offre durable et accessible y compris financièrement sur ce territoire »<sup>11</sup>. En effet, ce département se caractérise par un éclatement de l'offre hospitalière entre plusieurs établissements (8 centres hospitaliers et 11 établissements privés) et l'ARS souligne que « ce constat est particulièrement vrai dans la moitié sud du département, avec 5 centres hospitaliers et 6 établissements privés »<sup>12</sup>. En outre, la démographie médicale y est la plus faible de la région (voir graphique 1<sup>13</sup>) ; le département compte 8 zones déficitaires parmi les 29 territoires identifiés comme déficitaires par l'ARS Île-de-France. La densité de médecins pour 100 000 habitants y est de 220 environ contre une moyenne de 350 pour la région. La faiblesse du tissu libéral de généralistes et spécialistes se traduit par un recours plus important dans les services d'urgences des hôpitaux de proximité.

**Figure 9. Densités de professionnels de santé libéraux et mixtes dans les départements français en 2016**

■ France métropolitaine ■ IdF : Paris et petite couronne ■ Départements non franciliens  
■ IdF : grande couronne

Graphique 1 : Densité de professionnels de santé libéraux et mixtes dans les départements français en 2016.  
source ORS mars 2018



Devant les fragilités en termes d'attractivité médicale, de faiblesse des volumes d'activités, de vétusté de certains plateaux techniques et d'importants taux de fuite vers les

<sup>11</sup> PRS 2013-2017 – Schéma d'organisation des soins – Volet hospitalier, page 114.

<sup>12</sup> Idem, page 112.

<sup>13</sup> Observatoire régional de santé Île-de-France, Les déserts médicaux en Île-de-France : de quoi parle-t-on ? quels leviers d'actions ?, mars 2018

établissements parisiens et de la petite couronne, l'ARS a souhaité une restructuration de l'offre de soins seine-et-marnaise.

Le Groupe Hospitalier Sud Île-de-France (GHSIF) et les Cliniques Saint-Jean et l'Ermitage (CSJE), implantés dans le sud du département, dans la ville chef-lieu du département (Melun), font parties de ces établissements pour lesquels une restructuration de leurs activités s'imposait, passant par un rapprochement public-privé des deux établissements. Afin de mieux saisir les enjeux d'un tel projet, il convient de présenter les activités et chiffres clés des deux parties prenantes<sup>14</sup>.



**Chiffres clés 2017 :**

- 27 sites dont 2 principaux : Melun et Brie-Comte-Robert
- 187 M € de budget consolidé
- 2292 agents dont 245 médecins
- 7 pôles de soins
- SMUR : 4800 sorties
- 1 IRM et 2 scanners
- 1 SAU (69 000 passages aux urgences dont 40 600 adultes)
- 1 maternité (2834 naissances)
- 25 M actes de laboratoire B
- 751 lits et places sur le site de Melun répartis dans les activités de MCO, SSR, psychiatrie, gériatrie dont 353 lits et places en MCO
- 4 salles d'opération
- 3 366 actes chirurgicaux
- Spécialités chirurgicales : digestif, urologique, vasculaire, orthopédique & traumatologique, ORL et stomatologie

**Chiffres clés 2017 :**

- 2 sites répartis sur Saint-Jean à Melun et l'Ermitage à Dammarie-les-Lys
- Chiffre d'affaires : 22 M €
- 250 lits et places dont :
  - 110 lits de chirurgie dont 69 à Saint-Jean et 41 à l'Ermitage
  - 54 places d'ambulatoire dont 24 à Saint-Jean et 30 à l'Ermitage
- 1 salle dédiée aux endoscopies bronchiques et digestives
- 1 IRM sur le site de l'Ermitage.
- 78 médecins et 2 pharmaciens.
- 1.6 M actes de laboratoire B
- Absence de SAU, de maternité
- 14 salles d'opération dont 8 à Saint-Jean et 6 à l'Ermitage
- 5 251 actes chirurgicaux (site Saint-Jean) et 3 114 (site l'Ermitage)
- Spécialités chirurgicales : urologique, viscérale, orthopédique, gynécologique, endocrinienne, stomatologique, ORL, ophtalmologique

Le GHSIF, anciennement Centre Hospitalier Marc Jacquet (CHMJ) avant sa fusion en 2016 avec le Centre Hospitalier de Brie-Comte-Robert, a vu son activité de chirurgie progressivement décliner et finalement a connu le même sort que d'autres hôpitaux publics français à savoir la menace de fermeture de sa chirurgie face à une activité en perte de dynamisme et de spécialités, une équipe de chirurgiens fragile et des locaux vétustes. Les spécialités telles que l'ophtalmologie, l'ORL ou l'urologie ont progressivement cessé, du matériel n'a pas été renouvelé, une salle de bloc a été fermée passant de 4 à 3. L'hôpital de Melun était en déficit, n'était pas attractif et le financement par dotation globale n'incitait guère à vouloir changer les choses. Les années 2000 marquent une nouvelle ère avec l'arrivée d'une nouvelle direction à la tête de l'établissement, la mise en place d'un nouveau mode de financement (la T2A en 2004) et de nouveaux projets impulsés par la tutelle (anciennement Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)). Des actions sont entreprises pour enrayer le déficit et un projet de reconstruction de l'hôpital émerge en partenariat avec les établissements alentours. Il était initialement prévu que le CHMJ collabore avec la Clinique des Fontaines, établissement privé implanté également sur la ville de Melun, et

<sup>14</sup> Rapport d'activité 2017 GHSIF et site internet de la CSJE

non avec la CSJE comme prévu aujourd'hui, qui à l'époque n'était pas fusionnée et représentait deux établissements distincts (Saint-Jean et l'Ermitage). Pour le CHMJ, il était question de « *sauver l'hôpital sauf la chirurgie qui était le bras mort de l'hôpital* »<sup>15</sup> et les discussions portaient à croire que la chirurgie publique serait abandonnée au profit du privé. Une mobilisation locale s'est créée autour de ce projet de nouvel hôpital dépourvu de chirurgie publique dans laquelle se sont retrouvés élus, syndicats, personnels et habitants du bassin. Dans le même temps, la chirurgie du CHMJ a été amputée de son activité de nuit en avril 2009 : les urgences étaient alors transférées à l'hôpital voisin de Montereau ou réalisées en bloc maternité pour les extrêmes urgences, situation qui ne satisfaisait ni les élus ni les syndicats qui arguaient d'un risque sanitaire pour les patients transférés (**annexe 2** : article de presse juin 2010 « *Une pétition pour le retour de la chirurgie de nuit* »). Enfin, en 2012, le CHMJ est devenu site Permanence Des Soins en Établissement de Santé (PDSES) mais ne détenait pas les autorisations de chirurgie carcinologique. Après de nombreux revirements de configurations de la future plateforme publique-privée et des établissements parties, le projet s'arrête entre le CHMJ et la CSJE où la chirurgie publique devait être réalisée par le privé et non plus par le public.

L'arrivée en 2013 du directeur actuel, M. Dominique Peljak, au sein du CHMJ marque un tournant important dans l'histoire de la chirurgie de l'établissement. Soutenue politiquement par les élus, dont le député socialiste M. Olivier Faure, et syndicats, la volonté de sauver la chirurgie publique se concrétise et oblige à revoir les plans des futurs locaux arrêtés pour laisser une place à l'offre publique. L'ARS pousse à la coopération entre ces deux acteurs par l'intermédiaire de crédits accordés pour la reconstruction. En 2013, le projet de Santépôle est accepté par la Ministre de la santé et le permis de construire est déposé en 2014. Il représente l'opportunité de sauver la chirurgie publique sur le territoire. Afin de lier les établissements, un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens de droit privé est créé ; il convient de noter que ce n'est pas un GCS établissement de santé, qui n'a donc pas vocation à détenir des autorisations sanitaires communes. Le Santépôle est le fruit du regroupement de trois établissements de santé sur un site unique (le centre hospitalier et les deux cliniques qui étaient alors éclatées sur deux sites et deux communes : Melun et Dammarie-les-Lys). La plateforme repose sur une répartition des activités entre eux et vise à constituer un pôle hospitalier de référence pour le sud du département 77 afin d'y consolider une offre de soins qui présente plusieurs fragilités (seuils critiques, démographie médicale fragile, faible attractivité et taux de fuite important...) et alors améliorer la réponse aux besoins de santé de la population de ce bassin. Plusieurs fonctions supports y sont mutualisées (laboratoire, restauration, stérilisation) mais également des activités de soins telles que la chimiothérapie et les blocs opératoires. Pour

---

<sup>15</sup> Entretien avec un personnel du GHSIF.

cette dernière activité, la mutualisation prend la forme de blocs privés, situés dans les locaux de la Clinique dont des salles de blocs sont louées au Centre Hospitalier. Afin de mesurer l'ampleur du projet, il convient de se référer aux chiffres clés ci-dessous.



**Santépôle**  
de Seine-et-Marne

**Chiffres clés :**

- Ouverture juin 2018
- 1 site unique public/privé
- 1 bassin de population de 300 000 habitants
- 88 000 m<sup>2</sup> superficie : 56 000 m<sup>2</sup> pour le GHSIF – 32 000 m<sup>2</sup> pour la CSJE
- 734 lits d'hospitalisation dont 510 pour le GHSIF – 224 pour la CSJE
- 16 salles de blocs opératoires
- 2 scanners – 2 IRM
- 7 salles de naissances |
- 256 M € investis : 194 M € pour le GHSIF – 62 M € pour la CSJE
- Des activités mutualisées : blocs opératoires, laboratoire, restauration, stérilisation, chimiothérapie, sécurité et incendie

Le Santépôle, parce qu'il réunit trois établissements, deux entités distinctes, publique et privée sur un même site, constitue une expérience unique par son envergure. Peu d'établissements ont réalisé ce niveau d'intégration et de mutualisation. L'exemple de la Cité Georges Charpak à Saint-Nazaire entre une polyclinique et un centre hospitalier ouvert en 2012, d'une surface de 93 000 m<sup>2</sup>, est l'une des rares expériences analogues à réunir sur un même site acteur public et privé et partager les blocs opératoires<sup>16</sup>. Alors que la réforme des GHT incite à la coopération entre établissements publics avant tout, l'exemple du GHSIF et de la CSJE qui coopèrent et mutualisent à travers une plateforme unique publique/privée semble relever d'un défi à mettre en œuvre.

**Il est alors légitime de s'interroger sur les enjeux attachés à cette coopération et notamment ceux liés à la mutualisation des blocs opératoires sur ce territoire de santé. Quelles adaptations du modèle ont-été rendues nécessaires du fait des contraintes de part et d'autre ? Et enfin, quelles sont les perspectives après deux mois de fonctionnement ?**

---

<sup>16</sup> <https://www.hopital-saintnazaire.fr/le-centre-hospitalier/la-cite-sanitaire-georges-charpak.html>

Pour répondre à ces questionnements, ce mémoire procède en trois temps :

- I) La première partie aura pour finalité d'appréhender les différents enjeux inhérents à chaque partie au projet de mutualisation des blocs opératoires ;
- II) La deuxième partie s'attachera à présenter le modèle intégratif tel qu'il a été conçu initialement à l'épreuve des différences substantielles de modèle public privé et du contexte ;
- III) Enfin, la troisième partie exposera les solutions trouvées aux problèmes rencontrés ; les perspectives et pistes d'amélioration après un court bilan de fonctionnement seront également énoncées.

## METHODOLOGIE

Ce mémoire s'appuie sur une démarche en trois temps. Tout d'abord, en ma qualité d'élève directeur stagiaire, j'ai pu bénéficier d'une approche terrain de différentes manières. Ainsi, en début d'année, j'ai pu suivre la Directrice des soins du GHSIF aux réunions avec son homologue de la Clinique et aux visites de chantier afin de faire des points réguliers sur l'état d'avancement du projet, et notamment des blocs opératoires. Puis, en mars, avec l'intérim de la direction des services techniques et des travaux qui m'a été confié, nous avons dû organiser en lien avec différents personnels (cadre de bloc, ingénieur travaux, techniciens supérieurs, Direction des soins et Direction des Ressources Humaines), les installations techniques de matériel ou encore régler des sujets liés aux configurations des accès par badges, clés, ascenseurs, etc. afin que le déménagement en juin se déroule dans les meilleures conditions. En parallèle, j'ai pu assister à différentes réunions sur le sujet (CODIR, réunions entre directions, etc.).

Ensuite, 12 entretiens individuels ont été conduits pour recueillir différents points de vue (voir liste des personnes interrogées en **annexe 1**) ; ces entretiens ont été croisés avec des temps d'observation au bloc opératoire sur l'ancien site et le nouveau.

Enfin, la construction de ce mémoire s'est accompagnée d'une analyse documentaire importante sur le sujet de la mutualisation, des liens entre le public et le privé, des retours d'expériences similaires ainsi que des documents internes (protocoles, procès-verbaux de réunions ou instances, coupures presse, tracts syndicaux, etc.).

# 1 Les enjeux à coopérer sur les blocs opératoires : entre risques et opportunités pour chacun des partenaires

## 1.1 Les risques multiples de coopérer sur la chirurgie

### 1.1.1 Se faire concurrence sur une même activité et perdre des parts de marché

Les deux établissements ont une activité de chirurgie et exercent des spécialités dont certaines sont similaires telles que le digestif ou l'orthopédie. Or, dans un modèle de financement qui repose sur la T2A, il peut paraître étonnant de penser un projet de blocs opératoires communs où chacun souhaite naturellement avoir une activité chirurgicale supérieure à celle de l'autre, gagner des parts de marché, de l'activité et donc des recettes. Pourtant, après analyse de leurs activités respectives (voir tableau ci-dessous<sup>17</sup>), il est possible de dresser les constats suivants :

- L'activité chirurgicale privée est supérieure en volume à celle publique et peut s'expliquer par un nombre de salles de blocs et un capacitaire plus important ;
- L'activité de la CSJE s'étend sur un nombre moins élevé de GHM avec un degré de sévérité (3 et 4) de ses patients pris en charge moindre ;
- Son activité ambulatoire est plus conséquente que celle exercée au GHSIF – cela s'explique par des actes opératoires davantage éligibles à ce mode de prise en charge (la cataracte par exemple qui représente un acte majeur de l'activité de la CSJE) ;
- Enfin, la chirurgie publique est davantage non programmée que l'activité privée, en raison notamment de la présence d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU) avec près de 50 000 passages annuels et une activité orthopédique et traumatique inhérente.

Conjuguée à la présentation de chaque établissement et de ses activités, il est évident que l'activité chirurgicale ne constitue pas l'activité principale du GHSIF qui exerce d'autres activités (médecine, maternité, psychiatrie, SSR, médico-sociale notamment) au contraire de la CSJE pour qui la chirurgie constitue « *le nerf de la guerre* ». Des segments de spécialités sont concurrents (notamment l'orthopédie, l'endoscopie et le digestif) et en cela, il y a un risque potentiel de perte de parts de marché pour chacun des établissements. Néanmoins, la patientèle (complications inhérentes et degré de sévérité) et les modes de prise en charge (programmé et majoritairement ambulatoire pour le privé versus non programmé et en hospitalisation complète pour le public) demeurent des caractéristiques

---

<sup>17</sup> Source Hospidiag - [http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?\\_service=hospidiag&\\_debug=0&\\_program=hd.accueil\\_hd.sas](http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_debug=0&_program=hd.accueil_hd.sas)

prégnantes pour le public et le privé capables d'atténuer cette concurrence qu'un modèle mutualisé pourrait engendrer.

### **Activité chirurgicale du GHSIF et de la CSJE (réparties sur 2 sites) en 2017 :**

<b>Année 2017</b>	<b>GHSIF</b>	<b>Clinique Saint- Jean</b>	<b>Clinique L'Ermitage</b>
Nombre d'actes chirurgicaux	3366	5251	3114
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	14	10.2	6.6
Nombre minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	115	42	25
Part de séjours de sévérité 3 et 4	15.55	1.6	1.17
Nombre de RSA de chirurgie HC	2345	2202	1415
Nombre de RSA de chirurgie ambulatoire	1024	3917	2198
Nombre d'actes endoscopies	1873	2100	4126
Actes chirurgicaux les plus fréquents	Intervention peau et tissu sous-cutané (293) ; Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur) (250) ; Traumatismes du bassin et des membres (250) ; Ablations matériel (230) ; Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires (199).	Actes ORL et stomato divers (736) ; Cataractes (625) ; Chirurgie <u>transurétrales</u> , autres (343) ; Hernies (342) ; Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur) (342).	Cataractes (801) ; Actes ORL et stomato divers (408) ; Chirurgie <u>transurétrales</u> , autres (404) ; Hernies (227) ; Chirurgie appareil génital masculin (182).
Nombre de salles	4	8	6
Nombre de lits de chirurgie	30	69	41
Nombre de places de chirurgie	6	24	30
Nombre d'ATU	49 619	-	-

De plus, d'après les études réalisées sur les coopérations qui ont émergé depuis la fin des années 90 notamment, il est possible de voir qu'elles se réalisent en général sur un ancrage territorial de proximité (et rarement inter-régional) ce qui ne favorise pas un panel d'établissements très larges. Naturellement, le dialogue s'engage alors avec un établissement dont les activités sont concurrentes, et rarement complémentaires. « *C'est particulièrement vrai dans le cas d'un GCS regroupant structures publiques et structures privées en concurrence sur des segments d'activité similaires (chirurgie orthopédique ou digestive, endoscopies)*<sup>18</sup>. » L'expérience de la Cité sanitaire de Saint-Nazaire repose quant

<sup>18</sup> Chaumont C., « *Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier* », Gestions hospitalières, janvier 2012, N°512, p.28-29.

à elle sur un faible nombre de doublons, la Clinique mutualiste de l'Estuaire ne réalisant pas de chirurgie orthopédique-traumatologique par exemple au contraire du Centre hospitalier, ou encore, ce dernier ne proposant pas de chirurgie urologique à l'inverse de la Clinique<sup>19</sup>. Par conséquent, si un risque de concurrence existe sur l'activité de chirurgie entre le centre hospitalier et la clinique de Melun par le projet de mutualisation des blocs opératoires porté par le Santépôle, on s'aperçoit que l'offre de soins est différente et la patientèle également, ce qui devrait normalement diminuer le risque de perte de parts de marché pour les deux établissements.

### **1.1.2 Le risque d'étouffer la chirurgie publique dans un carcan privé avec une gouvernance complexe et un rôle de la tutelle limité**

Réaliser la chirurgie publique et privée dans des blocs opératoires privés emporte deux aléas liés au développement de l'activité et la gouvernance attachée au dispositif de GCS de moyen contractualisé entre les deux établissements.

Tout d'abord, coopérer implique une interdépendance entre les parties ; les décisions de l'un ont des conséquences sur les décisions de l'autre. Un article de Claire Chaumont, consultante santé dans le périodique « Gestions hospitalières » illustre la coopération par le dilemme du prisonnier de Melvin Dresher et Merrill Flood : 2 complices détenus doivent choisir des options plus ou moins dangereuses pour leur sort et de l'un dépend le sort de l'autre. Elle considère que pour deux établissements, il s'agit de la même chose : « *Pour deux établissements hospitaliers, ce dilemme s'exprime selon la déclinaison suivante : les établissements A et B peuvent choisir de maintenir ou non leur plateau technique. Si chacun le maintient, l'activité chirurgicale est maintenue pour chacun, mais les coûts de fonctionnement sont importants. Si un seul renonce à son plateau technique, c'est en sa défaveur, puisque l'autre établissement récupère toute l'activité chirurgicale du bassin de santé. Enfin, s'ils partagent un plateau technique, l'activité chirurgicale est maintenue et les coûts de fonctionnement pour chacun sont diminués. Activité maintenue et moindre coût, la situation de coopération est donc préférable, mais elle est instable puisque son choix présente un risque (perdre son activité chirurgicale) pour celui qui s'y engage. La coopération porte donc en elle une difficulté intrinsèque : chacun des partenaires doit abandonner une partie de sa liberté de choix au profit d'un autre dont il ignore les possibilités. L'acteur ne maîtrise qu'en partie le résultat final de son association* »<sup>20</sup>. Dans le cas d'espèce du Santépôle, un GCS a été créé avec des blocs privés où s'y effectue une

---

<sup>19</sup> <https://www.hopital-saintnazaire.fr/le-centre-hospitalier/la-cite-sanitaire-georges-charpak/des-activites-partagees.html>

<sup>20</sup> Chaumont C., « *Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier* », Gestions hospitalières, janvier 2012, N°512, p.28-29.

chirurgie privée et publique : de facto, le GHSIF et la CSJE sont liés par cette activité. La chirurgie publique n'est donc plus tout à fait publique et la chirurgie privée n'est donc plus tout à fait privée. De l'une dépend l'autre, ainsi, tout développement d'activité de l'un aura forcément des conséquences sur l'activité de l'autre : si le public veut se développer, il lui faudra alors plus de deux blocs, tels qu'alloués actuellement ; si le privé veut se développer, il reste coincé par les deux salles louées au public. Or, ce modèle peut s'avérer complexe et problématique en termes économiques puisqu'il bloquera forcément l'une ou l'autre des parties dans une dynamique d'activité future. Cela revient à enfermer la chirurgie publique dans un carcan juridique et matériel qui n'est plus la pleine propriété du GHSIF, il y a dorénavant un autre interlocuteur, la CSJE, qu'il convient de prendre en compte et qui s'insère indirectement dans les décisions à venir du GHSIF, notamment dans son projet médical et d'établissement ou encore dans le projet médical partagé noué dans le cadre du GHT. Un personnel interrogé résume cela en ces propos « *on n'est plus chez nous* ».

En outre, des risques attachés à la gouvernance du dispositif se posent. En effet, juridiquement un GCS de moyen lie deux établissements via l'adoption d'une convention constitutive mais dans les faits, cela concerne deux équipes de direction et deux équipes de blocs avec des fonctionnements différents (des médecins salariés pour le GHSIF versus des chirurgiens libéraux pour la CSJE). Le rôle de la tutelle peut s'avérer complexe et ambigu compte tenu du modèle hybride mis en place. Ainsi, l'ARS dispose-t-elle des moyens de contraindre un établissement quand un autre établissement est également partie à l'exercice d'une activité de soins. Pourrait-elle par exemple avoir des exigences pour l'activité chirurgicale du GHSIF si celui-ci n'est pas pleinement maître de ses blocs. On peut aisément imaginer une visite de conformité de l'ARS et les préconisations qui en découlent en cas de dysfonctionnements du circuit patient ou des adaptations architecturales (anomalies du bâti par exemple) conjointes au GHSIF alors qu'il s'agit de locaux privés, appartenant à la CSJE. Quels moyens de pression a-t-elle pour contraindre les uns et les autres ? De même, cela peut jouer lors de l'évaluation des autorisations de chirurgie pour chacun des établissements en lien avec la notion de seuils d'activité – comment inciter à la dynamique d'activité de l'un quand le modèle conçu induit que leurs activités respectives soient grandement liées au nombre de salles de blocs dédiées au GHSIF et à la CSJE.

Ainsi, le risque de concurrence entre les deux établissements existe et le modèle peut pâtir d'une gouvernance complexe en sus de sceller le sort de la chirurgie publique au bon vouloir du privé avec un rôle d'intervention de la tutelle difficile à appréhender dans un futur à plus ou moins court terme. Toutefois, le projet présente de nombreuses opportunités pour les parties, l'ARS, les patients et les personnels.

## 1.2 Les opportunités à coopérer sur l'activité chirurgicale : tous gagnants ?

### 1.2.1 Maintenir une offre de chirurgie publique dans un territoire inégalitaire et défavorisé socio économiquement conjugué à l'enjeu de la permanence des soins

La Seine-et-Marne se caractérise par des indicateurs socio-économiques et épidémiologiques défavorables par rapport au reste de la région. Le bassin de Melun-Sénart se distingue encore du reste du département par une précarité sociale (Indice de Développement Humain (IDH 2) moins élevé que le département ou la région et une part de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) plus grande par rapport au département et à la région) et une prévalence de certaines pathologies plus fortes (cancers, maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire mais aussi en santé mentale). Le tableau ci-dessous<sup>21</sup> rend compte de ces disparités et des caractéristiques du bassin de population pour qui le GHSIF et la CSJE sont deux opérateurs de soins de proximité.

Données socio-économiques et épidémiologiques – comparatif bassin de Melun, le département de Seine-et-Marne et la région Île-de-France

Donnée concernée	Le bassin de Melun	La Seine-et-Marne	L'Île-de-France
IDH 2	0,55	0,57	0,65
Pourcentage d'habitants couverts par le RSA	10,66	6,66	7,45
Taux standardisé de mortalité par cancer (période 2010-2013) pour 100 000	225,77	225	210,92
Taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (période 2010-2013) pour 100 000	179,28	178,66	155,25
Taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (période 2010-2013) pour 100 000	53,81	52,41	43,11
Taux standardisé de mortalité par suicide (période 2010-2013) pour 100 000	13,48	11,81	8,04

Ces données plaident en faveur du maintien d'une offre de chirurgie publique pour une population dont les besoins de santé sont supérieurs au reste de la région et dont les

<sup>21</sup> [https://cartoviz.iau-idf.fr/?id\\_appli=ors&x=670050.9917467245&y=6848952.383926893&zoom=2](https://cartoviz.iau-idf.fr/?id_appli=ors&x=670050.9917467245&y=6848952.383926893&zoom=2)

revenus moindres limitent la possibilité de se tourner vers une offre privée accessible sous réserve de paiement de dépassements d'honoraires. Le PRS de 2013 appuie cette volonté de maintenir une offre publique via ce partenariat : « *En chirurgie, l'association publique-privée est indispensable au maintien d'une offre durable et accessible y compris financièrement sur ce territoire*<sup>22</sup> ».

De plus, le GHSIF assure la permanence des soins en établissement de santé en chirurgie et doit à ce titre garantir un accès aux blocs opératoires en continu, y compris la nuit, les week-ends et jours fériés, contrainte qui ne pèse pas sur le secteur privé. Le modèle public est ainsi organisé de façon à permettre la PDSES avec des horaires de travail, des repos compensateurs et un modèle de rémunération pour ses médecins qui y participent. L'absence de modèle symétrique dans le privé ne favorise pas la participation des médecins libéraux à assurer la PDSES. En effet, la rémunération d'un chirurgien libéral repose sur son activité chirurgicale réalisée tandis que la rémunération d'un médecin du public n'est pas conditionnée à son activité. Aussi, un chirurgien libéral qui participerait à la PDSES voit son activité programmée du lendemain compromise alors même que ces revenus en dépendent directement. Bien que les choses soient en train d'évoluer, quand le projet a été élaboré, les médecins du privé n'étaient pas forcément prêts à assurer cette permanence des soins assumée par le centre hospitalier et il était donc plutôt souhaitable du côté de la Clinique de maintenir une chirurgie publique et les obligations qui lui incombent, dont la permanence des soins. Il convient d'ailleurs de souligner que le GHSIF éprouve des difficultés à remplir toutes ses lignes de PDSES en raison d'une démographie médicale peu favorable. La participation des médecins privés est donc souhaitable afin de garantir une continuité des soins. Dans un rapport de 2008, le Sénat plaidait dans le sens du « *développement des coopérations entre les établissements de santé publics et privés, quelle que soit la forme juridique choisie, constitue, (...), une voie d'avenir pour la réorganisation de l'offre de soins chirurgicaux dans les régions les plus touchées par les fermetures de plateaux techniques. Ces rapprochements permettront en effet de mutualiser les moyens matériels et humains en chirurgie pour offrir à la population une offre de soins de qualité. Ils seront facilités, le cas échéant, par la mise en place d'un partage de l'obligation de permanence des soins entre public et privé sur un territoire donné (...)*<sup>23</sup>».

---

<sup>22</sup> PRS 2013-2017 – Schéma d'organisation des soins – Volet hospitalier, page 114.

<sup>23</sup> Sénat, Commission des affaires sociales, M. Alain MILON, Rapport d'information n° 287 (2007-2008) – « Accès à des soins de qualité : le cas de la chirurgie », avril 2008.

### **1.2.2 Rechercher l'efficacité économique par la mutualisation des investissements onéreux et dynamiser un parcours de soins de proximité sur le territoire**

Le projet de Santépôle à travers la mutualisation des blocs opératoires répond également à une double logique favorable à la fois aux établissements et au pouvoir de régulation (ARS) d'un point de vue économique mais aussi à l'intérêt du patient s'agissant de la qualité du parcours de soins.

Concernant les enjeux économiques portés par la mutualisation, ils reposent sur la non multiplication des plateaux techniques au sein de la CSJE et du GHSIF en réunissant sur un même site leurs blocs opératoires respectifs. Cette opération limite ainsi les investissements coûteux en termes de moyens (mobiliers, équipements, installations techniques (fluides médicaux notamment) et bâti) et permet de mutualiser les moyens humains. Pour la CSJE par exemple, éclatée sur deux sites auparavant, le Santépôle lui permet de regrouper son plateau technique et de ne pas multiplier les sites, les équipes, les équipements, les circuits.

De plus, la reconstruction de chacun des établissements sur un site unique s'est faite dans le cadre d'un projet dit « COPERMO » (Comité Interministériel de Performance et de la Modernisation de l'Offre de Soins) validé en octobre 2013. Cette validation était conditionnée à la coopération publique-privée pour inciter, grâce au levier financier, ce partenariat entre le GHSIF et la CSJE. Ainsi, un financement à hauteur de 50 millions d'euros a été alloué, réparti comme suit : 40 millions d'euros pour le GHSIF et 10 millions d'euros pour la CSJE.

D'autre part, la mutualisation de certaines fonctions supports poursuit une logique d'efficacité pour les deux établissements. Cela s'opère à travers la restauration que fournit le GHSIF ou encore à travers l'élimination des déchets mais aussi par le partage de locaux, ce qui réduit les surfaces à bio nettoyer. La stérilisation est aussi mise en commun par le biais d'une sous-traitance auprès d'un prestataire extérieur et évite à chacun des acteurs parties au projet de détenir sa propre stérilisation et de traiter ainsi un plus gros volume de consommables. En mettant en commun ces fonctions logistiques, le GHSIF et la CSJE ont pour objectif la réduction de leurs dépenses de fonctionnement respectives.

Enfin, l'opportunité économique de préserver une activité chirurgicale publique pour le GHSIF réside dans ses activités autres. En effet, le GHSIF est siège de Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) de la Seine-et-Marne, dispose d'un SAU avec près de 50 000 passages annuels et détient une Unité de Surveillance Continue (USC), de réanimation et de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Son casemix comprend une part importante de traumatologie. Sans bloc opératoire dédié, cela imposerait des transferts vers d'autres

établissements de santé du bassin et induirait donc une perte importante de patients pour les services alimentés par la chirurgie que sont la réanimation, l'USC ou le SSR. La présence d'une offre publique en chirurgie permet de facto de limiter le taux de fuite des patients estimé à 50.7% en Seine-et-Marne en chirurgie en 2015, et qui représente le plus important taux de fuite de la région avec des taux à 30/40% dans les autres départements franciliens, et donc in fine de limiter une perte d'activité pour le GHSIF. Dans ce sens, l'ARS a estimé une cible potentielle à 45% à l'horizon 2020 si le Santépôle permet d'accroître l'ancrage territorial de l'offre de soins au travers de l'approfondissement des relations médicales entre les établissements.

S'agissant des impacts sur le parcours de soins, dans la lignée de la limitation du taux de fuite ou des transferts évités par la présence d'une offre publique en chirurgie, il convient de souligner les bénéfices pour les patients de cette mutualisation de blocs opératoires publics/privés au sein d'un même site. En effet, bien que concurrents sur certaines spécialités (l'orthopédie ou le digestif par exemple), le GHSIF et la CSJE sont aussi complémentaires dans leur offre de soins ce qui permet d'offrir une plus large gamme de spécialités médicales et chirurgicales mais aussi de répondre aux complications liées à l'état du patient et enfin de proposer un parcours patient fluidifié sur l'ensemble du Santépôle. En l'espèce, en proposant certaines spécialités chirurgicales dont ne dispose pas le GHSIF, des patients du public peuvent être pris en charge par la CSJE (en ophtalmologie par exemple ou chirurgie carcinologique) sans besoin de transfert. Pour autant, il convient de noter que les cas lourds seront toujours envoyés dans les hôpitaux plus spécialisés de la petite couronne ou de la capitale, la CSJE ne disposant pas des autorisations de chirurgie cardiaque ou de neurochirurgie par exemple.

La Clinique, quant à elle, bénéficie par sa proximité avec le GHSIF de son flux important de patients drainés par le SAU et peut espérer une hausse de son activité par transfert de patients depuis le GHSIF. Elle bénéficie, en outre, des spécialités d'aval du GHSIF que sont la réanimation, les services de médecine (pneumologie, court séjour gériatrique ou encore médecine interne), l'USC ou le SSR et permet de limiter les transferts de patients vers d'autres établissements. De son côté, le GHSIF peut espérer une hausse de sa file active dans ces spécialités par le fait des transferts depuis la Clinique. La proximité géographique et l'unicité de site amène donc à revoir les coopérations nouées avec d'autres établissements. Ces transferts entre eux fluidifient le parcours patient, limitent le taux de fuite et évitent des transferts de patients toujours gênants et stressants pour les patients et leurs familles. Cela se fait dans le respect du libre choix du patient qui peut toujours choisir entre une prise en charge par le public ou le privé, et garantissant un accès aux soins pour tous.

### **1.2.3 Garantir l'attractivité des personnels (médicaux et non médicaux) et limiter la fuite des patients pour des soins de qualité sur le territoire de santé**

Cette mutualisation des blocs opératoires porte également des objectifs d'attractivité des personnels dont la démographie sur le sud du département est faible mais également d'amélioration de la qualité des soins offerts.

S'agissant de l'attractivité des professionnels, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, le maintien d'une offre de chirurgie publique et au-delà, d'une coopération publique/privée, revêt plusieurs dimensions. En effet, tout d'abord, il s'agit d'offrir à ces personnels des équipements performants, neufs, dans des locaux neufs, plus ergonomiques, respectueux des normes réglementaires (en hygiène et en pression par exemple) et informatisés. Ensuite, plus spécifiquement pour les anesthésistes, le maintien de la chirurgie permet de ne pas effectuer des actes seulement en gynécologie-obstétrique mais de travailler également en chirurgie ; cette variété des activités proposées est gage d'attractivité pour cette catégorie particulière de médecins dont la démographie pose le plus de difficultés dans les petits hôpitaux qui peinent à remplir toutes leurs lignes de garde, et qui peuvent avoir recours à de l'intérim médical onéreux pour palier leur manque.

De plus, cette mutualisation ouvre la voie des Prestations Médicales Croisées (PMC) pour les chirurgiens des deux établissements. Cela se matérialise dans les faits par la possibilité offerte à un professionnel du public d'opérer un de ses patients dans une discipline que ne détient pas le GHSIF – ainsi, on peut imaginer qu'un patient du public à qui l'on découvrirait une tumeur digestive pourrait être opéré par un chirurgien du public dans les blocs opératoires sous couvert de l'autorisation de chirurgie carcinologique détenue par la Clinique. En effet, le GHSIF ne détenant pas cette autorisation sanitaire ne peut pas proposer à ses chirurgiens de réaliser de tels actes, pourtant intéressants pour les chirurgiens et qui peuvent constituer un motif de fuite de ces professionnels. De même, les PMC ont l'intérêt de permettre la réalisation d'actes programmés pour les chirurgiens publics alors même que l'activité du GHSIF est davantage non programmée (compte tenu d'une file active alimentée notamment par son SAU), or, il ressort des entretiens, que la possibilité d'une activité plus importante programmée est gage d'attractivité pour les chirurgiens et pour les Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'État (IADE). Il convient de noter que les PMC présentent un avantage pour la Clinique également dans la mesure où des actes effectués par des chirurgiens publics sous couvert de son autorisation peuvent dynamiser ses seuils d'activités dans ses autorisations de cancérologie pour laquelle des seuils s'appliquent<sup>24</sup>.

Enfin, concernant l'amélioration de la prise en charge des patients, il convient de noter que les anciens blocs opératoires du GHSIF dont les pannes de fonctionnement étaient

---

<sup>24</sup> Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

récurrentes et les locaux vétustes laissent place à deux salles de blocs aseptiques, neuves et ergonomiques, plus lumineuses et moins anxiogènes pour le patient. Le circuit patient est optimisé de sa chambre au sas puis en salle de bloc et enfin en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) avant son retour en chambre. La qualité et la sécurité qualifient la prise en charge grâce notamment à l'informatisation et une meilleure identification du patient et la traçabilité de son parcours de soins. En préservant une offre publique en chirurgie, on lui garantit une proximité de ses soins, on limite le taux de fuite et in fine, le patient bénéficie de soins au plus près de son domicile (hors actes lourds pour lesquels un transfert vers les hôpitaux plus spécialisés et techniques s'impose selon le principe de gradation des soins). De même, un accord conclu entre les deux établissements laisse place à des vacations en salle hyper aseptique détenue par le privé au bénéfice du GHSIF, idéale pour réaliser de la chirurgie orthopédique notamment ce qui participe à l'amélioration de la sécurité et qualité des soins pour diminuer les risques d'infections nosocomiales.

La logique de concurrence qui peut donc apparaître de prime abord dans la conception d'un tel projet de mutualisation de blocs opératoires se trouve finalement dépassée par une logique de complémentarité entre les deux établissements au regard de leur patientèle et des caractéristiques de leurs activités et obligations respectives. Les risques économiques et juridiques existent effectivement mais les parties, bien au-delà des deux seuls établissements, que sont aussi les professionnels, les élus, les patients, la tutelle peuvent également bénéficier des opportunités qu'une telle coopération emporte sur l'attractivité, la qualité et sécurité des soins, l'accessibilité et la proximité des soins. L'enjeu de la permanence des soins assumée par le public, que n'est pas forcément prêt à assurer le privé, conforte également la place de la chirurgie publique dans le bassin de population melunais. Les risques et les opportunités étant énoncés, les deux établissements ont imaginé un modèle théorique qui s'est façonné au cours des dernières années au gré des difficultés rencontrées par leurs directions respectives.

## **2 Une mutualisation des blocs opératoires pensée selon un modèle intégratif malgré des modes de fonctionnement public/privé aux antipodes**

### **2.1 Les modalités pratiques de mutualisation des blocs opératoires prévues par les deux établissements – la théorie**

#### **2.1.1 L'organisation générale des blocs : une location de deux salles par la clinique au bénéfice de l'hôpital**

La mutualisation des blocs opératoires à travers le Santépôle a été imaginée par les équipes de direction des deux établissements avec pour objectif double de répondre aux impératifs réglementaires de sécurité et d'efficacité du parcours patient. Ainsi, un seul espace commun de bloc chirurgical est construit dans les locaux appartenant à la Clinique. Le plateau technique comprend 16 salles dont 2 aseptiques louées au GHSIF pour l'exercice de son activité opératoire. Une vacation d'une demi-journée par semaine ou d'une journée toutes les deux semaines dans une salle hyper aseptique est aussi prévue, pour la réalisation de la chirurgie orthopédique notamment. L'accès au secteur de pré-anesthésie en zone aseptique est aussi prévu. En prévoyant deux salles initialement, ce n'est pas tant une hausse d'activité qu'une pérennisation de l'activité qui est attendue.

Pour garantir un accès du GHSIF aux blocs pour ses patients hospitalisés, une porte d'accès par badge est prévue depuis les locaux de l'hôpital ouvrant sur un sas de transfert, situé dans les locaux de la Clinique. Le circuit patient est conçu de telle manière qu'il est conduit au sas de transfert par un brancardier public avant d'être conduit par un brancardier privé devant la salle de bloc où il est enfin pris en charge par l'équipe soignante et médicale publique de l'anesthésie jusqu'au bloc, où l'acte opératoire est réalisé par le chirurgien public.

La mutualisation emporte également le partage d'espaces communs entre les deux établissements ; c'est le cas de la salle de détente ou encore des vestiaires. Les espaces de stockage (pharmacie ou matériels stériles) ou encore le bureau du cadre de bloc sont distincts entre la clinique et l'hôpital.

#### **2.1.2 Une SSPI commune avec des lits indifférenciés et une prise en charge assurée par du personnel privé**

S'agissant de la SSPI, 24 postes étaient prévus pour une SSPI commune située dans les locaux de la CSJE, destinée à recevoir indifféremment patients du public et du privé pour y être pris en charge après l'acte chirurgical. Dans un souci de mutualisation des personnels

entre les deux établissements, il a été envisagé initialement que seuls des personnels du privé y soient présents et prennent alors en charge les patients du public ou du privé après leur sortie du bloc opératoire ; le personnel public ne devait alors pas intervenir à ce moment du parcours patient. Ainsi les lits devaient être indifférenciés et les deux Dossiers Patient Informatisé (DPI) des établissements (Sillage au GHSIF et Expertiz Santé à la CSJE) devaient être installés sur chaque poste de soins afin de permettre le suivi informatisé des patients en salle de réveil selon les données remplies par les équipes du public pour les patients du GHSIF et les équipes du privé pour les patients de la Clinique. En raison de l'existence de deux DPI distincts, cela impliquait une formation du personnel privé à l'utilisation du DPI du GHSIF. Ce circuit tel qu'imaginé faisait donc intervenir du personnel privé dans le parcours patient d'un patient du public au cours de sa prise en charge.

### **2.1.3 Le cas particulier de l'endoscopie – une activité publique réalisée dans les blocs privés**

Le projet tel qu'il a été posé dès 2013/2014 lors de sa conception incluait l'activité d'endoscopie, activité que pratiquent à la fois la Clinique et l'Hôpital. Il avait été acté que l'activité publique devait être réalisée dans les blocs du privé mais avec du matériel ramené par le GHSIF de son ancien site. Ainsi, de même que pour l'activité chirurgicale classique, un chirurgien hospitalier pouvait réaliser une endoscopie sur un patient du GHSIF dans les blocs privés dédiés à l'endoscopie. Dans ce modèle, le GHSIF était alors dépendant des plages opératoires libérées par la CSJE et aucun bloc d'endoscopie n'était prévu dans les locaux de 55 000 m<sup>2</sup> du GHSIF qui comprenait alors juste des blocs obstétriques pour sa maternité.

### **2.1.4 Le circuit du médicament : 2 PUI mais un approvisionnement du bloc assuré par la Clinique**

Lors du montage du projet, l'ARS a fait part de sa volonté de mutualisation de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) entre les deux établissements qui disposent alors chacun de la leur. Or, très vite, les directions expriment leur souhait de préserver leurs PUI respectives. Le modèle envisagé par l'ARS est alors un approvisionnement par la CSJE pour toute l'activité du bloc, quelle que soit l'activité, publique, ou privée. Le pouvoir de régulation formule cette réponse aux sollicitations de l'hôpital : « *Selon vos informations les salles du bloc et la salle de réveil seront situées dans l'établissement privé (CSJE). Une organisation basée sur un approvisionnement en Produits De Santé (PDS) par une seule PUI - la PUI de CSJE - apparaît comme la plus sécuritaire concernant le circuit des produits de santé et la plus en phase avec la gestion des risques et l'organisation de la prise en charge médicamenteuse*

définies dans l'arrêté du 06/04/11 »<sup>25</sup>. Ainsi, l'ARS souhaite que le bloc opératoire soit approvisionné par la seule PUI de la Clinique afin de garantir la sécurité et la traçabilité du médicament lors de la prise en charge chirurgicale du patient. Cette solution, appuyée par l'ARS, induit donc que la PUI du GHSIF ne fournisse pas en produits de santé l'activité du bloc opératoire pour les patients du GHSIF opérés.

### **2.1.5 La logistique : des prestations mutualisées dans une recherche d'efficience**

Le projet de Santépôle et la réunion sur un même site de trois établissements (les deux sites de la clinique et le site de l'hôpital) doit permettre des gains d'économies pour les deux établissements par la mutualisation d'activités de soins mais également par la mise en commun de fonctions supports propres aux blocs opératoires et, au-delà, applicables à tout l'ensemble architectural. Ainsi, concernant le ménage, il est convenu qu'il soit assuré par la Clinique pour les salles de blocs et pour les locaux communs tels que les espaces de circulation, les vestiaires ou encore la salle de détente et le sas de transfert. En revanche, le bio nettoyage des deux salles de bloc réservées au GHSIF reste assuré par du personnel du GHSIF.

S'agissant des déchets générés aux blocs opératoires pour l'activité opératoire du GHSIF, la fourniture des bacs DASRI (Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux) et leur élimination incombent à la CSJE. Il est prévu que les consommables soient également fournis par la Clinique au bénéfice de l'hôpital : produits de ménage, dispositifs non stériles, etc. Enfin, concernant la restauration, les deux établissements se sont entendus pour qu'elle soit assurée par le GHSIF au profit de tous les patients du privé, et pas seulement réservée aux patients des blocs opératoires mais bien à l'ensemble des patients de la Clinique.

Les mutualisations prévues ont pour objectif d'éviter les doublons et donc in fine de réaliser des gains économiques attendus par chaque établissement et d'optimiser les circuits et les espaces (éviter d'avoir deux espaces de stockage de déchets par exemple). Une harmonisation du fonctionnement du bloc opératoire est également attendue par l'adoption de règles communes et de locaux partagés. Comme l'exprime Jean-Loup Drousset alors Président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) : « (...) *le partage peut s'opérer sur des tâches péri-médicales, comme la blanchisserie ou la restauration : plus on s'éloigne du noyau stratégique, plus le partenariat est simplifié* »<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Courrier interne ARS Île-de-France, service des PUI.

<sup>26</sup> Drousset JL., « *Le Privé peut-il guérir l'hôpital ?* », Nouveaux débats publics, 2010, p.51

## **2.2 Une mutualisation qui repose sur deux modèles de fonctionnement antagonistes que les divergences culturelles compliquent et que le contexte lié à la Clinique n'a pas apaisé**

### **2.2.1 Hôpital et clinique ont des gouvernances, fonctionnements et des modèles économiques différents**

La tutelle, les personnels et même les patients opposent régulièrement le privé au public, les comparant sans cesse, le premier étant considéré comme plus performant quand on loue au second sa charité historique et sa mission de service public. En pratique, bien avant les préjugés qui qualifient hôpitaux et cliniques, leurs modèles de gouvernance respectifs tendent à les opposer dans leur mode de fonctionnement. Tout d'abord, bien que soumis tous deux à la tutelle de l'ARS, il convient de noter que celle pesant sur les Établissements Publics de Santé (EPS) est plus forte que pour les établissements privés lucratifs : approbation de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) pour les EPS, présence d'agents de l'ARS à diverses instances des EPS (conseil de surveillance, Commission d'activité libérale) bien que des obligations communes pèsent sur eux (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), autorisations sanitaires, déclaration d'évènements indésirables graves, etc.). Poursuivant une logique de service public, les hôpitaux se distinguent du modèle privé qui suit davantage une logique d'actionnaires, portée de plus en plus par quelques grands groupes privés (Générale de Santé par exemple). Leur nature publique ou privée emporte également une soumission à des règles juridiques différentes et des juridictions distinctes (administrative pour les EPS, judiciaire privée pour les cliniques) et soumet notamment les EPS à la réglementation contraignante et lourde du code des marchés publics pour tous les achats réalisés (dans la limite de certains seuils) tandis que les opérateurs privés en sont exonérés.

Ensuite, la confrontation du privé et du public peut se fonder sur leur modèle économique propre. Malgré des règles communes de financement à la T2A ou Dotation Annuelle de Financement (DAF) principalement, les deux catégories d'établissements n'ont pas le même modèle de financement. Les EPS emploient les médecins, qui sont considérés comme des salariés de l'hôpital, et se font payer par l'assurance maladie selon l'activité réalisée et codée sous forme de GHS ; les médecins sont rémunérés par l'hôpital et n'est pas fonction de leur activité. Dans le privé, c'est une logique toute autre qui s'applique puisque les médecins sont libéraux, louent des locaux à la Clinique pour y exercer leurs actes, peuvent même venir avec leur propre personnel aide opératoire et paient une redevance à la Clinique. Le médecin se fait payer par le patient et la Clinique facture également des GHS desquels la rémunération des médecins est soustraite.

Outre ces spécificités juridiques, de gouvernance et économiques, ce sont bien deux modèles qui s'affrontent. « Selon Lamine Gharbi, le secteur privé se distingue par son esprit d'entreprise. Car même si les cliniques se rebaptisent aisément « hôpital », elles sont loin d'avoir rayé d'un trait de plume cet adjectif qui au final fait leur spécificité : lucratif »<sup>27</sup>. Une vision basée sur le long terme caractérise le secteur public, ce qui peut être assimilé à de la lourdeur administrative pour le privé alors que le secteur privé, lui, s'inscrit plus favorablement dans une stratégie à court terme. Ainsi, à la lumière de ces divergences de fonctionnement et de gouvernance, la mutualisation d'une activité aussi stratégique économiquement pour l'un (la clinique) et aussi emprunte de garanties inhérentes au service public pour l'autre (l'hôpital), semble emporter des incohérences et des risques pour le modèle théorique défini, que l'on peut résumer sur cette formule : « J'ai l'habitude de dire qu'un privé qui souffre finit vite par mourir et qu'un public qui souffre, souffre lui très longtemps... »<sup>28</sup>.

### **2.2.2 Des spécificités de prise en charge des deux côtés et une permanence des soins publique à assurer**

D'un point de la vue de la prise en charge, le secteur public et le secteur privé sont souvent opposés sur le terrain de la sévérité des patients ou de la technicité des actes, bien volontiers laissés au bénéfice du public même si la réalité est plus complexe que ces simples postulats. Comme exposé précédemment (tableau numéro 1), le GHSIF prend en charge une patientèle plus lourde en termes de sévérité 3 et 4 que la Clinique ce qui induit des Durée Moyenne de Séjour (DMS) plus longues mais les spécificités concernent également le mode de prise en charge. En effet, le public, eu égard à la présence d'un SAU répond davantage à une offre de soins chirurgicale non programmée tandis que le privé, lui, réalise, la majorité de ses actes en activité programmée. La Clinique se distingue également par une prise en charge ambulatoire plus forte en raison d'une forte activité basée sur l'ophtalmologie et des actes éligibles (la cataracte par exemple) quand le public a davantage un casemix principal centré sur l'activité orthopédique et traumatique moins encline à l'ambulatoire. Enfin, il convient de souligner l'absence de dépassement d'honoraires pour un patient pris en charge dans le secteur public lui garantissant une accessibilité financière totale alors que le privé se caractérise par des dépassements onéreux qui peuvent être une barrière financière d'accès pour des patients, notamment ceux du bassin de population melunais dont la précarité est assez prégnante. Ainsi, le modèle des blocs opératoires du Santépôle constitue une expérience inédite où patients du

---

<sup>27</sup> Gervais JB., « Quand la clinique joue à l'hôpital public », Décision Santé, novembre 2010, N°269, p.10-12

<sup>28</sup> Gervais JB., « Entretien avec Jean-Loup Durousset – nous voulons faire mieux », Décision Santé, novembre 2010, N°269, p.10-12

privé et du public vont se côtoyer relevant pourtant de deux modèles économiques et de fonctionnement distincts, tout en conservant le choix de leur prise en charge.

Concernant la permanence des soins qui pèse sur le GHSIF, celle-ci l'oblige à garantir aux patients un accès aux blocs opératoires, qui ne sont pas sa propriété, 24h/24 et 7j/7. Cela diffère de la Clinique qui assure une activité quasi exclusivement programmée (hors cas de reprise chirurgicale non prévue). Or, les blocs opératoires restent des locaux du privé dans lesquels accèdent des personnels publics, dans des temps où le privé y est parfois absent (la nuit, les weekends), ce qui n'est pas sans créer quelques crispations entre les personnels des deux secteurs amenés à se côtoyer, considérant que les blocs appartiennent au privé et dans lesquels pourtant les professionnels du public peuvent y prendre en charge leurs patients. De même, cette différence de fonctionnement interfère dans le circuit patient propre à chaque structure. En effet, tandis que le privé assure une activité programmée avec un circuit patient rôdé et respecté, le public doit faire face à une activité qui peut relever de l'extrême urgence, non programmée, avec des adaptations obligées du circuit patient pour la survie du patient. Le GHSIF accueille par exemple des patients blessés par balle, amenés directement par les « Smuristes » depuis les locaux de l'hôpital, en passant par le sas de transfert avant d'amener le patient directement au bloc opératoire sans changement de tenue, ce qui est contraire aux procédures établies. De plus, se pose la question du ménage quand un tel passage se fait la nuit ou le weekend alors que les agents du privé ne sont pas présents pour assurer le bio nettoyage. En bonne intelligence, le personnel du public palie à ce manque et assure lui-même cette prestation eu égard à son obligation de permanence des soins et l'absence des personnels du privé. Cette divergence de continuité des soins peut sembler problématique dans la mesure où le partenariat construit par le Santépôle, et qui réunit deux structures en une, ne permet finalement pas la prise en charge attendue par le projet du fait de la non-participation à la permanence des soins des médecins du privé. De ce fait, des patients qui auraient pu être pris en charge par le privé quand le public ne propose pas certaines spécialités chirurgicales (ORL, urologie), doivent être transférés dans des établissements périphériques rompant avec la proximité des soins et exacerbant les taux de fuite sur le territoire.

### **2.2.3 Les difficultés financières de la Clinique et le contexte de sa reprise ont fragilisé le partenariat**

Tandis que les modalités pratiques du partenariat public-privé se mettaient en place, bien au-delà de la seule activité chirurgicale, la clinique a été placée en redressement judiciaire en janvier 2018 avec les incertitudes juridiques, économiques et d'existence inhérentes à une telle procédure judiciaire. Ces difficultés peuvent s'expliquer notamment par une activité en baisse et une perte de parts de marché dans un modèle économique

principalement porté par l'activité chirurgicale. L'achèvement du bâtiment prévu pour la fin du printemps, l'acquisition de matériels et l'aboutissement de plusieurs accords entre l'hôpital et la clinique ont fait l'objet d'inquiétudes de part et d'autre en raison de ce contexte économique peu favorable à la consolidation de leur partenariat. Sur le sujet des blocs opératoires en particulier, la mutualisation a entraîné de vives inquiétudes chez les personnels du privé craignant une fuite des chirurgiens libéraux et un licenciement en conséquence, agrémentant les suspicions à l'égard du public avec qui il allait falloir travailler.

Fort de leurs échanges depuis de nombreuses années entre directions, le GHSIF a formulé une offre de reprise déposée au Tribunal de Commerce d'Evry afin de ne pas mettre en échec le projet architectural et médical déroulé depuis 2013 avec la Clinique. Pour autant, cette offre, bien que soutenue par les élus et l'ARS, a été mal acceptée par la Direction de la Clinique et les relations se sont tendues. Deux autres groupes, privés, se sont positionnés pour la reprise de la Clinique à savoir le Groupe Saint-Gatien et le Groupe Doctegestio. Mi-juin 2018, en plein déménagement des activités vers le nouveau bâtiment livré fin mars, le Tribunal de commerce a désigné le groupe privé Doctegestio comme repreneur de la Clinique, homologuant ainsi le plan de continuation élaboré par le groupe d'actionnaires détenteurs de 82% des parts tandis que le reste demeurait la propriété des praticiens y exerçant. Les conséquences de cette procédure judiciaire, ayant entraîné un bouleversement de l'actionnariat, passant d'un « *actionnariat médical à un actionnariat plus capitalistique* » selon le Directeur du GHSIF<sup>29</sup>, modifie les rapports entre les deux directions puisque dorénavant, chaque décision engageant la Clinique doit être validée par le groupe d'actionnaires. Pour autant, le groupe repreneur s'est engagé auprès du Tribunal à ne pas remettre en cause les partenariats avec l'hôpital et la répartition des activités.

Sur le terrain, ces difficultés financières ont retardé la mise en œuvre de l'activité chirurgicale en raison des retards d'acquisition des matériels fixes onéreux pour ce plateau technique, contraignant l'hôpital à s'adapter aux retards de calendrier pour caler des dates de déménagement de ses activités compatibles avec la présence et l'effectivité de blocs opératoires équipés.

Ce contexte particulier témoigne une fois encore des divergences de fonctionnement, et de leurs difficultés inhérentes sur le terrain, entre les deux secteurs amenés à collaborer ensemble sur un projet de plateforme important et commun. Tandis que la tutelle pèse fortement sur un centre hospitalier, c'est bien une logique d'actionnariat, de rentabilité et de productivité qui pèse davantage sur le secteur privé dont la logique de court terme s'oppose à celle de long terme qui prévaut dans le secteur public.

---

<sup>29</sup> APM-news, « Seine-et-Marne : Doctegestio désigné repreneur de la CSJE », 3 juillet 2018  
Sophie GRIENENBERGER - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique - 2018- 25 -

#### **2.2.4 Deux cultures différentes qui s'affrontent : « chirurgie privée versus chirurgie de service public »**

La mutualisation des blocs opératoires entre secteur public et secteur public emporte un bouleversement des mentalités et des cultures en présence où l'un et l'autre se retrouvent avec des aprioris, des idées préconçues voire des préjugés sur l'autre « camp » ce qui n'est pas sans poser problème pour le bon fonctionnement du projet. Cette dichotomie des mentalités implique le management du changement pour les équipes de direction qui portent le projet et qu'il convient de transmettre aux équipes de terrain – les équipes de blocs – où le rôle du cadre notamment est primordial pour se faire le relai entre la direction et les professionnels du bloc opératoire. Concernant les deux directions en présence, il faut noter que la formation et la composition de l'équipe est différente entre la clinique et l'hôpital. En effet, tandis que la clinique a à sa tête un président (chirurgien exerçant dans la Clinique), un directeur, tous deux médecins, et une directrice des soins, très présents sur tout le montage du projet, l'équipe de l'hôpital est quant à elle, administrative, et plus conséquente avec un Directeur Général, une Directrice des soins, une directrice des affaires financières, une directrice des affaires médicales, un directeur logistique. Cela représente une différence importante en termes de culture professionnelle, de formation, de vision stratégique sur le projet d'établissement. Pour autant, les échanges pendant plusieurs années entre elles ont permis de dépasser ces différences culturelles et professionnelles et d'instaurer un vrai climat de confiance et de partenariat solide, grâce à des comités de pilotage hebdomadaires les réunissant pour aborder les mutualisations, le montage juridique, architectural, économique mais aussi l'organisation des soins, le parcours patient et la logistique.

S'agissant des professionnels des blocs opératoires, non impliqués dans ces échanges, il apparaît que la confrontation de ces deux secteurs s'est révélée anxiogène et perturbante des deux côtés, chacun ayant des aprioris sur l'autre. Les entretiens conduits avec le personnel (IADE, IBODE, cadre de bloc ou directrice des soins) ont mis en avant des propos entendus lors de visites de chantier ou après la mise en œuvre du déménagement, lors du fonctionnement du bloc dans les espaces communs du bloc opératoire (la salle de pause, les vestiaires, les couloirs). Ces propos faisaient état de « *fonctionnaires toujours en pause* » dont « *l'activité est faible et pas organisée* » tandis que des personnels publics soulignaient leurs « fantasmes » sur le privé : « *on croyait que le privé était un modèle d'efficience, était mieux organisé que nous pour les horaires et en fait on se rend vite compte qu'ils ont aussi des problèmes d'organisations et d'horaires* » et pointaient des incohérences dans le discours tenu par certains personnels de la Clinique : « *on a entendu qu'on bossait moins qu'eux parce qu'on est fonctionnaires mais on fait des astreintes nous, pas eux, on est là la nuit et le weekend, pas eux* ». Ces fantasmes portés de part et d'autre ne favorisent pas dans l'immédiat un rapprochement de ces professionnels et emportent

de la méfiance et des relations humaines tendues, qui ne facilitent pas l'acceptation du changement et des habitudes professionnelles portées par le projet de Santépôle et de mutualisation des blocs. Pour autant, il convient de souligner que ces différences s'atténuent quand l'intérêt du patient est en jeu – ainsi, comme le soulignait la directrice des soins du GHSIF « *on se regarde avec méfiance mais quand l'intérêt du patient est en jeu, on sait trouver des solutions communes, faisant fi de nos différences* ». Par exemple, lorsque la qualification des blocs publics par l'équipe d'hygiène hospitalière posait problème et pouvait retarder le début de l'activité et mettre à mal le reste des activités de l'hôpital, le privé a proposé la mise à disposition d'autres salles de bloc de la clinique, qualifiées, pouvant permettre l'accueil de patients et ne pas empêcher les prises en charge publiques, soulignant même que « *ça reste l'avantage d'avoir une direction de médecins face à nous, qui n'oublie pas que le patient prime* ».

Sur un projet similaire de coopération en imagerie entre un hôpital, un cabinet libéral et une clinique, une directrice des soins indiquait que « *le partenariat remet en cause des acquis culturels que chaque individu pense posséder et maîtriser depuis longtemps. Il y a donc parfois perte de repères, repères que la coopération vient remettre soudainement en cause sans toujours de préparation* »<sup>30</sup>.

Le modèle imaginé laissait apparaître un bloc privé avec une location de salles au centre hospitalier portant avec lui des mutualisations de prestations dans un souci d'efficience entre eux et d'optimisation du parcours patient. Pour autant, le contexte exacerbé par des différences fondamentales de fonctionnement a compliqué l'effectivité du projet. D'autres difficultés juridiques ou techniques sont venues remettre en cause le montage initial emportant des modifications importantes des deux côtés.

---

<sup>30</sup> Thor F., « *Naissance d'un GCS – le mariage d'un centre hospitalier, d'une clinique privée et d'un cabinet libéral de radiologie médicale* », Gestions hospitalières, janvier 2012, N°512, p.15-21



### **3 La mutualisation des blocs à l'épreuve de la pratique : les problèmes soulevés obligent à des adaptations**

#### **3.1 Les modalités de fonctionnement du bloc sont à ajuster avec la mise en service et l'adoption d'une culture commune**

##### **3.1.1 Des complications au bloc opératoire liées aux cultures différentes et à la remise en cause des PMC et de la location d'une troisième salle : l'importance du règlement intérieur**

Les modalités pratiques ont été prévues dans le cadre d'un protocole propre au bloc opératoire entre les deux établissements, pour autant, à l'épreuve des faits, plusieurs problèmes ont émergé, non prévus initialement, que directions et équipes sur le terrain doivent résoudre progressivement. Tout d'abord, d'un point de vue du « choc des cultures », dans la continuité du développement précédent, il est apparu compliqué pour les équipes de s'imprégner d'un nouvel environnement opératoire. Le manque d'anticipation par les équipes publiques du fait de la rareté des visites sur site en raison d'une propriété de la Clinique des blocs opératoires a limité l'appropriation des nouveaux locaux. Le projet, surtout porté par les directions, n'a pas permis une pleine implication des équipes de terrain, ce qu'un manque de communication et d'informations a conforté, créant quelques situations d'instabilité dans les pratiques au début du fonctionnement du bloc opératoire. Les tensions entre les équipes se sont matérialisées dans les faits par des réflexions orales entre professionnels ou une matérialisation physique de la séparation en SSPI (du scotch sur le plan de travail pour marquer « *la frontière* ») ou une présence plus forte du privé dans les locaux communs (appropriation des vestiaires par le personnel privé). Cette mutualisation a également entraîné quelques pertes de repères sur le « qui fait quoi ? » dans les circuits patient ou d'approvisionnement, agrémentant un sentiment de « *ne pas être chez soi* » pour les personnels publics.

En outre, concernant les PMC prévues dans les accords, la pratique induit plusieurs freins à cette possibilité. En effet, si le sort du chirurgien a été en partie anticipé, celui de l'anesthésiste ou encore ceux des personnels non médicaux n'ont pas été abordés dans les discussions en amont. Or cela pose des interrogations en termes de configuration économique (la répartition du GHS, des charges de fonctionnement), de l'utilisation du DPI du patient opéré, de la responsabilité juridique en cas de mixage des équipes (un chirurgien public avec un anesthésiste privé), de l'autorisation ARS (seuil, évaluation, visite de conformité). Ainsi, dans les faits, la possibilité des PMC qui représentait une réelle opportunité pour les chirurgiens du public n'est à ce jour pas effective en raison de toutes

ces incertitudes qui demeurent et pour lesquelles parfois, la tutelle peine à apporter des réponses face à la complexité du montage et au manque d'expériences analogues.

La vacation d'une troisième salle prévue, à savoir celle hyper aseptique, est également remise en cause par la direction de la Clinique du fait de ses difficultés financières et du contexte de reprise par un groupe d'actionnaires. En effet, la chirurgie étant une part majeure de son modèle économique, la location d'une salle supplémentaire à l'intention du GHSIF la prive d'y réaliser une activité privée et donc constitue une perte de chiffre d'affaires directe. En l'espèce, l'opportunité d'attirer de nouveaux chirurgiens orthopédistes et de gonfler son activité dans cette spécialité, dont la salle hyper aseptique offre une plus grande sécurité de prise en charge, la contraint à revoir son engagement auprès de l'hôpital et de suspendre pour le moment cette option pourtant prévue.

Face à ces premiers dysfonctionnements, l'implication de professionnels clés dans le fonctionnement du bloc a été incontournable notamment la mobilisation de la cadre de bloc pour favoriser la culture du changement et amener ses équipes à travailler dans des relations cordiales avec les équipes de la clinique. Les deux directions de leur côté ont organisé des réunions pour faire des points réguliers sur les premiers retours d'expérience ; les adaptations adoptées obligent le directeur d'hôpital à une écoute active des remontées du terrain et à une capacité d'adaptation pour garantir un exercice optimal de ces professionnels tout en confortant la prise en charge patients. Face aux problèmes de cultures professionnelles différentes, le temps a permis d'apaiser les fantasmes réciproques et de calmer les réticences communes. Il convient de dépasser les clivages publics/privés, les préjugés, de dépasser la méfiance. Néanmoins, il ne faut pas que les personnels du public s'acculturent de leur culture GHSIF au profit d'une culture CSJE mais bien qu'une culture commune émerge, d'autant que les salariés du privé sont eux-aussi soumis à une double culture par le fait du rassemblement de deux sites différents sur un même site. Les agents publics ont exprimé lors des entretiens se sentir parfois « *étrangers* » dans des blocs du privé, il faut dépasser ce sentiment et permettre un sentiment de chez-soi, voire de chez-nous, commun avec le privé. A contrario, les salariés du privé se sentent dépossédés de « *leurs blocs* » la nuit et le week-end, moments où ils n'occupent pas le bloc (absence de PDS pour eux) alors que les agents publics y sont : il convient de dépasser ce ressenti et se recentrer sur l'intérêt du patient ; finalement peu importe qui occupe le bloc, ce qui importe c'est que le patient puisse être pris en charge le jour, la nuit, la semaine ou le week-end : « *quand il y a conflit, c'est bon de se rappeler du patient, et surtout de se recentrer sur le patient, c'est finalement notre point commun, de rassemblement le plus fort* ». Dans la comparaison avec une mutualisation d'imagerie, la directrice soulignait : « *même inscrite dans les textes de référence, la fusion culturelle peut prendre jusqu'à une dizaine d'années pour que les agents fassent leur la nouvelle culture*

*d'entreprise. (...) En cela, la gestion des ressources humaines est donc une étape importante : il faudra instaurer une communication entre les partenaires et définir des pouvoirs et les responsabilités de chacun. La rédaction de la convention constitutive et le règlement intérieur doivent être l'occasion pour les acteurs concernés par le GCS de réfléchir à la construction de cette nouvelle entité en vue d'une nouvelle culture »<sup>31</sup>*

### **Propositions pour améliorer le fonctionnement du bloc :**

- ➔ Finalisation du règlement intérieur du bloc opératoire non adopté à ce jour qui devra régler les modalités pratiques de fonctionnement du bloc (horaires, accès, tenues, les choses permises, interdites...) : cela permettra d'établir des règles communes aux personnels publics et privés pour se conformer à des règles utiles au bon fonctionnement du bloc.
- ➔ Mise à jour des fiches de poste des personnels car des missions ont évolué notamment pour les aides-soignants et les brancardiers : il convient de clarifier les nouvelles missions des personnels.
- ➔ Favoriser une culture de bloc commune par la création d'une instance commune pour les personnels pour qu'y émergent les mécontentements, les propositions, des valeurs communes, des idées, des améliorations, des suggestions, des règles de fonctionnement comme véritable *"espace de concertation permettant à la fois l'expression des intérêts respectifs et l'émergence de valeurs communes, vecteur d'une future culture partagée »<sup>32</sup>*.
- ➔ Instaurer un médiateur qui puisse permettre de faire le lien entre les professionnels soignants, médecins et les équipes de direction de la Clinique et de l'Hôpital afin de résoudre les dysfonctionnements qui peuvent apparaître au quotidien.
- ➔ Favoriser la communication, l'information de tous, de manière symétrique entre les deux établissements. Le manque d'informations est source de rumeurs et d'inquiétudes qui nuisent à un climat serein dans un environnement déjà soumis à de fortes tensions en raison de la sensibilité de l'activité, à ce titre, il est conseillé de développer des outils de communication communs qui peuvent être un tableau d'affichage commun, une news-letter commune, etc.
- ➔ Création d'une instance d'évaluation et d'indicateurs associant communauté médicale, soignants, administratifs afin d'évaluer à échéance régulière le modèle en place et procéder aux ajustements nécessaires. Un Conseil de bloc a été prévu tous les trois mois par la convention sur les blocs mais il ne prévoit que d'associer les chefs de bloc, un représentant des anesthésistes, chirurgiens, pharmaciens, et

---

<sup>31</sup> Thor F., « Naissance d'un GCS – le mariage d'un centre hospitalier, d'une clinique privée et d'un cabinet libéral de radiologie médicale », Gestions hospitalières, janvier 2012, N°512, p.15-21

<sup>32</sup> Idem

membre de la direction. Il conviendrait d'y associer également des membres soignants et paramédicaux afin d'être exhaustifs dans les remontées de terrain et ajustements.

Toutes ces propositions impliquent la Direction Générale, la Direction des soins des deux établissements, la Direction des affaires médicales, la Direction des Ressources Humaines, les cadres de blocs mais aussi les chefs de pôle chirurgie et la communauté médicale et soignante.

### **3.1.2 La SSPI : d'un modèle commun et indifférencié à un modèle commun mais sectorisé**

La volonté de mutualiser la SSPI avec la présence exclusive de personnels privés prenant en charge les patients du public en plus de leurs patients privés a été mise à mal par des difficultés liées aux systèmes d'information des deux établissements. En effet, l'interfaçage entre les deux DPI était impossible. Des travaux menés fin 2017 entre les deux directions du système d'information des deux partenaires ont fait le constat d'un défaut d'interopérabilité entre le DPI du GHSIF (Sillage) et celui de la Clinique (Expertiz Santé). De plus, la présence d'une SSPI commune, non sectorisée et indifférenciée soulevait d'autres interrogations notamment juridiques. Tout d'abord, concernant la responsabilité en cas de problème de prise en charge d'un patient lors de son passage en SSPI posait la question de l'imputation de la responsabilité. Le cabinet d'avocats qui conseille le GHSIF avait alors mis en avant que pour un GCS de moyens, si un patient public subit une faute d'une IDE privée, la responsabilité de la CSJE serait en cause. Pour autant, puisque le patient reste un patient du GHSIF, sa responsabilité pouvait aussi être engagée créant ainsi une double responsabilité et donc deux juridictions distinctes compétentes (le juge administratif et le juge judiciaire), avec des possibilités de mécanismes subrogatoires ou récursives complexes.

De même, la question du secret médical – et de l'accès au dossier médical – a interrogé les équipes. En effet, l'accès au dossier est possible quand les professionnels de santé appartiennent à la même équipe de soins, reliée par le « secret partagé » sur le dossier du patient. Or, avec une coopération de type GCS de moyens, le secret partagé s'en trouve exclu et oblige au consentement du patient pour permettre l'accès du dossier à un personnel de l'autre équipe de soins. Ainsi, si une IDE du privé prenait en charge un patient public en SSPI privée, cela exigeait que le consentement du patient ait été préalablement recueilli, pour permettre l'accès à son dossier. Cette obligation légale obligeait alors à matérialiser et formaliser ce consentement patient et a fortiori, interrogeait sur le traitement d'un possible refus en amont du consentement par le patient.

Aussi, dans un souci de sécurisation des prises en charge et du circuit patient, les directions ont dû revoir l'organisation de la SSPI et opter pour une organisation différente. Dès lors, si les activités opératoires du GHSIF et de la CSJE restent différenciées, car exercées dans des salles de bloc dédiées à chacun, comme cela était convenu, la nouveauté concerne la salle de réveil. En l'espèce, le GHSIF dispose de postes fléchés et dédiés dans la SSPI où les personnels du GHSIF prennent en charge les patients de l'hôpital sur 4 postes fléchés, et sur le DPI du GHSIF, qui est finalement installé sur les moniteurs des 4 postes identifiés. Finalement, la SSPI se trouve totalement sectorisée, distinguant un secteur GHSIF et un secteur CSJE. La prise en charge publique ne subit donc pas de rupture de prise en charge publique par le privé en SSPI et se prolonge de la chambre au bloc puis en SSPI avant le retour en chambre. Un débordement d'activité d'un secteur à l'autre est pour autant prévu de façon exceptionnelle – 2 postes GHSIF et 2 postes CSJE sont ainsi équipés des 2 DPI pour permettre la prise en charge sur ces appareils. Face à cette modification de l'organisation de la SSPI, il a fallu à la direction du GHSIF rebâtir un modèle économique et de ressources humaines puisqu'il fallait donc du personnel public pour assurer la prise en charge en SSPI.

### **3.1.3 L'endoscopie : une activité finalement non mutualisée, un casus belli entre les deux partenaires**

Pour l'activité endoscopique, il avait été convenu que le GHSIF y exercerait son activité publique au sein des blocs mutualisés du privé, au gré des vacances laissées libres par la Clinique au GHSIF. Or, cela comportait des risques de perte de parts de marché pour le GHSIF de l'activité endoscopique, pourtant dynamique et rémunératrice dans l'hôpital mais également un risque de dépendance de cette activité publique à celle privée. Ainsi, ce modèle privait le GHSIF d'une totale maîtrise de son planning et de la dynamique de son activité. De plus, il convient de souligner que de plus en plus d'actes se font en endoscopie et non pas au bloc conventionnel, c'est le cas de la vésicule biliaire par exemple, donc le GHSIF espérait une hausse d'activité sur la base de ces innovations médicales moins invasives pour les patients. Les limites du partenariat et la frontière ténue entre complémentarité et concurrence se trouvaient dans l'activité endoscopique, que les deux établissements entendaient bien garder de chaque côté et ne pas céder à l'autre.

Tandis qu'il avait été convenu d'exercer les endoscopies publiques dans les blocs privés, la direction du GHSIF a pris la décision tardive de construire ses propres blocs d'endoscopie dans les locaux publics du GHSIF. Ce changement opéré au printemps 2018 a obligé à des adaptations de locaux puisque non prévus à l'origine et a constitué un véritable « casus belli » pour la direction de la Clinique, y voyant les limites du partenariat et la fragilité des

complémentarités. En conclusion, deux salles ont été construites dans les locaux du GHSIF, bien distinctes des blocs de la Clinique, mais dédiés à l'activité de l'endoscopie.

### **3.2 Les problèmes liés à la logistique ont compliqué les premiers mois de fonctionnement du bloc et imposent d'en conforter les modalités pratiques**

#### **3.2.1 Le circuit du médicament : d'un approvisionnement privé prévu à une reprise d'activité par le public**

Le modèle théorique prévoyait un approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux nécessaires aux patients pris en charge au bloc opératoire par la PUI de la Clinique, y compris pour les patients du GHSIF. Or cette conception soulevait un certain nombre de problèmes juridiques quant à la responsabilité et au circuit adopté. En effet, il s'est révélé impossible qu'une PUI se décharge de la dispensation et de l'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux pour les malades de l'établissement dont elle dépend. Par conséquent, la PUI du GHSIF se doit de fournir en dispositifs médicaux et médicaments le bloc opératoire pour ses patients. De ce fait, il a été convenu par les directions que la PUI du GHSIF fournit en médicaments et Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) le bloc opératoire pour son activité ; avec une dérogation accordée pour les Dispositifs Médicaux Stériles (DMS) qui peuvent être fournis par la Clinique pour les patients du GHSIF.

Ce changement d'approvisionnement pour les médicaments et DMS a emporté une modification des locaux octroyés au GHSIF dans l'enceinte des blocs opératoires puisque la Clinique a dû accorder un lieu de stockage au GHSIF pour ses produits et s'est traduit par l'octroi de deux salles supplémentaires.

A l'épreuve des faits, le cadre de bloc du GHSIF a connu des difficultés d'approvisionnement en DMS. En effet, il convient de noter que l'activité du GHSIF, se caractérisant par son modèle essentiellement non programmé et des activités plus larges que celles exercées à la Clinique, il a été difficile pour la Clinique d'anticiper l'approvisionnement pour le public. De plus, leurs différences d'achats ne sont pas similaires ce qui a compliqué et retardé cette anticipation de la prise en compte des besoins du GHSIF. Tandis que le GHSIF se fournit essentiellement par le Résah ou l'UGAP, deux centrales d'achats, ce qui simplifie les commandes, la Clinique, elle, au contraire se fournit auprès de fournisseurs différents et multiples, n'étant pas soumise à la réglementation des marchés publics. Les références nombreuses des produits du GHSIF et le non référencement de certains produits dans les bases de données de la PUI de la Clinique a empêché une commande pour le GHSIF dans les temps, alors même que l'activité du

GHSIF avait démarré. Les équipes du GHSIF avaient anticipé une telle carence et la défaillance de la Clinique a pu être palliée par cette anticipation publique. Pour autant, cela rend compte de la difficulté de rendre compatibles deux modèles de chirurgie opposés tant sur l'activité que sur sa programmation. De même, ces difficultés dues à un manque d'anticipation par la Clinique s'expliquent également par des rapports non facilités entre chefs de service des PUI respectives aux deux établissements qui percevaient dans cette mutualisation une dépossession d'une de leurs activités.

Compte tenu de cette situation, il a été convenu en juillet que le GHSIF reprenait finalement l'approvisionnement en DMS de son activité opératoire, remettant alors en cause le modèle théorique convenu entre eux. De plus, par l'achat via les centrales d'achats, il s'avère que cette solution est moins onéreuse pour l'hôpital que l'achat par la Clinique qui se fournit auprès de différents laboratoires, avec des prix moins attractifs.

#### Perspectives :

- Conforter l'approvisionnement par le GHSIF des DMS.

### **3.2.2 La logistique : des dysfonctionnements quotidiens apparaissent et obligent à des ajustements qui se règlent sur le terrain**

Un certain nombre de prestations liées à la logistique ont été mutualisées pour les blocs opératoires, telles que le ménage, l'élimination des déchets ou l'approvisionnement des consommables. Or, encore une fois, à l'épreuve de la pratique et après quelques semaines de fonctionnement, quelques dysfonctionnements ou imperfections sont apparues, compliquant le travail des professionnels des blocs opératoires, entraînant des tensions avec les équipes du privé voire des pertes de temps pour palier à certains manques. En effet, s'agissant de la prestation de bio-nettoyage due par la clinique pour le sas de transfert et les espaces de circulation devant les salles de bloc publiques, il s'est avéré qu'il n'était pas effectué certains jours par les équipes du privé. La prestation est pourtant externalisée par la Clinique et ne fait pas entrer en jeu d'éventuelles tensions entre les deux établissements mais il est d'autant plus difficile pour le GHSIF de faire exécuter la prestation due que la prestation est réalisée par un fournisseur extérieur relié contractuellement à la Clinique et non au GHSIF.

De plus, concernant les déchets, la Clinique chargée de leur élimination devait fournir en bacs DASRI le GHSIF or dans les faits, ils font défaut obligeant la cadre du bloc notamment à pallier cette absence. En outre, le modèle économique n'a pas été réglé dans les détails avant la mise en service effective des blocs opératoires or le coût de l'élimination des DASRI se fait au poids et cette facturation pose donc problème à la Clinique puisque la

répartition n'a pas été abordée entre les deux directions. Ainsi, se pose aujourd'hui la question d'une répartition au nombre de patients, au kilo effectif ou au volume. Selon la lourdeur des patients pris en charge et les activités, ce ne sont pas les mêmes volumes de déchets donc il apparaît complexe de définir la meilleure répartition où chaque partie souhaite trouver le tarif le plus avantageux.

L'approvisionnement des consommables a également suscité quelques difficultés dans la pratique pour les équipes du public sensées se fournir auprès de la Clinique. Ces manques se révèlent chronophages pour les équipes et entraînent des difficultés pour la direction dédiée aux achats du GHSIF chargée de reprendre des achats qu'elle escomptait laisser au privé. Des points ont pu paraître anecdotiques dans le montage de la mutualisation et du partenariat qui n'a pas eu pour objet d'en définir les modalités dans le détail mais après la mise en service des blocs opératoires, ces détails se révèlent être des points de complications non négligeables pour les équipes de terrain qui en subissent le règlement avec un partenaire avec lequel elles doivent collaborer du jour au lendemain et qui exacerbent les tensions et méfiances entre les deux établissements. Cela interroge les circuits, les espaces de stockage, la question des bons interlocuteurs pour se fournir et des procédures adéquates pour les équipes et les questions de responsabilité, de modalités économiques pour les directions respectives.

#### Propositions :

- ➔ Optimiser les circuits logistiques au service du circuit patient en adéquation avec les contraintes respectives des deux partenaires.
- ➔ Poursuivre les rencontres entre Directions pour affiner les accords de ces différents points : adopter des protocoles, des procédures communes (élimination des déchets, bio nettoyage...) et formaliser ces accords pour in fine, les faire connaître aux équipes de terrain pour clarifier le « qui fait quoi ? » dans les blocs opératoires, limiter les tensions et les frictions sur les approvisionnements.
- ➔ Mettre en place un suivi des dysfonctionnements remontés par les équipes de terrain et ajuster les imperfections relevées par les équipes des blocs.

## Conclusion

En conclusion, l'activité chirurgicale constitue une activité centrale dans un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, et que son activité soit importante ou faible. Les blocs opératoires cristallisent les tensions, les appréhensions des personnels et des patients mais fascinent aussi par les prouesses qui y sont accomplies. La mutualisation des blocs opératoires entre un établissement public de santé et une clinique s'inscrit dans la lignée des coopérations impulsées depuis les années 90 en France mais se singularise ici par l'importance de l'opération réunissant sur un même site de 88 000 m<sup>2</sup> opérateur public et privé de santé. Porteuse de nombreux enjeux sensibles pour la population, les élus, la tutelle, les professionnels de santé, les médecins et la direction, la mutualisation des blocs opératoire et la sauvegarde de la chirurgie publique qu'elle emporte se révèle être porteuse d'avantages et d'opportunités nombreuses pour le bassin de population. Néanmoins, elle comporte aussi un certain nombre de risques pour les deux parties au projet dans la mesure où il subsiste des liens de concurrence entre elles que n'arrive pas à camoufler leur complémentarité, ce que le cas de l'endoscopie illustre parfaitement. Les différences relatives à leurs activités respectives et la permanence des soins qu'assure le public constituent autant de points sensibles pour conforter un modèle de mutualisation entre deux établissements que les règles de gouvernance, le modèle économique et de fonctionnement opposent. Le contexte de difficultés financières de la Clinique puis de sa reprise par un groupe d'actionnaires bouleverse également le modèle théorique imaginé et les premiers mois de mise en service des blocs opératoires.

Si le modèle initial a beaucoup évolué au gré des difficultés juridiques, économiques ou logistiques, il est resté un projet impulsé par deux directions d'établissements qui ont réussi à nouer des liens de confiance contournant la logique de concurrence pour une logique complémentaire au service de la meilleure prise en charge du patient. Pour autant, après deux mois de fonctionnement, il est nécessaire que les équipes de terrain réussissent le pari de la confiance sur celui de la défiance, classique suite à un changement de pratiques et de locaux, et s'approprient le nouveau circuit patient, les nouvelles procédures et le fonctionnement du bloc opératoire car les nouveaux blocs inspirent aux personnels interrogés ce constat : « *il y a plus de dysfonctionnements que réellement d'inconvénients à cette mutualisation* ».

Ce projet a mobilisé les équipes de direction sur de longues périodes et constitue un chantier qui a impliqué toutes les directions de l'hôpital, obligeant à des interrogations permanentes sur les modalités juridiques, économiques, logistiques, informatiques et techniques appropriées à la meilleure organisation soignante et médicale possible dans l'intérêt du patient. L'accompagnement de la tutelle limité, l'ARS n'ayant pas toujours les réponses à des montages dont les expériences sur la région ou en France demeurent peu

nombreuses dans ce périmètre aussi important de mutualisation, a compliqué la démarche de conception du projet et laissé quelques incertitudes qui se sont ressenties sur le terrain. Les difficultés remontées par le terrain obligent le directeur d'hôpital à une capacité de réaction et à une rigueur plus importante encore dans la mesure où l'activité chirurgicale se trouve liée à celle de la clinique et qu'il n'a plus la pleine maîtrise des modalités de son activité.

Si les perspectives à court terme laissent espérer l'ajustement d'accords conclus entre les deux établissements afin de fluidifier les tâches de chacun, celles à plus long terme concerneront sans doute la location du nombre de blocs. En effet, une fois ôtée l'activité urgente et non programmée, cela ne laisse guère de vacations programmées pour les chirurgiens du public. Le dimensionnement à deux salles était finalement une solution de compromis à la disparition de la chirurgie publique mais cette solution porteuse d'enjeux ne pourra sûrement pas à moyen ou long terme perdurer et il pourrait être à nouveau question d'un déclin de la chirurgie publique si cette dernière ne sait plus être attractive par la faiblesse du nombre de blocs. Comme le résumait un médecin interrogé, « *2 blocs, c'est trop ou pas assez, on sera forcément obligés d'évoluer* », remettant alors encore en cause le modèle mis en service qui devra tenir compte de la stratégie adoptée par son partenaire privé dans les mains de qui il a scellé une partie du sort de la chirurgie publique.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- Durousset JL., « *Le Privé peut-il guérir l'hôpital ?* », Nouveaux débats publics, 2010
- Haas D., Lebrun D., Sécher JE, « *Des restructurations hospitalières et des hommes* », Presses de l'EHESP, 2012

## Mémoires professionnels

- Horn N., « Le développement d'une coopération entre un hôpital public et le secteur privé : l'exemple du groupement de coopération sanitaire entre le Centre Hospitalier Marc Jacquet, la Clinique Saint-Jean de Melun et le groupe Generidis », Mémoire de l'EHESP, 2001
- Come N., « *Une coopération public / privé avec partage d'activités – l'exemple du CH Côte de Lumière (Sables d'Olonne)* », Mémoire de l'EHESP, 2004
- Devillers M., « *La mise en place d'un groupement de coopération sanitaire : un simple changement de structure juridique ? – L'exemple du partenariat entre le centre hospitalier de Valenciennes et la Clinique Teissier* », Mémoire de l'EHESP, 2005
- Labansat-Bascou AC., « *Rapprochement et coopération des pôles de chirurgie de deux établissements en vue d'une fusion* », Mémoire de l'EHESP, 2016

## Articles de périodiques, revues

- Thor F., « *Naissance d'un GCS – le mariage d'un centre hospitalier, d'une clinique privée et d'un cabinet libéral de radiologie médicale* », Gestions hospitalières, janvier 2012, N°512, p.15-21
- Chaumont C., « *Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier* », Gestions hospitalières, janvier 2012, N°512, p.26-30
- Karam P., Georges-Picot A., « *Étude comparative : hospitalisation publique / privée MCO* », Gestions Hospitalières, mars 2016, N°554, p.170-173
- Bossard O., « *Étude – Public / privé, but lucratif, non lucratif... - les différences de gestion entre catégories d'établissements* », Gestions Hospitalières, mars 2016, N°554, p.174-177
- De Lard-Huchet B., « *Établissements de santé publics et privés – L'esquisse d'une silhouette commune ?* », Gestions Hospitalières, mars 2016, N°554, p.189-191

### **Études, rapports, guides**

- Sénat, Rapport d'information n° 287 (2007-2008) – « Accès à des soins de qualité : le cas de la chirurgie » de M. Alain MILON, Commission des affaires sociales, 15 avril 2008
- Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, - chapitre 6 « les activités chirurgicales », septembre 2017
- Observatoire régional de santé Île-de-France, Les déserts médicaux en Île-de-France : de quoi parle-t-on ? quels leviers d'actions ?, mars 2018
- PRS IDF 2013-2017
- Bilan de PRS IDF 2013-2017
- PRS IDF 2018-2022
- Rapport d'activité 2017 – Groupe Hospitalier Sud Île-de-France

### **Supports et textes juridiques**

- Code de santé publique

### **Sites internet, ressources en ligne**

- Académie de médecine
- ARS Île-de-France
- <http://www.clinique-saint-jean-ermitage.fr/clinique/presentation.html>
- <http://www.ghsif.fr/>

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Article de presse « *Une pétition pour le retour de la chirurgie de nuit* », juin 2010

## Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Dominique PELJAK : Directeur du GHSIF

Aurélié RAMA : Directrice des Affaires financières

Maëva BARBIER : Directrice des affaires médicales et de la stratégie

Stéphane HARNISCH : Directeur du système d'information

Patricia LOGER : Directrice des soins

Claude EVIN : Ancien Directeur de l'ARS Île-de-France

Fabienne BEZIO : Représentante syndicale CGT

Dr Mehran MONCHI : médecin réanimateur, président de CME

Dr Khalil AOUAD : chirurgien viscéral et digestif, chef du service chirurgie, chef de pôle chirurgie-anesthésie

Marie MAIGNOT : cadre supérieur du pôle chirurgie-anesthésie

Nassima VIGUIER : cadre du bloc opératoire

Christelle Derome : IADE

Nadia : IBODE

IV | SEINE-ET-MARNE  
24 heures | sport | transports

## MELUN

# Une pétition pour le retour de la chirurgie de nuit

**L**a réouverture du bloc chirurgical de nuit à l'hôpital public de Melun : c'est l'objet de la pétition\* adressée aux élus municipaux, du département et de la région Ile-de-France par le Collectif Santé 77 sud. Un organisme composé d'Attac, de la CGT-Santé, du Nouveau Parti anticapitaliste, du Parti de gauche et de l'Union des familles laïques (Ufal). En cause : la fermeture du bloc à l'hôpital Marc-Jacquet de 18 heures à 8 heures le lendemain matin depuis début avril 2009. Les patients sont orientés vers le bloc chirurgical de l'hôpital de Montereau, ou, en cas d'extrême urgence, opérés dans celui de la maternité de l'hôpital melunais.

**Faut-il attendre un mort ?**  
LES PÉTITIONNAIRES

Le texte évoque « quatre incidents dont l'un aurait pu avoir des conséquences fatales ». « Faut-il attendre un mort pour revenir sur une décision qui crée un réel problème de sécurité sanitaire ? Cet appel exprime le refus des citoyens des agglomérations Melun-Val de Seine et de Sénart d'être considérés comme des citoyens de seconde zone », insiste la pétition. Déléguée CGT de l'hôpital, Fabienne Bézio enfonce le clou. « Il y a trois semaines, un jeune adulte a été un soir

son temps entre l'hôpital et la clinique des Fontaines, le site partenaire dans le cadre du futur hôpital de référence. « On remplace un temps plein par un mi-temps contractuel. C'est la privatisation avant l'heure. Petit à petit, l'activité chirurgicale viscérale publique sera dépeçée et, à terme, cela permettra de la transférer vers le privé. » Réponse de la direction : « Contrairement à certaines allégations, on avance ! Le partenariat public-privé avec la clinique des Fontaines se poursuit avec le recrutement commun d'un chirurgien dès le 1<sup>er</sup> juin. Il doit permettre à Melun de mettre plus rapidement fin au dispositif de transfert de la chirurgie d'urgence de nuit vers Montereau. Sur le mi-temps, c'est l'application du protocole d'accord public-privé de 2006 sur la chirurgie viscérale et orthopédique. »

**SOPHIE BORDIER**  
\* Appel en ligne sur [http://petitiondoweb.com/hopital\\_melun-7157.html](http://petitiondoweb.com/hopital_melun-7157.html). Comité santé sud 77 : 22, rue de Bellevue, 77590 Bois-le-Roi.



**MELUN, 3 JUIN.** Mobilisés pour défendre l'hôpital, Jacky Morvan et Fabienne Bézio ont des doutes sur le projet d'établissement de référence du Sud-Seine-et-Marne. (J.P.S.B.)

## Inquiétudes sur le futur hôpital

**A**u syndicat CGT de l'hôpital, on est plus que sceptique sur la réalisation du futur hôpital de référence du Sud-Seine-et-Marne, prévu à l'entrée nord de Melun. « Le projet n'est toujours pas inscrit dans le plan Hôpital 2012. Un groupe belge a été

« Il a dit qu'il venait redessiner les territoires de santé. L'hôpital de Corbeil (91) est surdimensionné avec ses 14 blocs opératoires. Pour qu'il soit rentable, il faut élargir son champ d'intervention. On craint que notre bassin de population soit rattaché à Corbeil. »

pas comme s'il n'y avait pas eu l'hôpital de Corbeil. Ce dernier est surdimensionné. Mais ce n'est pas en ne faisant pas l'hôpital de Melun qu'on résoudra les problèmes essonneiens. Nous avons ici un bassin de population de 300 000 habitants ! Il nous faut rester



GRIENENBERGER	Sophie	Octobre 2018
<b>Directeur d'hôpital</b> Promotion 2017-2018		
<b>La mutualisation des blocs opératoires entre un établissement public de santé et une clinique privée : de la théorie à la pratique – l'exemple du Santépôle de Melun.</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>L'objet de ce mémoire est de présenter un projet d'envergure de coopération entre un établissement public de santé et une clinique privée par l'exemple d'une mutualisation des blocs opératoires.</p> <p>Porteur de nombreux enjeux en termes d'efficience, d'attractivité médicale, de qualité des prises en charge et d'accessibilité pour les patients, cette coopération sur une activité aussi stratégique que la chirurgie emporte un certain nombre de risques et d'opportunités pour les deux parties au projet.</p> <p>Si ce projet présente un intérêt professionnel certain pour la direction d'un hôpital en termes de conduite de projet, de management des équipes et de partenariat à construire, il n'en demeure pas moins source de nombreuses d'interrogations et incertitudes quant au modèle à adopter et ses modalités pratiques de mise en œuvre.</p> <p>Aussi, le modèle imaginé par les deux directions publique et privée a été bousculé par la pratique, par les difficultés juridiques, économiques et techniques sur le terrain obligeant à des adaptations permanentes que le contexte difficile inhérent à la Clinique et à sa reprise n'a fait qu'exacerber.</p> <p>La mise en fonctionnement d'un modèle hybride de blocs opératoires faisant se côtoyer équipes publique et privée n'est pas sans poser problème au quotidien et impose une appropriation sur le terrain d'une culture nouvelle commune par les équipes des blocs et des ajustements constants des pratiques professionnelles.</p> <p>Finalement, dépassant la logique de concurrence pour une logique complémentaire, ces ajustements et le contexte font craindre la nécessité d'un redimensionnement des blocs à plus ou moins long terme afin de répondre aux nouveaux défis de demain.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Coopération, mutualisation, GCS, chirurgie, blocs opératoires, hôpital, clinique, permanence des soins, attractivité, concurrence, complémentarité.</p>		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		

