



**EHESP**

---

**Élèves directeurs d'hôpital**

Promotion : **2019-2020**

---

**La réorganisation de la chirurgie sur le  
territoire de santé Lorient-Quimperlé  
dans le contexte de crise sanitaire :  
enjeux et enseignements pour la  
coopération public/privé**

---

**Pierre-Côme BOUCARD**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier ALAIN PHILIBERT, Directeur général adjoint du Groupe Hospitalier Bretagne Sud et maître de stage, pour son accueil chaleureux et son accompagnement, ainsi que pour avoir su être riche d'enseignements pour le jeune élève directeur d'hôpital que je suis.

Mes remerciements s'adressent également à THIERRY GAMOND-RIUS, Directeur Général du Groupe Hospitalier Bretagne Sud, pour la confiance qu'il m'a accordée dans la gestion de la crise COVID-19 au sein de l'établissement, mais également pour sa disponibilité et son accessibilité à mon égard.

Ces remerciements vont également à l'ensemble des directeurs du Groupe, qui m'ont associé de manière très naturelle à leur équipe, et qui ont su m'accompagner et m'enseigner beaucoup au cours de ces mois.

Enfin, je tiens à étendre ces remerciements à l'ensemble des professionnels du Groupe Hospitalier Bretagne Sud avec qui j'ai pu travailler, qu'ils soient professionnels administratifs, soignants ou médico-techniques. Ce contexte de stage si marquant a permis de démontrer à nouveau, si besoin il y avait, la capacité d'adaptation de l'hôpital et l'engagement de ses professionnels au quotidien.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1 La crise sanitaire COVID-19 : une coopération forte et inédite entre établissements publics et privés sur le territoire de santé n°3.....</b>	<b>5</b>
1.1 La construction du plan d'organisation de crise .....	5
1.1.1 Complémentarité et concurrence entre établissements .....	5
1.1.2 La gouvernance de crise dans le contexte de « coopération ».....	9
1.2 La réorganisation de la chirurgie sur le territoire : une modalité de coopération inédite et ambitieuse .....	12
1.2.1 Un ambitieux plan de réorganisation de la chirurgie .....	13
1.2.2 Un défi organisationnel et un levier d'action inédit.....	15
<b>2 La coopération de crise et le contexte particulier de reprise de la Clinique du Ter : gains et limites de la coopération en temps de crise.....</b>	<b>19</b>
2.1 La constitution du GCS Clinique du Ter avec la participation du Groupe Hospitalier Bretagne Sud : enjeux et particularités en termes de coopération public/privée.....	19
2.1.1 La reprise de l'activité d'une clinique par un GCS administré par un établissement public : un mouvement fort inscrit dans une tendance nationale .....	19
2.1.2 La difficile construction du projet médical du GCS : objectifs et perspectives de la reprise .....	21
2.2 Un contexte de reprise à l'épreuve de la coopération sanitaire de crise .....	23
2.2.1 La logique de groupe, un facteur insuffisant face à des facteurs structurels ? .....	23
2.2.2 Des gains néanmoins non négligeables .....	25
<b>3 La gestion de crise, un « accélérateur de coopération » à plusieurs vitesses .....</b>	<b>27</b>
3.1 Facteurs de réussite et limites de la coopération de crise.....	27
3.1.1 Facteurs de réussite de la coopération sur le territoire de santé.....	27
3.1.2 Les limites de la coopération de crise.....	30
3.2 L'hôpital public au cœur des territoires et de la gestion de crise, un modèle à faire vivre par le directeur d'hôpital .....	32

EHESP – La réorganisation de la chirurgie sur le territoire de santé Lorient-Quimperlé dans le contexte de crise sanitaire : enjeux et enseignements pour la coopération public/privé – 2020

3.2.1	La gestion de crise par territoire, un modèle à pérenniser .....	33
3.2.2	La crise comme catalyseur de coopérations au quotidien : des opportunités à saisir pour le directeur d'hôpital ? .....	34
<b>Conclusion.....</b>		<b>- 39 -</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>- 41 -</b>
<b>Liste des annexes .....</b>		<b>I</b>
	Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire .....	I
	Annexe 2 - Données sur le plan de réorganisation de la chirurgie.....	I
	Annexe 3 - Données issues du diagnostic territorial conduit en 2019.....	II



---

## Liste des sigles utilisés

---

ARS	Agence Régionale de Santé
BGO	Bloc gynéco-obstétrique
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CHCB	Centre Hospitalier Centre Bretagne
CMPO	Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient
CSP	Code de Santé Publique
DES	Diplômes d'Études Spécialisées
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GHBS	Groupe Hospitalier Bretagne Sud
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GHS	Groupe Homogène de Séjour
HGO	Hospi Grand Ouest
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplôme d'État
MAR	Médecin anesthésiste réanimateur
ORL	Otorhinolaryngologie
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
PTI	Plateau technique interventionnel

T2A

Tarification à l'activité

## Introduction

« *La santé est une et indivisible* »<sup>1</sup>. Cette leçon de crise est celle tirée par la déléguée nationale de la Fédération Hospitalière de France (FHF) au terme du pic épidémique de la COVID-19 de mars à mai 2020. Pourtant, l'une des grandes caractéristiques du système hospitalier français est son découpage entre établissements publics, établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) et établissements privés. Ainsi, parmi les 3 042 structures hospitalières décomptées au 31 décembre 2018, 1 360 relevaient du secteur public, 680 du secteur privé non lucratif et 1 000 du secteur privé lucratif<sup>2</sup>. Ainsi, si la santé est « *indivisible* », les acteurs hospitaliers de celle-ci forment pourtant un paysage sanitaire varié, aux modes d'organisation, de régulation et de financement très différents.

Dans le cadre de l'épidémie de COVID-19, cette séparation historique entre secteurs public, privé et privé d'intérêt collectif a fait l'objet d'une attention médiatique particulièrement sensible. Ainsi, la coopération ou régulation, l'absence ou la faiblesse de celle-ci ont fait la une de journaux, y compris nationaux<sup>3</sup>. La Fédération de l'Hospitalisation Privée a même lancé au cours du mois de mars un véritable « *appel* » à la sollicitation des établissements privés de santé dans le cadre de l'épidémie, regrettant la sous sollicitation de certaines de ses structures<sup>4</sup>.

Au sein du territoire de santé n°3 de Bretagne, qui compte environ 300,000 habitants sur le Pays de Lorient-Quimperlé, la coopération public/privé s'est traduite avant tout par la mobilisation de deux leviers : la mise à disposition de personnels des cliniques dans les établissements publics et la réorganisation concertée de la chirurgie sur le territoire. Ce dernier volet a été réalisé dans bon nombre d'établissements dans la région bretonne, parce qu'il a permis d'assurer la continuité des prises en charge chirurgicales non déprogrammées tout en

---

<sup>1</sup> Interview de RIET Z., *Revue Hospitalière de France*, numéro 593 Mars – Avril 2020, pp.4-5.

<sup>2</sup> Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *Les Établissements de santé – édition 2020*, Ministère de la Santé et des Solidarités, 10 juillet 2020.

<sup>3</sup> Voir par exemple : « Les cliniques sont-elles sollicitées trop tardivement ? », *Ouest France* du 25 mars 2020 ; « Lutte contre le Covid-19 : la difficile coordination entre l'hôpital public et le privé », *PublicSénat.fr*, 1<sup>er</sup> avril 2020 ; « Coronavirus : pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne », *Le Monde – les Décodeurs*, 10 avril 2020.

<sup>4</sup> *Etablissements privés et praticiens libéraux : "Faites appel à nous !"*, Fédération de l'Hospitalisation Privée, Communiqué de presse du 23 mars 2020.

optimisant l'utilisation des plateaux techniques et donc des ressources humaines en conséquence. Cela a donc permis la mise à disposition de personnels, notamment infirmiers anesthésistes D.E. (IADE) et médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) entre établissements. Ce levier de coopération apparaît comme d'autant plus innovant qu'il intervient dans un domaine très sensible en matière de relations public/privé, la chirurgie étant par essence un domaine très concurrentiel<sup>5</sup>.

Trois établissements sont autorisés en chirurgie sur le territoire étudié : le Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS), la Clinique du Ter, établissement de santé privé administré depuis peu par un Groupement de Coopération Sanitaire dont l'hôpital public est l'actionnaire principal, et la Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient (CMPO), établissement de santé d'intérêt collectif (ESPIC) dépendant du groupe mutualiste Hospi Grand Ouest (HGO). Dans le contexte pandémique, les trois établissements ont élaboré un plan de réorganisation de la chirurgie visant à libérer les ressources médicales et paramédicales nécessaires aux réorganisations de la crise, essentiellement la montée en charge des lits de réanimation sur le territoire. Ce plan de réorganisation de la chirurgie, concerté dans le cadre d'une cellule de crise commune, a permis la concentration des interventions non déprogrammées vers les plateaux techniques des cliniques, avec la délocalisation d'un grand nombre d'interventions de l'hôpital dans les blocs opératoires. Plus de 200 interventions ont ainsi été externalisées dans les blocs opératoires des cliniques, du 20 mars au 15 mai 2020. Les opérateurs de l'hôpital se sont donc déplacés dans des blocs opératoires différents, ce qui a représenté un défi organisationnel majeur dans le cadre de la gestion de la crise. Afin d'assurer le caractère opérationnel de cette réorganisation, un effort de synchronisation des déprogrammations et des reprises d'activité a été assuré entre établissements, conformément aux recommandations des autorités nationales et régionales en charge, ce qui constituait également un défi en termes de coopération, dans un environnement éminemment concurrentiel.

Il ne s'agit pas ici d'interroger la réalité de l'implication des établissements privés dans la crise sanitaire, qui semble certaine à l'échelon national. La mission parlementaire dédiée à la gestion du pic épidémique a permis de souligner qu'un tiers des patients hospitalisés atteints de la COVID-19 était pris en charge dans un établissement privé, contre 21% quinze jours

---

<sup>5</sup> PASCAL C, CAPGRAS J.-B., BOTTON J.-P., CLAVERANNE, J.-P., « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé - Illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité » Journal d'économie médicale 2009/1-2, Volume 27, pp. 21-42.

auparavant<sup>6</sup>. L'implication des établissements privés a par ailleurs été saluée par les acteurs de terrain interrogés dans le cadre de cette mission<sup>7</sup>. Au-delà de ce constat global, sur lequel il ne s'agit pas de revenir, il convient de s'interroger sur les ressorts de cette coopération, ses facteurs facilitants et ses freins. Derrière le constat national positif se trouve en réalité des mécanismes bien plus complexes, entre concurrence et coopération. Mais surtout, il s'agit d'interroger la portée de ces modes de coopération inédits sur les territoires. Les conséquences de ces modes de concertation sont ainsi incertaines : il reste à savoir si l'expérience de la coopération de crise se traduira dans les mois ou années à venir par de nouvelles perspectives ou de nouvelles relations entre établissements. La place du directeur d'hôpital dans le cadre de ces liens de coopération est essentielle : entre impératifs de gestion de crise sanitaire et vision stratégique, ce sujet permet de mettre en avant le balancement continu entre court- et long-terme de la profession.

La question de la chirurgie et du levier qu'elle a constitué dans le contexte de crise ont été privilégiés dans le cadre de cette étude, mettant dès lors de côté de nombreuses questions relatives à la coopération de crise, non abordées dans ce mémoire : professionnels de ville, établissements sociaux et médico-sociaux, coopération interterritoriales... La reprise de la Clinique du Ter dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire administré par l'hôpital est une des justifications essentielles de ce choix, car ce bouleversement de l'offre de soins du territoire pose des questions majeures en termes de stratégie médicale pour l'hôpital public et a reconfiguré les relations entre établissements du territoire. Enfin, comme déjà évoqué, on soulignera que le sujet a généré un intérêt médiatique certain.

Le territoire de santé n°3 est un territoire de santé qui paraît adapté à l'étude de ce sujet, du fait de la réussite certaine qu'a pu représenter ce plan de réorganisation<sup>8</sup>. Mais surtout, ce territoire d'une taille restreinte, a fait l'objet de profondes restructurations ces

---

<sup>6</sup> Rapport d'information n°3053, déposé par la mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, Présenté par FERRAND R., Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2020, P.78

<sup>7</sup> Audition du mercredi 15 juillet 2020 à 11 heures 30, Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, Assemblée nationale ; Docteur François Braun, président de Samu Urgences de France et chef du pôle urgences du Centre hospitalier régional (CHR) de Metz-Thionville : « *il n'y eu aucun problème entre public et privé [...] la coopération a été immédiate* » ; Professeur Pierre-Albert CARLI, chef de service du SAMU de Paris, Président du Conseil national de l'urgence hospitalière, « *on a observé une mise en commun des ressources jamais vue auparavant, dans aucune autre crise* ».

<sup>8</sup> « Face au virus, hôpital et cliniques jouent collectif », *Ouest France* du 30 mars 2020.

dernières années : fusion des établissements publics au 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour la création du GHBS et reprise de l'activité de la Clinique du Ter au 1<sup>er</sup> mars 2019. Ce dernier élément est particulièrement éclairant parce qu'il ouvre des perspectives de coopération public/privé particulièrement importantes et parce qu'il représente un enjeu certain de stratégie.

Ainsi, quels enseignements tirer de la réorganisation concertée de la chirurgie entre établissements publics et privés sur le territoire de Lorient-Quimperlé ? Dans quelle mesure la crise sanitaire peut-elle jouer le rôle d'accélérateur de coopération sur les territoires ? Quels leviers peuvent-être mobilisés par le directeur d'hôpital, entre impératifs de crise et stratégie de long-terme ?

La crise sanitaire de la COVID-19 a poussé les trois établissements autorisés en chirurgie du territoire de santé n°3 à déployer une forme de coopération inédite par la réorganisation concertée de la chirurgie, mais qui a pu rencontrer certaines limites (I). L'expérience de cette réorganisation cette crise et ses conséquences à moyen-terme sont à interroger au regard du contexte de reprise de la Clinique du Ter, qui ouvre des perspectives nouvelles en termes de coopération et de concurrence sur le territoire et représente un enjeu de stratégie médicale fort pour le GHBS (II). Sur la base de cet exemple, il convient de déterminer la portée de la crise en tant qu'accélérateur de coopération entre établissements publics, privés et privés d'intérêt collectifs, et la place du directeur d'hôpital dans ce cadre (III).

### Méthodologie :

La réalisation de ce mémoire s'est avant tout nourrie d'entretiens semi-directifs avec différents acteurs et décideurs impliqués dans cette gestion de crise sanitaire. Différents types d'interlocuteurs ont été identifiés, avec en premier lieu des parties prenantes du plan de réorganisation, en provenance des trois établissements concernés, chirurgiens et directeurs. De la même façon, ont été interrogés un directeur adjoint de l'Agence Régionale de Santé en charge de l'hospitalisation et des coopérations, ainsi qu'un responsable d'un groupe mutualiste directement concerné par le contexte de crise. Un entretien complémentaire avec un décideur de crise issu d'une autre région plus durement frappée par la crise sanitaire a également été mené, afin d'établir des éléments de comparaison avec la situation de la région et du territoire étudiés. Au regard des enjeux stratégiques abordés dans le cadre de ce mémoire, il a été fait le choix de rendre anonymes les professionnels qui ont fait l'objet d'un entretien (*voir annexe 1*).

# **1 La crise sanitaire COVID-19 : une coopération forte et inédite entre établissements publics et privés sur le territoire de santé n°3**

Face à la crise sanitaire exceptionnelle qui a marqué l'année 2020 et posé aux établissements de santé des défis sans précédents, des solutions inédites ont été mises en œuvre par les acteurs de terrain, comme la réorganisation concertée de la chirurgie entre établissements publics et privés. Ce levier d'action et sa mise en œuvre sur le territoire de santé n°3 de Bretagne constituent l'angle d'attaque du présent mémoire sur la coopération de crise entre établissements.

## **1.1 La construction du plan d'organisation de crise**

Cette réorganisation de la chirurgie a été concertée entre les trois établissements précédemment cités, en dépit de relations de concurrence certaines et de récentes dynamiques qui ont rebattu les cartes sur le territoire de santé.

### **1.1.1 Complémentarité et concurrence entre établissements**

Les établissements autorisés en chirurgie sur le territoire de santé n°3 sont centrés sur une zone relativement restreinte puisque moins de 5 kilomètres séparent chacun d'entre eux. Cette concentration de la chirurgie sur l'espace de Lorient participe à un environnement global fortement concurrentiel, avec des dynamiques différentes selon les établissements.

#### **A) Les établissements en présence**

L'une des premières caractéristiques du territoire de santé est sa taille limitée, avec environ 300 000 habitants. Cela constitue une caractéristique de la région bretonne, avec des territoires de taille relativement modestes, correspondant au bassin de vie et d'emploi et visant à « *conforter les actions de proximité [...] tout en favorisant l'articulation des acteurs de santé* »<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016 – ARS Bretagne

Établissement de référence du territoire de santé, le Groupe Hospitalier Bretagne Sud (GHBS) compte 2 064 lits et places, dont 694 lits de MCO et 75 lits dédiés à l'hospitalisation de chirurgie. Son budget de fonctionnement s'élève à 366 millions d'euros et il compte plus de 3 700 ETP énumérés. Cet établissement est récent car est issu de la fusion au 1er janvier 2018 des 4 établissements publics de santé du territoire de santé : le CH Bretagne Sud, le CH du Faouët, le CH de Quimperlé et le CH de Port-Louis/Riantec. Cette fusion a constitué une nouvelle étape dans les restructurations profondes qui ont marqué le paysage sanitaire du territoire. Elle a également contribué à façonner un des plus petits Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), parce que seulement constitué de deux établissements : le GHBS, établissement pivot, et l'Établissement Public de Santé Mentale Charcot, à Caudan.

Le case-mix du GHBS se caractérise par une forte prévalence de la médecine, qui représentait 62% de l'activité MCO en 2018, contre 15% pour la chirurgie, 10% pour les actes peu invasifs<sup>10</sup> et 13% pour l'activité d'obstétrique et liée aux naissances<sup>11</sup>. Depuis 2007 et les fermetures du bloc opératoire et de la maternité du CH de Quimperlé, l'ensemble de la chirurgie est réalisé sur le site du Scorff, siège social de l'établissement, situé à Lorient.

En chirurgie, 6 spécialités différentes sont assurées par le GHBS, parmi les 13 disciplines sanctionnées par un diplôme d'études spécialisées (DES) : ophtalmologie, chirurgie maxillo-faciale - orale, gynécologie obstétrique, ORL, chirurgie digestive, orthopédie. Le plateau technique interventionnel (PTI) compte 8 salles d'intervention chirurgicales et 3 salles dédiées à l'imagerie interventionnelle et/ou aux explorations fonctionnelles ; tandis que le bloc gynéco-obstétrique (BGO) compte 4 salles d'intervention.

Second établissement sanitaire du territoire par sa taille, la Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient (CMPO) dispose d'un budget de fonctionnement de plus de 43 millions d'euros et emploie près de 400 professionnels. Elle compte 128 lits d'hospitalisation de chirurgie, 8 lits d'unité de soins continus et 40 places de chirurgie ambulatoire. La Clinique dépend du groupe mutualiste Hospi Grand Ouest, groupe mutualiste implanté en Bretagne et dans les Pays de la Loire dont dépendent 10 établissements.

---

<sup>10</sup> Explorations fonctionnelles notamment

<sup>11</sup> « Accompagnement à la définition des coopérations – GH Bretagne Sud et Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient », Cabinet Adopale, restitution du diagnostic, 15 janvier 2020.

La Clinique Mutualiste se caractérise, à l’instar de la clinique du Ter, par un case-mix centré autour de la chirurgie : 48% de son activité en 2018, auxquels s’ajoutent les 32% d’actes peu invasifs. La dynamique d’activité récente est positive pour la Clinique avec une hausse moyenne annuelle de 6% de ses actes depuis 2014. Celle-ci peut s’expliquer par l’arrivée de nouveaux praticiens, notamment en urologie. À côté de cette dernière discipline, la CMPO dispose du monopole territorial sur la chirurgie vasculaire, mais se trouve en concurrence avec les autres établissements pour la chirurgie digestive, la chirurgie orthopédique, la chirurgie plastique et la gastro-entérologie. Pour l’essentiel, les praticiens de la Clinique Mutualiste sont, à la différence de ceux de la Clinique du Ter, salariés ; avec néanmoins une part de leur rémunération dépendant de l’activité réalisée.

Située sur la commune de Ploemeur, la Clinique du Ter, troisième établissement autorisé en chirurgie, compte 122 lits et places et emploie un peu plus de 150 professionnels, pour un budget sur 10 mois en 2019 de l’ordre de 17 millions d’euros<sup>12</sup>. Elle a fait récemment l’objet d’un changement de gouvernance majeur, avec la formulation d’une offre de reprise par le GHBS, acceptée et effective en mars 2019.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2019, l’établissement est géré sous la forme d’un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) - établissement de santé<sup>13</sup> de droit privé « Clinique du Ter », dont le Groupe Hospitalier Bretagne Sud est actionnaire à 90% et l’Association des Praticiens de la Clinique du Ter à 10%. Cette reprise s’inscrivait dans le cadre de difficultés économiques structurelles pour l’établissement, le groupe Elsan souhaitant dès lors s’en séparer. La reprise de la Clinique du Ter par l’établissement public du territoire permettait d’assurer la continuité de l’offre de soins sur le territoire, mais permettait aussi d’ouvrir de nouvelles perspectives pour la coopération public/privé, comme cela pourra être abordé dans le présent mémoire.

L’activité de la Clinique, presque exclusivement centrée autour du bloc opératoire et de ses 11 salles, est en baisse ces dernières années, avec une diminution annuelle moyenne de 6% sur 4 ans. L’activité de chirurgie représente 80% du total de l’activité de la clinique, 17% pour les actes peu invasifs et seulement 3% de médecine. En dépit de ces tendances récentes, la clinique demeure un centre de référence en chirurgie sur le territoire. Les spécialités représentées à l’heure actuelle sont les suivantes : orthopédie, ophtalmologie, chirurgie

---

<sup>12</sup> Budget calculé sur 10 mois, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2019, date à laquelle la reprise était effective.

<sup>13</sup> Dispositif juridique introduit par la loi HPST et dont les jalons sont posés par l’article L6133-7 du Code de Santé Publique

digestive, chirurgie thoracique<sup>14</sup>, chirurgie plastique et esthétique, ORL, dentaire et stomatologie.

Les praticiens de la Clinique sont tous libéraux et sont rémunérés par la Clinique sur la base de la valeur des actes facturés à l'Assurance Maladie, de laquelle est déduite une redevance calculée sur une base contractuelle entre l'établissement et le praticien.

## B) Dynamiques d'activité en chirurgie et concurrence

Les dynamiques concurrentielles se sont, depuis l'introduction de la T2A dans le financement hospitalier, progressivement renforcées et les établissements de santé sont désormais positionnés comme des offreurs de soins dans un contexte concurrentiel<sup>15</sup>. Un mouvement comparable est à l'œuvre avec les cliniques privées, notamment sous l'effet des fusions acquisitions et des concentrations<sup>16</sup>.

Sur les 12 910 actes en chirurgie réalisés sur la population du territoire n°3 en 2018, 74% l'ont été au sein des trois établissements, soit un taux de fuite de 26%. Ce dernier peut s'expliquer par l'absence de praticiens pour certaines spécialités ou certains actes spécifiques<sup>17</sup>. On notera cependant des disparités fortes dans les dynamiques d'activité des établissements, en dépit de la stabilité de ce taux de fuite entre 2014 et 2018 :

- La Clinique du Ter connaît des difficultés visibles, avec un passage de 31% des parts de marché à 26%, qui s'explique notamment par le départ de certains praticiens et la perte de certaines spécialités, comme l'urologie au cours de l'année 2016
- Le GHBS et la CMPO ont profité de ce recul, voyant leurs parts respectives passer de 23 à 25% et de 20 à 23%<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> Discipline pour laquelle l'établissement est en position de monopole

<sup>15</sup> ALBERT-CROMARIAS A., DOS SANTOS C., NAUTRÉ C., « La santé, un nouveau territoire pour la coopération ? », *Association Internationale de Management Stratégique*, XXVIIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-8 juin 2018.

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> Par exemple, la neurochirurgie ou la chirurgie cardiaque ne sont pas représentées sur le territoire.

<sup>18</sup> « Accompagnement à la définition des coopérations », Cabinet Adopale, *op. cit.* ; l'ensemble des données chiffrées citées proviennent de cet outil.

Certaines spécialités font l'objet d'une intensité concurrentielle particulièrement importante, comme par exemple la chirurgie orthopédique, domaine dans lequel la Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient a vu son activité croître de 16% entre 2014 et 2018, contre 3% pour le GHBS. On pourrait également citer l'ORL, la chirurgie digestive ou, dans une moindre mesure, l'ophtalmologie comme disciplines concurrentielles.

Un des chirurgiens du GHBS d'une des spécialités précitées décrit ainsi des relations concurrentielles fortes. Celles-ci vont même jusqu'à des « *épisodes de tension* » cités par le praticien, comme le mouvement d'un des membres d'une équipe vers l'autre ou le rachat d'un cabinet en ville par les praticiens d'une équipe, ayant abouti à une plainte auprès du Conseil de l'Ordre.

### **1.1.2 La gouvernance de crise dans le contexte de « coopération »**

Après avoir dressé le constat des dynamiques concurrentielles dans le territoire, il convient de les éclairer au regard des récentes restructurations du paysage hospitalier, mais également des dynamiques de coopération existantes, permettant de dresser le tableau de la « *coopétition* » de plus en plus décrite dans la littérature. C'est dans ce contexte que la gouvernance de crise a pu s'établir.

#### **A) La « coopération » locale sur le territoire de santé**

Si l'affirmation du territoire de santé en tant qu'espace de concurrence à part entière est certain, cela n'exclut ni l'existence de liens de coopération entre établissements ni la proximité et la reconnaissance entre praticiens ou équipes de direction.

La coopération territoriale est un des leviers majeurs des réformes du système de santé, depuis la création des GCS en 1996 jusqu'à la mise en œuvre et au renforcement des GHT depuis 2016, en passant par la création des Agences Régionales de Santé. Entre établissements publics et privés, les formes de coopération sont multiples : partage de la permanence des soins entre praticiens d'une même spécialité, mise à disposition et postes partagés, partage d'un plateau technique, etc.

Le territoire de santé n°3 s'inscrit pleinement dans ce contexte, avec par exemple dans le domaine de la chirurgie, l'existence d'une ligne d'astreinte commune entre les praticiens de la spécialité évoquée ci-dessus, en dépit de « *relations concurrentielles fortes* » et d'épisodes de tension récurrents. De la même façon, la reprise de la Clinique du Ter sous la forme d'un GCS dont le GHBS est administrateur s'inscrit pleinement dans ce cadre, avec des perspectives reconnues en termes de coopération mais des relations concurrentielles qui se maintiennent (*voir ci-dessous*). Dès lors, on retrouve pleinement la réalité de la « *coopétition* » entre établissements<sup>19 20</sup>.

Par ailleurs, il convient de souligner la volonté de rechercher la complémentarité entre établissements, y compris dans un contexte de rivalité forte, avec un accompagnement par un cabinet de conseil du Groupe Hospitalier et de la Clinique Mutualiste afin de réaliser un diagnostic territorial et d'établir des perspectives de complémentarité et de parcours. Ce diagnostic a permis de mettre en lumière les besoins en soins croissants sur le territoire, mais également la complémentarité de certaines spécialités chirurgicales et les pistes de développement sur le territoire<sup>21</sup>. Si cette démarche ne s'est pas traduite par des projets concrets dans l'immédiat, elle illustre la volonté de rapprochement et de concertation entre les directions des établissements.

## B) De l'importance d'un mode de concertation adapté à la crise

Dans le contexte de crise sanitaire au début du mois de mars 2020, la concertation de crise s'est révélée être très vite nécessaire, le signal déclencheur étant principalement la déprogrammation nationale de l'ensemble des activités qui pouvaient l'être sans perte de chance pour le patient. Dès lors, il s'agissait pour les directions des établissements de proposer et de définir un mode de concertation pour évaluer et mettre en œuvre des leviers d'action face à la crise.

---

<sup>19</sup> ALBERT-CROMARIAS A. *et al.*, *op. cit.*

<sup>20</sup> LOUAZEL, M. et KELLER, C. (2016), « Entre concurrence et coopération : un « effet bloc » des incitations réglementaires sur les relations entre établissements de santé ? » in BALY, O., L. CAZIN, J. DESPATIN, F. KLETZ et E. PERIAC (dir.), *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Presses des Mines, 195-218.

<sup>21</sup> « Accompagnement à la définition des coopérations », Cabinet Adopale, *op. cit.*

Au cours de l'ensemble des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire, l'importance de formaliser un temps d'échange entre les acteurs des hôpitaux et cliniques, sous la forme d'une cellule de crise territoriale, a été mise en avant. De fait, dès le début de la période de crise sanitaire, cette cellule de crise, réunissant 2 à 3 représentants de chaque établissement, direction et personnel médical, a été constituée et s'est réunie plusieurs fois par semaine afin de construire le plan d'organisation de crise. Par la suite, les réunions de cette cellule territoriale se sont peu à peu espacées, devenant hebdomadaires puis cessant au début du mois de juin.

Comme mis en avant par le responsable d'une Agence Régionale de Santé interrogé dans le cadre de ce mémoire, ce mode de cellule de territoire a été constitué dans la quasi-totalité des territoires bretons, à l'exception d'un seul où l'absence de coopération et les tensions entre établissements ont abouti à l'absence de coordination territoriale et donc à des dispositifs de coopération de crise inexistantes ou réduits au strict minimum. Sur le territoire de santé n°3., l'ensemble des acteurs interrogés pour ce mémoire ont souligné que ce mode de coordination a permis un rapprochement certain entre acteurs institutionnels des établissements. Dans l'ensemble des cas, ces modes de réunions ont été constitués à l'initiative même des directeurs des établissements.

Les limites de ce mode de coordination sont connues et reconnues de l'ensemble des participants, avec notamment la question de la reprise d'activité au cours des mois d'avril et mai, coordonnée par le biais de cette cellule. Cela constitue un cas d'illustration de la théorie des jeux et plus précisément du dilemme du prisonnier. Ainsi, si les participants à la cellule avaient un intérêt collectif à se coordonner et respecter les consignes régionales de l'ARS sur le caractère progressif de la reprise d'activité en chirurgie<sup>22</sup>, l'intérêt propre de chaque établissement était de reprendre plus largement son activité, pour des raisons d'image mais également financières. Si l'aspect financier a un effet incitatif moindre pour l'hôpital public en raison du dispositif dérogatoire de financement mis en œuvre pour l'année 2020, les velléités de reprise étaient certaines, tant pour des raisons de santé publique que d'image et de gestion des personnels médicaux. L'aspect incitatif financier était d'autant plus fort au sein de la Clinique du Ter, du fait du statut libéral des praticiens qui y exercent.

---

<sup>22</sup> En grande partie du fait de tensions nationales sur 5 molécules nécessaires en anesthésie-réanimation (atracurium, cisatracurium, rocuronium, midazolam et propofol).

Le dilemme du prisonnier, « *modèle privilégié pour analyser la coopération et la confiance*<sup>23</sup> » caractérise une telle situation, où l'intérêt collectif à la coopération est certain, mais où l'intérêt individuel à une forme de « trahison » par un des acteurs existe<sup>24</sup>. Ainsi, une reprise d'activité nettement plus importante permettrait de mettre dans une position d'autant plus confortable l'acteur qui ne coopérerait pas. Dans le cadre de la reprise d'activité, les directeurs interrogés reconnaissent tous les limites de la coordination de la cellule, avec certaines velléités de reprise parfois difficiles à maîtriser, y compris en interne au sein des établissements. Cependant, plusieurs éléments sont mis en avant :

- Une limite matérielle à la reprise a été posée, avec les tensions nationales sur les molécules nécessaires en anesthésie-réanimation et le dispositif exceptionnel d'approvisionnement mis en œuvre<sup>25</sup>
- La cellule de crise a permis une relative transparence sur cette reprise d'activité, y compris avec des données chiffrées en termes de reprise d'activité transmises au cours de la réunion ; et cela en grande partie grâce à la confiance établie pendant la durée du pic épidémique
- Un plan de reprise d'activité signé des trois établissements a été rédigé à la demande de l'ARS et pose les principes de la reprise d'activité pour les établissements. Si les limites d'un tel document paraissent évidentes, il agit en tant qu'engagement moral et semble avoir tenu un rôle non négligeable.

## **1.2 La réorganisation de la chirurgie sur le territoire : une modalité de coopération inédite et ambitieuse**

Dans le cadre des modes de coopération évoqués ci-dessus, une réorganisation de la chirurgie sur le territoire de santé est apparue très vite comme une solution nécessaire afin de permettre la montée en charge des lits de réanimation et d'assurer des prises en charge adaptées et sécurisées.

---

<sup>23</sup> EBER N., Eber, N. *Le dilemme du prisonnier*, 2006, La Découverte, pp. 110-111.

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> Dispositif mis en œuvre à compter du 25 avril 2020 suite au Message d'Alerte Rapide Sanitaire N°2020\_43 en date du 24 avril 2020.

## 1.2.1 Un ambitieux plan de réorganisation de la chirurgie

### A) Le volet chirurgical du plan d'organisation de crise

Un plan de crise en trois étapes a été construit au sein du Groupe Hospitalier Bretagne Sud. Le fil rouge de ce plan était la capacité en lits de réanimation sur le territoire de santé ainsi que sur le territoire de santé n°8 de Pontivy. L'objectif de ce plan était de garantir des capacités d'hospitalisation suffisante face à la diffusion de l'épidémie, et notamment en réanimation. Ainsi, les territoires de santé n°3 et n°8 passaient en phase 3 de ce plan à une capacité totale de 32 lits de réanimation, contre 10 en temps normal<sup>26</sup>.

La crise de la COVID-19 a mis particulièrement en lumière la spécificité de l'exercice médical de la réanimation, tant sur le plan des professionnels médicaux ou paramédicaux prenant en charge les patients, que sur celui du matériel requis<sup>27</sup>. Dès lors, une collaboration entre établissements publics et privés a été nécessaire, principalement dans le cadre de la cellule de crise territoriale, mais pas seulement, puisqu'incluant également le Centre Hospitalier Centre Bretagne (CHCB), établissement de référence du territoire de Pontivy. Sur le plan du matériel, les cliniques ont ainsi mis à disposition les respirateurs rendus disponibles par la déprogrammation des interventions chirurgicales.

Sur le plan des ressources humaines, enjeu éminemment stratégique pendant le temps de la crise, les infirmiers, infirmiers anesthésistes et médecins anesthésistes-réanimateurs disposant d'une compétence et prêts à prendre en charge des patients de réanimation ont été recensés sur l'ensemble des établissements et cliniques. Dès lors, ces professionnels ont été progressivement réaffectés et mis à disposition pendant la crise, afin de permettre la montée en charge des lits de réanimation. Cependant, avec la réaffectation de ces professionnels, des difficultés ponctuelles apparaissaient dans la constitution de certaines équipes, notamment sur les lignes médicales de garde et/ou d'astreinte d'anesthésie pour les hôpitaux de Lorient et de Pontivy. Pendant le temps de la crise, l'ensemble des lignes de garde et d'astreinte des établissements en anesthésie a été retravaillé, avec une participation de praticiens des cliniques à ces lignes dès lors que c'était possible.

---

<sup>26</sup> Le CHCB ne comptant qu'une unité de soins continus, celle-ci est montée en charge en tant qu'unité de réanimation à part entière, avec la participation des équipes du GHBS.

<sup>27</sup> Guide de préparation à la phase épidémique de Covid-19 - Établissements de santé Médecine de ville Établissements et services médico-sociaux ; Ministère des Solidarités et de la Santé, version du 16 mars 2020.

## B) Description des réorganisations de la chirurgie

Afin de permettre ces réaffectations et donc d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques de chirurgie, tout en assurant des parcours patients aussi sécurisés que possible, le volet chirurgical du plan de crise a été concerté par les directions et les praticiens concernés. Le principe de « délocalisation de la chirurgie publique » dans les blocs opératoires des cliniques a très vite été identifié comme le levier principal, car il permettait d'atteindre les objectifs d'optimisation de l'utilisation des plateaux techniques et ressources médicales et paramédicales afférentes et de sécurisation des prises en charge.

La répartition des délocalisations selon les spécialités a été travaillée en concertation avec les praticiens, selon l'existence ou non de la spécialité dans les blocs des cliniques, afin de pourvoir aux besoins organisationnels de la réalisation de l'intervention, que ce soit en termes de matériels ou de compétences du personnel paramédical. Ainsi, étaient réalisés :

- Les interventions de chirurgie viscérale et de gynécologie dans le bloc opératoire de la Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient
- Les interventions ORL et d'ophtalmologie ainsi que les actes d'exploration fonctionnelle relevant de gastro-entérologie dans les locaux de la Clinique du Ter.

Une gradation de ces délocalisations a également été travaillée, avec la décomposition en deux phases du volet chirurgical des réorganisations, déclenché à compter du 23 mars :

- Dans la phase 2<sup>28</sup>, l'ensemble des interventions programmées du GHBS se trouvait délocalisé, mais l'activité de chirurgie urgente demeurait dans le bloc opératoire public
- Dans la phase 3, les interventions urgentes étaient elles aussi délocalisées, avec un bloc opératoire qui ne recevait que les patients pour lesquels un transport était impossible.

Les actes relevant de l'ophtalmologie auraient dû en principe faire l'objet d'une délocalisation dans le bloc de la Clinique du Ter, mais cela n'a pas abouti, cette spécialité se caractérisant par un nombre d'actes relevant de l'urgence non déprogrammable moindre. La chirurgie orthopédique représente un échec non négligeable dans le cadre de ce plan d'organisation, puisque, pour différentes raisons abordées ci-dessous (*voir 1.2.2*), la réorganisation de cette spécialité entre les blocs a finalement échoué.

---

<sup>28</sup> La phase 1 du plan de crise ne disposait pas de volet chirurgical, la montée en charge des lits de réanimation était assurée sans réorganiser les lignes de garde ou d'astreinte

Cela signifie donc qu'en phase 3 de l'organisation de crise, étaient réalisés au sein du bloc opératoire du GHBS seulement les interventions des patients non transportables et les actes de chirurgie orthopédique, marquant une situation exceptionnelle pour l'hôpital public.

C) Un levier complémentaire : la participation de chirurgiens des cliniques à la filière traumatologique des urgences

Il convient également de citer la participation de chirurgiens des cliniques à la filière traumatologique des urgences adultes du site du Scorff, qui avait été mise en œuvre afin de libérer les urgentistes pour la prise en charge de la filière COVID-19. Pour la seule Clinique Mutualiste, cette mise à disposition de temps chirurgien a représenté au total 1,5 ETP pour la période de crise. Ce moyen de coopération a pu fonctionner notamment en raison des conséquences de la déprogrammation des activités, et cela alors même que la réorganisation concertée de la chirurgie orthopédique n'a pas abouti.

### **1.2.2 Un défi organisationnel et un levier d'action inédit**

A) Une réorganisation demandant une mobilisation exceptionnelle

Ce plan de réorganisation concertée de la chirurgie a été mis en œuvre à partir de la semaine du 23 mars, soit quelques jours après avoir été décidé. Cela a donc requis de l'ensemble des acteurs parties prenantes dans ce dispositif une mobilisation importante, pour une réorganisation qui soulevait de nombreuses questions pratiques.

Il s'agissait d'abord pour les praticiens des différentes spécialités éligibles à une telle organisation de se concerter afin de préciser les types d'intervention, ainsi que les multiples conditions matérielles ou humaines leur permettant d'intervenir au sein des cliniques. Pour cela, des réunions entre les praticiens, le chef de pôle, les cadres supérieurs de santé et la pharmacie ont été organisées, de façon à préciser et définir ces conditions.

La question du matériel d'opération et du circuit de stérilisation revêtait une importance particulièrement forte, avec l'organisation de navettes pour assurer le transport du matériel

lorsque celui-ci n'était pas disponible dans les blocs opératoires des cliniques, soit en raison de l'absence de la spécialité concernée sur le bloc<sup>29</sup> soit en raison des spécificités des interventions ou des méthodes opératoires privilégiées. Le circuit de la stérilisation a par ailleurs dû être défini. Dès lors, un travail d'anticipation et de préparation très important a été fourni par les pharmaciens des trois établissements.

De la même façon, le Département de l'Information Médicale et la Direction Territoriale des Systèmes d'Information ont eu plusieurs défis à relever afin de permettre la réalisation de ces interventions. Ainsi, le logiciel de soins Sillage a dû être déployé de façon très rapide dans les salles d'intervention des établissements partenaires. Une unité virtuelle a été créée dans celui-ci, ainsi qu'une fiche d'intervention dédiée. Cette fiche permettait d'assurer le suivi des interventions réalisées, d'assurer le codage des actes, d'archiver les comptes rendus d'opération et comptes rendus d'hospitalisation et de rassembler l'ensemble des éléments de facturation. Un échange a par ailleurs été mené avec les référents système d'information des établissements pour les questions relatives aux applicatifs métiers locaux.

La convention-cadre établie entre les établissements a permis de régler les questions juridiques et financières, essentielles afin de sécuriser ce dispositif de coopération. Ainsi, les activités réalisées par les professionnels médicaux et paramédicaux du GHBS dans chacune des cliniques étaient ainsi couverts par la responsabilité civile de la clinique, et inversement pour les professionnels mis à disposition auprès de l'hôpital.

Sur le plan financier, les séjours et les interventions étaient considérés comme réalisés dans les cliniques et donc constitués sur la plateforme e-PMSI des deux cliniques, le GHS étant alors attribué à la clinique. Cet apport d'activité auprès des cliniques par les praticiens de l'hôpital était compensé par trois éléments : le remboursement des mises à disposition d'IBODE<sup>30</sup>, le remboursement des consommations de matériels<sup>31</sup> et un remboursement sur la base des tarifs des actes. Ce dernier point est surtout intéressant, car il ne s'agit pas de mise à disposition de temps de chirurgien, mais d'une identification des coûts fondée sur la tarification CCAM des actes, modèle utilisé notamment dans les prestations inter-établissements. Ainsi, le remboursement des cliniques était basé sur le type d'actes et non le

---

<sup>29</sup> Comme la gynécologie pour la Clinique Mutualiste de l'Orient

<sup>30</sup> Même si les chirurgiens interrogés soulignent que les IBODE ont surtout été mobilisés au début de la période et que les compétences existaient déjà avec les personnels des cliniques

<sup>31</sup> Notamment dispositifs médicaux implantables (DMI), bien qu'une part non négligeable des dispositifs appartenait à la liste en sus et était dès lors remboursé par l'Assurance Maladie auprès de la clinique

temps opératoire, avec dès lors la mise en œuvre des règles d'association de l'Assurance maladie en cas de réalisation de plusieurs actes lors d'une même intervention.

## B) Des réussites certaines mais des limites reconnues

Au total, du 20 mars à la fin du mois d'avril<sup>32</sup>, 214 interventions chirurgicales et explorations fonctionnelles ont été assurées dans le cadre de cette réorganisation : 34 en chirurgie viscérale et 45 actes de gynécologie dans les salles d'intervention de la Clinique Mutualiste ; 116 actes d'ORL et 19 actes de gastro-entérologie dans la Clinique du Ter (*voir annexe 2*).

De manière générale, l'ensemble des chirurgiens a tiré un bilan positif de la réalisation de leurs interventions délocalisées. Ainsi, un praticien interrogé dans le cadre de ce mémoire a souligné la « *réactivité dans la mise en œuvre des organisations* » et l'« *excellent accueil* » réservé dans les cliniques. Pour certaines spécialités, les chirurgiens sont venus lors de leurs premiers actes avec des IBODE de l'établissement public, avant de rapidement cesser cela au regard de la compétence existante au sein des blocs. Le travail avec les anesthésistes s'est également bien déroulé. De manière générale, l'argument le plus mis en avant est certainement « *l'intérêt du patient* » mis au premier plan dans cette organisation et le « *retour aux fondamentaux* » souligné par le chirurgien.

Néanmoins, ce bilan positif ne saurait faire oublier les limites et échecs de cette réorganisation concertée, avec notamment la situation de la chirurgie orthopédique, dont l'externalisation dans les locaux de la Clinique du Ter était envisagée dès le début. Cependant, et en dépit des bonnes relations qu'entretenaient les praticiens des deux équipes, cela n'a pas été réalisé et a représenté un échec certain et reconnu par les parties prenantes du plan. Les particularités de la discipline ont joué un rôle essentiel dans cet échec, avec des différences majeures en termes de patientèle : la chirurgie programmée est largement majoritaire chez les praticiens du Ter, à l'inverse de la chirurgie orthopédique publique, dont la majeure partie de l'activité constitue dans de la traumatologie, souvent chez le sujet âgé et poly pathologique. Les questions de la « *responsabilité du patient et de la permanence des soins* » ont ainsi conduit à des divergences majeures entre équipes de la clinique et de l'hôpital, les seconds souhaitant une participation des anesthésistes et des équipes du Ter à la prise en charge des

---

<sup>32</sup> Un peu plus longtemps pour l'ORL, pour laquelle certaines interventions ont été délocalisées jusqu'à mi-mai.

patients hospitalisés, tandis que les premiers défendaient la responsabilité pleine et entière qu'ils ont de leur patient lors de son séjour au sein de la Clinique. L'équipe d'orthopédie du GHBS est d'ailleurs renforcée par un praticien somaticien afin de participer aux prises en charge des patients, ce qui n'est pas le cas au Ter. Ce désaccord majeur a abouti dès lors à un abandon de la piste de délocalisation de l'activité de chirurgie orthopédique. Si cela n'a finalement pas posé problème en raison d'une moindre vague épidémique sur le territoire breton, cela a en revanche contribué à créer des tensions entre certains praticiens, l'un d'entre eux soulignant qu'il n'est « *pas prêt à s'engager maintenant dans des coopérations plus importantes* ».

## **2 La coopération de crise et le contexte particulier de reprise de la Clinique du Ter : gains et limites de la coopération en temps de crise**

Dans le cadre de la coopération et des partenariats public / privé, la reprise de la Clinique du Ter par le Groupe Hospitalier Bretagne Sud sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire de droit privé constitue un objet d'étude particulièrement intéressant. En effet, celle-ci a profondément restructuré le territoire de santé et ouvre des perspectives nouvelles en matière de parcours de soins et de complémentarité entre les offres de soins publique et privée. Cependant, les défis sont de taille afin de rendre opérationnelles ces perspectives et l'expérience de la réorganisation de la chirurgie dans le contexte de crise sanitaire est intervenue à un moment charnière.

### **2.1 La constitution du GCS Clinique du Ter avec la participation du Groupe Hospitalier Bretagne Sud : enjeux et particularités en termes de coopération public/privée**

La constitution du Groupement de Coopération Sanitaire Clinique du Ter et la forme de « reprise » sous l'impulsion de l'établissement public de santé est une étape majeure dans la restructuration du paysage sanitaire du territoire de santé, transformant les relations entre établissements.

#### **2.1.1 La reprise de l'activité d'une clinique par un GCS administré par un établissement public : un mouvement fort inscrit dans une tendance nationale**

Comme déjà évoqué ci-dessus, le changement de gouvernance de la Clinique du Ter avec participation de l'établissement public s'est inscrit dans un contexte de difficultés financières structurelles, avec dès lors un souhait du groupe Elsan de céder l'établissement. Le Groupe Hospitalier Bretagne Sud s'est positionné en tant que repreneur potentiel, afin d'atteindre plusieurs objectifs : maintien d'une offre de soins complémentaire et nécessaire sur le territoire de santé, développer de nouvelles formes de prises en charge et des parcours de soins complémentaires et mobiliser les locaux de la Clinique du Ter, dans un contexte contraint pour l'établissement public, notamment concernant ses salles de blocs opératoires<sup>33</sup>. Mais un autre objectif est assumé également par un directeur de l'établissement public : « *anticiper et*

---

<sup>33</sup> La Clinique du Ter compte 11 salles de blocs, dont environ 6 sont utilisées au quotidien

*éviter que le groupe mutualiste rival n'acquiert la Clinique, au risque de voir l'hôpital attaqué sur les spécialités qu'il partage avec la Clinique du Ter et donc d'être isolé sur son territoire* ». Cela permet d'illustrer la situation de concurrence forte concernant la chirurgie sur le territoire et les tensions que ce changement de gouvernance a pu faire apparaître entre l'établissement et le groupe mutualiste concerné.

La reprise de l'activité d'une clinique privée en difficulté par l'hôpital public ou sous la forme d'un GCS établissement de santé constitue depuis quelques années une tendance structurelle dans certaines régions et n'est désormais « *plus un cas isolé* »<sup>34 35</sup>.

Le GCS Clinique du Ter a donc été constitué le 1<sup>er</sup> mars 2019 par arrêté du directeur général de l'ARS, constitué entre le Groupe Hospitalier Bretagne Sud et l'Association des Praticiens de la Clinique du Ter, créée pour l'occasion et regroupant l'ensemble des praticiens libéraux de l'établissement. Il s'agit d'un GCS établissement de santé auquel l'arrêté du DG ARS du 22 février a permis de transférer l'ensemble des autorisations détenues auparavant par la Clinique, ce qui signifie qu'il n'y a pas eu de transfert d'activité vers l'hôpital. Le GHBS est devenu propriétaire des locaux de la Clinique à compter du 29 mai 2019, avec l'établissement d'un bail commercial entre le GCS et l'hôpital pour un loyer annuel de 800 000€ couvrant les amortissements des bâtiments et les frais financiers liés à l'emprunt contracté. D'un point de vue financier, cette reprise a permis de rétablir la santé de la Clinique, du fait d'une attribution de l'échelle publique des tarifs des GHS, justifié par la place prépondérante de l'hôpital public dans la structure juridique ainsi créée. Les marges financières ainsi dégagées devraient permettre de financer la remise à niveau des bâtiments, du système d'information et du parc biomédical de l'établissement.

Le choix a été laissé à l'ensemble des personnels de la Clinique de poursuivre leur exercice professionnel en étant progressivement intégré vers la fonction publique ou de cesser leur activité et de faire l'objet d'une procédure de licenciement. 21 d'entre eux ont choisi cette

---

<sup>34</sup> HOUDART, S-B, « Contrats d'exercice des médecins libéraux : cas de la reprise d'une clinique par un hôpital ou un GCS », Houdart.org, 11 février 2020.

<sup>35</sup> Voir par exemple : « Aix-les-Bains: la clinique privée Herbert sauvée des eaux par l'hôpital Métropole Savoie », *L'Essor Savoyard*, 5 octobre 2017 ; « Un nouveau centre hospitalier est né » [Clinique Sokorri, Pyrénées Atlantiques], *Sud Ouest*, 3 mai 2013 ; « La reprise de la clinique Jeanne-d'Arc de Gien par le CHR d'Orléans sera effective le 1er décembre », *La République du Centre*, 18 novembre 2019.

dernière voie et les quelques 150 professionnels restants sont devenus des contractuels de droit public.

En ce qui concerne la gouvernance, le Groupe Hospitalier est administrateur du GCS à hauteur de 90% des parts, contre 10% pour l'Association des praticiens. Dès lors, l'administrateur du GCS est le Directeur général de l'établissement et son directeur opérationnel est nommé par ce dernier et membre du Comité de direction du GHBS.

Le tableau brièvement dressé ici permet de saisir la nature d'« *objet juridique non identifié* » du GCS, qui demeure un établissement privé distinct mais qui est désormais « *dans le giron de l'hôpital public* » pour reprendre les termes d'un directeur d'établissement interrogé. Cette forme hybride permet dès lors d'ouvrir de nouvelles perspectives entre l'hôpital et son concurrent, dont le projet médical est censé être le support principal.

### **2.1.2 La difficile construction du projet médical du GCS : objectifs et perspectives de la reprise**

Ce contexte récent de restructuration majeure soulève de nombreuses questions pour le territoire de santé n°3, avec des conséquences pour l'offre de soins qui restent encore largement à préciser par la concrétisation des objectifs de la reprise.

La convergence des intérêts entre les acteurs parties prenantes à cette reprise se dessine, il reste alors à la traduire par des formes de coopération et donc *in fine*, un projet médical. D'une part, il s'agit pour les praticiens de la Clinique du Ter d'asseoir la pérennité financière de la structure, assurée notamment par l'attribution des tarifs publics, décidée par les autorités de régulation afin de conforter cette offre de soins et ce modèle de coopération public/privé. Mais cette reprise est également l'occasion de redynamiser l'activité de la clinique et de moderniser son image, en coordination avec un Groupe enclin à cela. D'autre part, le Groupe Hospitalier maintient une offre de soins qu'il ne saurait être en mesure d'absorber et dispose de ressources stratégiques qu'il peut mobiliser pour son propre développement : locaux et notamment salles de blocs opératoires, compétences paramédicales et logiques d'apprentissage, modèles organisationnels...

On se trouve dès lors dans un exemple de coopération public/privé guidé par un contexte de pénurie et de difficultés, moteur essentiel dans ces dynamiques de coopération, EHESP – La réorganisation de la chirurgie sur le territoire de santé Lorient-Quimperlé dans le contexte de crise sanitaire : enjeux et enseignements pour la coopération public/privé – 2020 21

comme souligné par ROUTELOUS, VEDEL et LAPOINTE : « *L'étude du partenariat entre hôpital public et clinique montre que cette stratégie de coopération est d'autant plus pratiquée que chacun des coopérateurs ne possède pas seul des ressources et compétences nécessaires pour assurer son avenir.* <sup>36</sup> »

Il restait alors à traduire cette convergence des intérêts dans un projet médical, ce qui a été amorcé en 2019 avec la mobilisation d'un cabinet de conseil sur le sujet. L'intérêt était alors de transcrire cette convergence des intérêts dans des réalisations concrètes : partage du plateau technique, modernisation de celui-ci, perspectives de développement pour les praticiens de la clinique... Néanmoins, ces travaux ont rencontré un écho peu favorable de la part notamment de certains praticiens de la Clinique. L'un d'entre eux parle ainsi d'une « *volonté d'utiliser notre bloc opératoire* » et défend ainsi la volonté « *de conserver notre liberté et notre outil de travail* ». Le contexte de « *marasme économique* » dans lequel était la Clinique joue ainsi un rôle important dans cette méfiance de la part des praticiens, comme souligné par un directeur impliqué, qui souligne ainsi que ce contexte de reprise s'inscrit dans une « *dynamique de renforcement du service public hospitalier face à une clinique en difficulté* » et que les praticiens peuvent percevoir la constitution du GCS comme une tentative de mainmise, voire d'« *OPA* <sup>37</sup> » de l'hôpital public.

Dès lors, le constat est dressé du relatif échec de la démarche de constitution du projet médical, que la crise sanitaire a mis entre parenthèses. Pour les directeurs interrogés, la question de reprendre ces travaux sous la forme d'un projet médical complet, qui soulève d'emblée les points cristallisant les tensions, ou alors de privilégier une « *stratégie des petits pas* ». La crise sanitaire COVID-19 et la réorganisation concertée de la chirurgie intervenaient dans ce contexte relativement gelé, dans lequel la réalisation des partenariats et des coopérations était encore largement incertaine. Pour un praticien de la Clinique, la « *coopération vigilante* » ou encore la « *vigilance stratégique et politique* » étaient ainsi essentielles au moment d'entrer dans le plan de crise, afin de ne pas « *céder trop en-dehors du temps de crise.* »

---

<sup>36</sup> ROUTELOUS, C., VEDEL I. ET LAPOINTE L., « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, vol. 47, no. 7, 2011, pp. 147-164.

<sup>37</sup> Offre publique d'achat

## 2.2 Un contexte de reprise à l'épreuve de la coopération sanitaire de crise

Ce contexte de reprise et l'ouverture de nombreuses perspectives en matière de partenariat public / privé se sont donc confrontés à l'expérience de la coopération de crise et de la réorganisation de la chirurgie, avec la participation d'un troisième acteur qu'était la Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient. Il s'agit alors de déterminer si cette expérience de réorganisation de crise constitue un frein ou un levier pour les formes de coopération envisagées.

### 2.2.1 La logique de groupe, un facteur insuffisant face à des facteurs structurels ?

Le facteur identifié par un directeur impliqué dans la reprise est le « *développement d'une logique de groupe* » entre la Clinique et le Groupe, permettant de faciliter l'appropriation entre les établissements. Cette logique se trouve au cœur du projet de reprise, car vise à développer l'activité des deux établissements en encourageant la complémentarité et les parcours de soins, et offre des perspectives de mutualisation ou de mise en œuvre de projets communs. Par exemple, sur le plan des ressources humaines, l'intégration prochaine des personnels de la Clinique à la fonction publique ouvre de nouvelles perspectives en termes de formation et de parcours professionnel.

Dans le domaine de la stratégie médicale, la réorganisation concertée de crise a permis la réalisation de 116 interventions chirurgicales ORL et 19 actes d'exploration fonctionnelles de gastro-entérologie dans les locaux de la Clinique, allant dans le sens de la constitution de cette logique de groupe. Néanmoins, plusieurs facteurs structurels bloquants semblent avoir freiné ce développement.

D'abord, le contexte concurrentiel est mis en avant par les praticiens, avec l'existence d'une « *patientèle* » et de relations de concurrence, notamment sur certaines spécialités ; ces relations se traduisant dès lors par une certaine « *défiance* » qui se cristallise par moments en « *tensions* » existe entre certaines équipes médicales, en dépit d'une cordialité soulignée par les acteurs.

Le facteur structurel prépondérant identifié par l'ensemble des parties prenantes interrogées est certainement la « *confrontation des cultures* » entre modes d'exercices libéral et hospitalier, considéré par un praticien de la Clinique comme un « *prisme qui permet de* »

EHESP – La réorganisation de la chirurgie sur le territoire de santé Lorient-Quimperlé dans le contexte de crise sanitaire : enjeux et enseignements pour la coopération public/privé – 2020 23

*comprendre l'ensemble des problématiques* ». La période de déprogrammation a ainsi drastiquement diminué les rémunérations de certains chirurgiens de la clinique, différence structurelle avec les praticiens hospitaliers dont l'importance a été mise en avant lors des différents entretiens. Le principe même de la réorganisation de la chirurgie a pu être remis en cause, estimant que les prises en charge chirurgicales auraient pu être réalisées par les praticiens de la clinique eux-mêmes. Un praticien du Ter juge ainsi que « *la coopération a été plus facile entre le GHBS et la Clinique Mutualiste en raison du salariat des chirurgiens de la clinique mutualiste.* » L'identification de ce facteur structurel rejoint ainsi le constat d'un directeur d'établissement qui soulignait ainsi dans la revue *Gestions Hospitalières* que « *les différences dans la gestion des deux grands secteurs sont peu nombreuses [mais] parfois fondamentales* », citant au premier rang de celles-ci « *le mode d'exercice des praticiens* », structurant dans la distinction entre établissements publics, ESPIC et établissements privés<sup>38</sup>.

À côté de ce facteur structurel de la rémunération se trouvent également la question de la responsabilité médicale et *in fine* de la permanence des soins, points qui ont fait échouer la volonté de réorganisation de la chirurgie orthopédique sur le territoire. De fait, le contrat d'exercice libéral liant les praticiens du Ter à l'établissement fait peser sur eux la responsabilité dans le suivi de leurs patients, y compris en période de permanence des soins. À l'inverse, l'organisation de la prise en charge hospitalière se fonde sur la notion de responsabilité de l'établissement, avec dès lors une astreinte médicale organisée en chirurgiens et la présence de somaticiens dans les services d'hospitalisation, ainsi qu'un accès à des praticiens spécialistes. Cette différence est d'autant plus importante que les patientèles des établissements sont parfois très différentes, comme pour la chirurgie orthopédique (*voir 1.2.2.*).

Enfin, la question de l'implication des anesthésistes de la Clinique est primordiale, pour une spécialité médicale caractérisée par un contexte de relative pénurie en Bretagne. Ainsi, ceux-ci jouent le rôle de « *clef de voûte du système* » selon un directeur interrogé : ils ont un « *rôle essentiel dans l'optimisation de l'activité, dans l'organisation du bloc et le pilotage médico-économique du bloc opératoire* ». Ainsi, leur participation à la délocalisation de la chirurgie et des explorations fonctionnelles a bien fonctionné car « *elle apportait de l'activité* », mais les perspectives pour une normalisation de cette organisation sont plus difficiles à percevoir et ils tiennent un rôle non négligeable dans la difficulté à construire le projet médical.

---

<sup>38</sup> BOSSARD O., « Public/privé, but lucratif, non lucratif... Les différences de gestion entre catégories d'établissements », *Gestion Hospitalières*, Numéro 554 - mars 2016.

En raison de ces facteurs structurels primordiaux lorsqu'il s'agit de stratégie médicale, la « *logique de groupe* » semble ne pas avoir été un facteur explicatif dans le plan d'organisation de crise. Au contraire, cette organisation semble avoir eu l'effet inverse : un chirurgien orthopédique du Ter affirme ainsi qu'il n'est « *pas prêt à s'engager maintenant dans des coopérations plus importantes* » en raison de l'échec déjà décrit ; ou un chirurgien du GHBS insiste sur la « *nécessité de ne pas précipiter les choses* ».

### **2.2.2 Des gains néanmoins non négligeables**

À côté des difficultés énumérées ci-dessus, l'expérience de réorganisation de la chirurgie semble avoir tout de même permis des éléments structurants et des gains non négligeables, identifiés par les acteurs interrogés.

« *On est passé de la table de réunion à la table d'opération.* » Un directeur impliqué dans la concertation de crise résume ainsi le contexte de crise, qui a eu pour mérite essentiel de mettre en œuvre des organisations inédites et de partager un plateau technique chirurgical. Ainsi, l'impératif de réorganisation de crise a permis de passer outre les facteurs structurels énumérés ci-dessus. Cela se traduit par ailleurs avec une « *confrontation des contraintes et des cultures* » entre les praticiens, selon les termes du même directeur. Ainsi, anesthésistes libéraux et praticiens publics ont pu par exemple travailler ensemble, alors que c'était un frein structurel dans la mise en œuvre des coopérations de crise. Les gains de la crise relèvent avant tout de l'informel : objectivation des contraintes des modes d'exercice, création ou renforcement des liens interpersonnels, prises en charge collectives de patients...

La difficulté reste cependant de traduire ces avancées dans le quotidien au-delà du temps de la crise sanitaire. Pour le Groupement de Coopération Sanitaire, une avancée notable est à souligner avec la décision de réaliser à partir de janvier 2021 des explorations fonctionnelles de gastro-entérologie au sein du bloc de la clinique par les praticiens du GHBS. Il s'agit sans aucun doute d'un acquis de la période de crise, pendant laquelle deux plages opératoires avaient été organisées, permettant la réalisation de 19 explorations sous anesthésie générale. Plusieurs facteurs facilitants sont à souligner pour cette spécialité : des

consultations de gastro-entérologie sont organisées dès le mois d'octobre 2020<sup>39</sup>, les explorations fonctionnelles sont réalisées uniquement en ambulatoire, les requis en termes de permanence des soins sont minimes et la Clinique ne compte qu'un gastro-entérologue libéral. À l'inverse, pour les autres spécialités, si certaines perspectives existent, comme pour l'ORL, les facteurs structurels déjà évoqués restent des obstacles importants, y compris l'implication des anesthésistes libéraux, qui n'est pas complètement résolue pour la question des explorations fonctionnelles publiques à venir.

A côté de cela, un autre projet est envisagé afin de faire de la Clinique un centre de référence en chirurgie bariatrique, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné avec le GHBS avec l'intervention de plusieurs types de praticiens et de professionnels.

Ainsi, la construction de la coopération entre public et privé dans la structure hybride que constitue la Clinique du Ter a donc connu avec cette expérience de coopération de crise une étape charnière, dont les effets sont encore difficiles à mesurer, quoiqu'ils pointent en direction de la « *stratégie des petits pas* » déjà évoquée. L'étude de cet exemple particulier permet de mettre en exergue les effets parfois ambivalents de la coopération de crise et des enjeux sous-jacents en termes de stratégie médicale, qui semblent avoir fait de cette période un accélérateur de coopération à plusieurs vitesses.

---

<sup>39</sup> Dans un contexte de pression sur les locaux de consultations du Scorff

### **3 La gestion de crise, un « accélérateur de coopération » à plusieurs vitesses**

À la question « *pensez-vous que la crise est un accélérateur de coopération ?* » posée lors de l'intégralité des entretiens conduits dans le cadre de ce mémoire, les praticiens, directeurs et autres responsables ont répondu positivement, soulignant cependant les gains souvent informels et parfois ambivalents de cette expérience. Tout cela contribue à dresser le tableau d'un accélérateur de coopération « à plusieurs vitesses ».

#### **3.1 Facteurs de réussite et limites de la coopération de crise**

Tant au niveau national qu'au niveau territorial, l'ensemble des discours convergent pour souligner les réussites de la coopération de crise. Plusieurs facteurs peuvent être identifiés afin d'expliquer la rapidité et la mise en œuvre de formes de coopération entre établissements habituellement rivaux, tel que le plan de réorganisation de la chirurgie sur le territoire de Lorient-Quimperlé. Cependant, en interrogeant ces facteurs, qui tiennent en bonne partie à la nature intrinsèque de l'épisode épidémique traversé, on peut également mettre en lumière les limites de la portée de cette coopération et les défis afin de faire perdurer celle-ci -ou non- celle-ci au quotidien.

##### **3.1.1 Facteurs de réussite de la coopération sur le territoire de santé**

###### **A) La crise et l'abattement de la « résistance passive »**

Le concept de « résistance passive » est issu notamment des travaux de l'anthropologue américain J. C. SCOTT, qui dans les années 1980 et 1990 s'est intéressé à l'ensemble des mécanismes et comportements humains qui permettent de résister à une situation de domination. Ce concept a largement été repris dans les sciences sociales et s'applique ainsi à la réalité hospitalière, avec plusieurs niveaux qui peuvent être identifiés : le niveau hiérarchique, avec des « *résistances informelles non ouvertement exprimées* » entre

supérieurs et professionnels ou encore le niveau fonctionnel, entre statut du corps médical et ceux du non médical<sup>40</sup>.

Cette forme de dépassement des blocages institutionnels habituels semble s'être complètement réalisée dans le cadre de la coopération de crise entre établissements. Ainsi, un chirurgien ayant opéré dans les locaux des cliniques parle d'un « *retour aux fondamentaux* », un responsable d'une des autorités des tutelles d'une « *évolution du regard porté sur l'activité de l'autre* », un directeur d'hôpital d'« *une forme d'union sacrée* ». À cet égard, la crise COVID-19 semble être particulièrement représentative, du fait de la forte charge émotionnelle, médiatique et politique de cette période. Comme souligné par A. P. DUARTE, « *L'information circule plus facilement, les rapports de force se modifient et une compréhension mutuelle s'établit*<sup>41</sup> »

#### B) La place primordiale des relations interpersonnelles et notamment du leadership médical

L'une des grandes leçons des entretiens menés est la reconnaissance des relations interpersonnelles dans la mise en œuvre des réorganisations de terrain. Tant les praticiens que les directeurs soulignent ainsi la connaissance de leurs pairs qu'ils peuvent avoir, avec des relations parfois plus ou moins importantes. On rejoint ainsi l'analyse issue de la sociologie des organisations de M. CROZIER et de E. FRIEDBERG, soulignant entre autres choses que l'action collective dépend largement de relations interpersonnelles entre acteurs à la rationalité nécessairement limitée<sup>42</sup>.

Ainsi, s'il fallait encore le répéter, la coopération est avant tout une question d'hommes et de femmes, dans lesquelles les relations interpersonnelles jouent un rôle majeur. En dépit d'une concurrence relativement importante entre établissements, les relations cordiales qu'entretenaient les directeurs ont joué un rôle important, souligné par tous. De même, plusieurs acteurs mettent en avant les liens forts<sup>43</sup> entre des chirurgiens ou anesthésistes des différents établissements pour expliquer la coopération de crise. Cela est d'autant plus vrai

---

<sup>40</sup> DUARTE A-P., « Résistance passive à l'hôpital - Les situations de crise sont-elles un antidote ? », *Gestions Hospitalières*, mars 2016, Numéro 554.

<sup>41</sup> *Ibid.*

<sup>42</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'Acteur et le Système - Les Contraintes de l'action collective*, 1977

<sup>43</sup> Y compris maritiaux dans certains cas

que plusieurs mouvements de praticiens ont eu lieu entre les différentes équipes ces dernières années. Pour résumer, « *à la différence de certains territoires, notamment les grandes agglomérations, tout le monde connaît tout le monde* » relève ainsi un directeur du GHBS.

### C) De l'importance de l'échelon territorial et des acteurs de terrain

L'ensemble des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont permis de mettre en lumière l'importance de la liberté laissée aux décideurs de terrain et aux établissements eux-mêmes. Ainsi, les représentants des autorités de tutelle et/ou régulatrices, l'Agence Régionale de Santé ou du siège du groupe hospitalier mutualiste, ont mis en avant leur rôle de facilitateur de coopérations et ont souligné la « *responsabilisation des acteurs de terrain* ». De fait, il appartenait à l'Agence Régionale de Santé « *d'impulser* » les actions de la coopération, en relayant notamment les consignes et directives nationales et en entretenant un dialogue quotidien avec l'ensemble des établissements de territoire. De manière générale, l'autonomie confiée aux acteurs de terrain dans la mise en œuvre des organisations de crise a été soulignée dans l'ensemble des entretiens, ce qui peut être identifié comme un facteur facilitant mais également comme un facteur limitatif dans les territoires où des tensions existaient.

Le contexte de mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire est particulièrement facilitant pour organisation, en ce qu'il a, par l'institution d'établissements supports de GHT, permis de rendre plus lisible l'organisation territoriale. À titre d'exemple, les établissements supports de GHT ont été responsables du dispositif national d'approvisionnement en équipements de protection individuelle pendant la crise COVID-19, jouant le rôle de « *plateforme territoriale* » pour l'ensemble des établissements de santé. En Bretagne, avec seulement 8 GHT, la gouvernance de crise a dès lors été relativement simplifiée, avec un lien quotidien entre l'ARS et ces établissements. Un autre facteur facilitant dans l'organisation bretonne se trouve également dans le fait que les établissements supports de GHT sont les seuls autorisés pour l'activité de réanimation, renforçant d'autant leur positionnement de relai territorial pour les autorités de tutelle et leur leadership en matière de coopération public/privé sur les territoires.

L'ensemble de ces éléments tend à conforter les recommandations prononcées par la Fédération Hospitalière de France dans le cadre du Ségur de la Santé<sup>44</sup>. Ainsi, la responsabilité des décideurs de terrain et le caractère opérationnel des délégations de gestion

---

<sup>44</sup> « Un New Deal pour la Santé », Fédération Hospitalière de France, 17 juin 2020

ont été mis en avant par l'ensemble des acteurs, tandis que les autorités de tutelle ont pu être recentrées sur un rôle de régulation et d'impulsion. Par ailleurs, la taille relativement moindre de la région bretonne a été soulignée par plusieurs acteurs interrogés dans le cadre de ce mémoire comme une clé dans la réussite des coopérations sur le territoire, permettant un dialogue plus important entre les établissements, qu'ils soient publics et privés. Cela va également dans le sens des recommandations de la FHF sur le rôle des ARS, soulignant l'importance de conforter l'échelon des délégations territoriales des agences, en particulier dans les régions d'une taille critique bien plus importante que la Bretagne<sup>45</sup>.

### 3.1.2 Les limites de la coopération de crise

#### A) Vertus et limites intrinsèques de la « crise »

Cependant, si la crise a la vertu de rapprocher les acteurs, de nouer des liens autrefois inexistants et d'abattre la « résistance passive », ces vertus sont elles-mêmes mises en danger par la nature intrinsèque de la crise, qui est un moment-charnière, une rupture d'équilibre nécessairement conscrite dans le temps<sup>46</sup>. Cela est d'autant plus vrai pour la crise sanitaire de la COVID-19, porteuse pendant les mois du printemps d'une charge médiatique, émotionnelle et politique sans équivalente. Ainsi, le caractère inédit et exceptionnel de ces semaines a été souligné par l'ensemble des acteurs interrogés.

De la même façon, le système de santé fait face et fera très certainement face pendant de longs mois à l'épidémie de COVID-19, avec le risque de pic épidémique comparable à celui du printemps. En effet, si on considère que la phase de tensions très fortes sur les capacités hospitalières a été levée dans le courant du mois de mai, la possibilité d'un retour des admissions en hospitalisation et en réanimation est plus que tangible. Or, plusieurs acteurs interrogés pointaient le risque de « *lassitude* » ou de « *fatigue* » dans l'hypothèse d'une seconde vague. Ainsi, la forme d'« *union sacrée* » qui était liée à un moment de crise à la résonance médiatique et même psychologique très importante pourrait s'éroder et conduire à des réticences à se réengager dans des réorganisations très importantes.

---

<sup>45</sup> *Ibid*

<sup>46</sup> Étymologiquement, le mot « crise » vient d'ailleurs du grec *krisis*, mot issu du vocabulaire médical et utilisé pour désigner le moment paroxystique d'une maladie

Ainsi, si la crise a ceci de positif qu'elle permet d'abattre des barrières et de créer des liens entre acteurs, le risque d'une « *coopération qui fait long feu* » dans la durée est identifié par l'ensemble des décideurs de terrain, pour reprendre l'expression d'un directeur du GHBS. Face à ce risque bien identifié, il reste à définir les bonnes pratiques et enseignements de la coopération de crise qui permettraient de capitaliser sur les gains de la crise bien identifiés ci-dessus.

## B) La coopération par la pénurie, une place prépondérante dans les coopérations public / privé

La littérature sur les coopérations public / privé dans le milieu sanitaire a permis de mettre en avant deux facteurs explicatifs dans les stratégies coopératives déployées entre les établissements : « *la volonté, voire la nécessité de réduire l'incertitude face à la pénurie de ressources médicales impliquées dans la permanence des soins [...] et le besoin d'optimiser les processus de soins quand l'établissement ne dispose plus seul des ressources pour atteindre ces objectifs.* »<sup>47</sup> Le plan de réorganisation étudié remplit bien ici ces deux facteurs : il s'agit d'une part de dégager des ressources en médecins anesthésistes réanimateurs et en IADE, ressources éminemment stratégiques pendant les semaines de crise ; et d'autre part de partager l'accès au bloc opératoire dans un contexte contraint. En d'autres termes, la pénurie est un moteur essentiel dans les dispositifs de coopération et de rapprochement mis en œuvre. Si en temps habituel, cette pénurie est avant tout liée à la démographie médicale et très dépendante selon les spécialités, la crise de la COVID-19 a dès lors provoqué de nouvelles formes de pénurie et a rendu la gestion de certaines ressources encore plus stratégiques, poussant les acteurs à s'engager dans ces formes de coopération. La limite de celle-ci semble dès lors évidente : dès que les pressions sur les ressources stratégiques s'amenuisent, l'intérêt à la coopération s'estompe.

Il est à cet égard intéressant de souligner comment la pénurie a été un levier dans bien d'autres domaines de coopération inédits mis en œuvre au GHBS pendant la crise : équipe mobile de gériatrie en raison du manque de temps médical dans les établissements médico-sociaux, plateforme logistique de territoire pour l'approvisionnement en EPI... Les

---

<sup>47</sup> ROUTELOUS, C., VEDEL I. ET LAPOINTE L., « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, vol. 47, no. 7, 2011, pp. 147-164.

perspectives concernant ces modes de coopération pourraient également faire l'objet d'études à part entière.

### C) Le rôle des garanties financières dans l'environnement concurrentiel

Il convient de souligner l'importance du système de garantie de financement mis en œuvre dans le contexte de crise sanitaire pour les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Ainsi, une ordonnance du 25 mars 2020<sup>48</sup> et surtout un arrêté du 6 mai 2020<sup>49</sup> ont permis de garantir le niveau de recettes des établissements de santé du 1<sup>er</sup> mars au 31 décembre 2020, en fonction notamment des recettes perçues au titre de l'activité 2019<sup>50</sup>. Dès lors, la situation concurrentielle dans laquelle se trouvent les offreurs de soins a donc été neutralisée pour la période de crise sanitaire, notamment dans le contexte de déprogrammation et de pic épidémique. Ainsi, un responsable d'Hospi Grand Ouest souligne le rôle de ces « *garanties de financement qui ont facilité la coopération sur l'ensemble des territoires en Bretagne* ».

À ce titre, il convient d'évoquer, le « *paradoxe* » de la situation financière du GCS Clinique du Ter pour 2020, selon l'expression de son directeur opérationnel, puisque le Groupement va certainement se trouver avec une situation financière probablement relativement saine grâce à ces garanties, alors que ses praticiens ont eu plusieurs mois de revenus très faibles.

## **3.2 L'hôpital public au cœur des territoires et de la gestion de crise, un modèle à faire vivre par le directeur d'hôpital**

Dans un contexte de territorialisation de notre système de santé, l'expérience des coopérations public/privé dans le temps de crise plaide en faveur de mise en œuvre de dynamiques de territoire capitalisant sur les expériences tirées de la COVID-19. Cela

---

<sup>48</sup> Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale

<sup>49</sup> Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19

<sup>50</sup> Avec néanmoins certaines différences entre établissements publics et privés.

s'applique non seulement au risque de « seconde vague » ou pour une crise sanitaire apparentée, mais il semble qu'il faille pour le directeur d'hôpital également capitaliser sur les dynamiques territoriales public/privé en-dehors du contexte de crise.

### 3.2.1 La gestion de crise par territoire, un modèle à pérenniser

Les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont permis de souligner combien les initiatives menées en début de crise ont permis de mettre en lien des acteurs qui se connaissaient déjà, sur un territoire de taille relativement modeste. Par ailleurs, est identifié par plusieurs directeurs interrogés « *l'attente de la vague* » comme facteur permettant d'expliquer la relative réussite de la coordination entre les acteurs. De fait, la région bretonne n'a de manière générale pas vu ses capacités d'hospitalisation saturées comme cela a pu être le cas en Ile-de-France ou dans le Grand Est, et le retour d'expérience de ces régions et les recommandations nationales et régionales ont permis de conserver de l'avance sur l'évolution épidémique sur le territoire.

Face à ce constat et à celui de l'importance de la coordination entre des acteurs pourtant rivaux, il semble qu'on puisse ici défendre l'idée de volets territoriaux des Plans Blancs, dont l'objet serait de déclencher *a minima* une cellule de crise territoriale réunissant les établissements sanitaires et/ou médico-sociaux, selon la nature de la crise. L'idée d'un Plan Blanc de territoire n'a pas retenu les faveurs des directeurs des établissements interrogés, car elle impliquerait une lourdeur pour un résultat incertain, au regard des incertitudes sur la nature et les requis d'une crise.

Mais on peut ici défendre l'idée de ces volets territoriaux des Plans blancs, qui auraient pour vocation première de permettre la concertation par la circulation de l'information et le dialogue. Plus encore, on peut, comme l'a fait la Fédération Hospitalière de France dans sa contribution au Ségur de la Santé, défendre l'idée d'« *une gestion de crise par territoire au sein des projets territoriaux de santé* »<sup>51</sup>. Le projet territorial de santé, introduit par la loi Ma Santé 2022<sup>52</sup>, a vocation à être rédigé par les conseils territoriaux de santé et « *décrit les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination des parcours de santé, notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, sur*

---

<sup>51</sup> « *Un New Deal pour la Santé* », Fédération Hospitalière de France, 17 juin 2020.

<sup>52</sup> Nouvel article L. 1434-10 du code de la santé publique (CSP) introduit par la LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

*tout le territoire*<sup>53</sup> », en tenant notamment compte des projets médicaux des différents établissements.

Cet axe « gestion de crise » des projets territoriaux de santé aurait dès lors pour visée d'articuler les plans blancs des divers établissements, en prévoyant *a minima* une information réciproque entre les divers établissements et l'organisation de visioconférences ou cellules de crise partagées entre les établissements. Même si cela échappe au périmètre du présent mémoire, il semble que soit souhaitable l'intégration des professionnels de ville, notamment avec la structuration des Communautés professionnelles territoriales de santé ; afin de permettre la « *gradation dans la mobilisation des établissements d'un territoire avec des établissements de première, seconde et troisième ligne et de penser l'articulation avec les professionnels libéraux de ville bien en amont.* »<sup>54</sup>

Dès lors, il appartiendrait dans ce cadre à l'ARS de garantir la cohérence entre les plans blancs des différents établissements et le caractère opérationnel du volet territorial de ceux-ci, ainsi que de l'axe territorial du projet territorial de santé. Ainsi, cela permettrait de renforcer le rôle des ARS dans le fait « *d'impulser* » les coopérations comme décrit par un directeur adjoint interrogé dans le cadre de ce mémoire, tout en maintenant la « *responsabilisation des acteurs de terrain* ». Dans ce contexte, l'idée de renforcer les directions territoriales des ARS semble pertinente, afin de faciliter la coopération et la concertation au plus proche des acteurs.

### **3.2.2 La crise comme catalyseur de coopérations au quotidien : des opportunités à saisir pour le directeur d'hôpital ?**

Si les limites de la coopération de crise semblent identifiables et si on ne peut ériger ce moment en exemple, du fait des multiples difficultés et tensions qu'elle emporte, il appartient au directeur d'hôpital d'être conscient des acquis de celle-ci, notamment du point de vue de la stratégie médicale, et cela tant en interne qu'en externe.

---

<sup>53</sup> « *Un New Deal pour la Santé* », Fédération Hospitalière de France, 17 juin 2020

<sup>54</sup> « *Un New Deal pour la Santé* », Fédération Hospitalière de France, 17 juin 2020

## A) La crise et la conduite du changement en interne

Les avancées permises par les réorganisations et la période de crise sont ainsi multiples, et il appartient au directeur d'hôpital de faire vivre celle-ci au quotidien en interne, comme par exemple sur l'organisation du bloc opératoire et de ses flux.

Un directeur du GHBS souligne ainsi qu'il est « *très positif de permettre à ses chirurgiens de découvrir une organisation de bloc opératoire différente* », car cela permet de partager les bonnes pratiques et de valoriser des modèles différents pour le bloc opératoire public. Cela ne saurait faire disparaître le risque de stratégie non coopérative et le recrutement de ces chirurgiens venus opérer dans les blocs privés, mais il s'agit d'un « *risque à mesurer et à prendre, d'autant plus dans le contexte de crise sanitaire* ». Ces propos sont confirmés par un chirurgien ayant opéré dans les salles de bloc des cliniques, soulignant la « *réactivité* » et l'« *agilité* » de l'organisation du bloc opératoire de ladite clinique.

## B) Des opportunités de coopération à saisir dans le cadre de la « *proximité organisée* » ?

L'exemple de la réorganisation concertée de la chirurgie sur le territoire de santé n°3 illustre en fait une situation de « *proximité organisée* » entre les acteurs de santé du territoire<sup>55</sup>. Cette proximité organisée s'oppose à la proximité géographique, qui se veut neutre et aboutit essentiellement à des relations de concurrence et de complémentarité. À sa différence, la proximité organisée « *concerne les différentes manières qu'ont les acteurs d'être proches, en-dehors de la relation géographique* »<sup>56</sup> et elle se décline essentiellement en logique d'appartenance et de similitude, autour de valeurs partagées et, dans le cas présent, de la logique de gestion collective de la crise sanitaire. Concrètement, la proximité organisée se traduit par des dispositifs de coopération et de partenariats comme celui étudié ici, mais implique des risques intrinsèquement liés à la théorie des jeux<sup>57</sup>.

Il reste alors à définir les possibilités en termes de coopération au quotidien. Si la situation particulière de la Clinique du Ter et les perspectives de complémentarité et de coopération ont

---

<sup>55</sup> ALBERT-CROMARIAS A. *et al.*, « La santé, un nouveau territoire pour la coopération ? », *op. cit.*

<sup>56</sup> TORRES A., « Retour sur la notion de proximité géographique », *Géographie, économie, société*, 2009, 11, pp. 63-75.

<sup>57</sup> ALBERT-CROMARIAS A. *et al.*, « La santé, un nouveau territoire pour la coopération ? », *op. cit.*

déjà pu être étudiées, il reste à définir ce que cela peut signifier pour les établissements au quotidien, en-dehors du contexte de crise, et comment le directeur d'hôpital peut s'en saisir.

La « *mise en place mutualisée de la permanence des soins, partagée entre équipes publiques et privée* » apparaît d'emblée comme une solution envisageable<sup>58</sup>. Cependant, celle-ci nécessite un leadership médical et une bonne entente entre les praticiens d'équipes différentes. À ce titre, la question de la volonté des praticiens libéraux à participer à cette permanence des soins, au-delà des temps de crise, est identifiée comme un facteur structurel qui rend la coopération parfois délicate. Comme l'expliquent ROUTELOUS, VEDEL et LAPOINTE, la « *coordination entre les acteurs repose sur des postures autonomes qui augmentent la complexité de gestion* »<sup>59</sup>.

Le partage de certains plateaux techniques et d'équipements matériels lourds est également une solution possible, que les ARS tendent à privilégier de plus en plus<sup>60</sup>. Le territoire de santé n°3 est d'ailleurs concerné par ce mode de coopération pour l'installation à venir d'une IRM à Quimperlé, dont l'autorisation sera partagée entre le GHBS et le cabinet de radiologistes libéraux, et cela à la demande de l'ARS.

La création des postes partagés de praticiens apparaît également comme un levier possible, qui est notamment mobilisé dans les territoires connaissant des difficultés de recrutement. Ce mode d'action pourrait ainsi constituer un moyen de raffermir les liens entre la Clinique du Ter et le GHBS, dont le rapprochement ouvre des perspectives en termes d'exercice mixte ville/hôpital.

De la même façon, l'« *harmonie coopérative* »<sup>61</sup> peut être un équilibre recherché, ne s'appuyant pas nécessairement sur des dispositifs de partenariats et de coopération *ad hoc*, mais plutôt sur la complémentarité de l'offre de soins et des recherches de parts de marché en-dehors du territoire plutôt qu'en son sein. La démarche de diagnostic territorial conjoint lancé en 2019 par la Clinique Mutualiste et le GHBS est à cet égard une première étape dans ce sens.

---

<sup>58</sup> DE LARD-HUCHET B., « Établissements de santé publics et privés L'esquisse d'une silhouette commune ? », 2016, *Gestions Hospitalières*

<sup>59</sup> ROUTELOUS, C., VEDEL I. ET LAPOINTE L., « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, vol. 47, no. 7, 2011, pp. 147-164.

<sup>60</sup> *Ibid.*

<sup>61</sup> ALBERT-CROMARIAS A. *et al.*, « La santé, un nouveau territoire pour la coopération ? », *op. cit.*

La fonction de directeur d'hôpital s'inscrit donc dans un paysage sanitaire marqué par la réalité de la « *coopétition* » dans laquelle, « *en lieu et place de l'affrontement, la coopération s'apparente alors à un compromis organisationnel, voire à une concurrence négociée par le territoire*<sup>62</sup> ». Dans cet environnement particulier de « *coopétition* », les dynamiques à l'œuvre tiennent parfois à bien peu de choses, avec des facteurs managériaux et humains souvent primordiaux. La crise sanitaire constitue indéniablement, dans ce cadre, un levier pour agir sur cet environnement et mettre en œuvre des circuits et organisations poursuivant également des objectifs de stratégie médicale de plus long-terme.

---

<sup>62</sup> LOUAZEL M. et KELLER C., « Entre concurrence et coopération », *op. cit.*



## Conclusion

La réorganisation de la chirurgie sur le territoire de Lorient / Quimperlé constitue une innovation de crise indéniable, permise par différents facteurs facilitants que le présent mémoire a permis d'éclairer. Cependant, se trouve au premier rang de ces facteurs celui de la nature de la crise : à moment exceptionnel, coopération exceptionnelle. Dès lors, la question de la pérennité de ces liens de crise se pose. L'expérience de collaboration public / privé semble jouer le rôle d'accélérateur avant tout par des modes informels : rapprochement des équipes médicales et administratives autour d'un but commun. Le territoire de Lorient / Quimperlé se révèle particulièrement intéressant, en ce qu'il concentre plusieurs de ces facteurs facilitants dans la coopération de crise, permettant d'en tirer certaines leçons et de plaider en faveur d'une normalisation de la gestion de crise à l'échelon territorial.

Mais surtout, l'expérience de la collaboration de crise permet d'éclairer les relations complexes qui se jouent entre établissements publics, ESPIC et établissement privé sur les territoires. Ainsi, le tableau de la « *coopétition* » se dessine, entre « *concurrence négociée* » et coopération sous forme de « *compromis organisationnel* ». La crise s'inscrit pleinement dans la complexité de ce contexte local où le territoire de santé est support de la concurrence autant que de la coopération. Parce qu'elle rend des ressources stratégiques, la crise sanitaire n'a fait que renforcer un des déterminants habituels de la coopération entre cliniques et hôpitaux publics.

En revanche, il est certain que l'expérience de la crise sanitaire permet de démontrer la nécessaire vision stratégique que le directeur d'hôpital se doit de porter au quotidien dans cet environnement complexe. Ainsi, face aux « *postures autonomes* » et aux facteurs structurels bloquants pour impulser des dynamiques de coopération nécessaires, il doit être en mesure de capitaliser sur l'expérience de crise et ses gains que l'on a pu identifier au cours de ce mémoire. Si ceux-ci sont essentiellement informels et liés à des amorces de changements culturels et de regards, on ne saurait minimiser leur importance, d'autant plus dans un territoire de santé restreint et dans un environnement soumis à des contraintes démographiques et économiques fortes. L'expérience la crise sanitaire COVID-19 n'a fait que mettre en lumière le balancement d'une profession entre l'impératif de gestion du quotidien et de l'urgence et la nécessaire vision stratégique et prospective. On pourra ici conclure en reprenant les termes du philosophe H. BERGSON, qui semblent s'adapter parfaitement à la profession, et plus encore à la gestion de crise : « *Il faut agir en homme [ou femme] de pensée, et penser en homme d'action.* »



---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- DUROUSSET J-L., *Le privé peut-il guérir l'hôpital ?*, Nouveaux débats publics, 2010.
- LOUAZEL, M. et KELLER, C. (2016), « Entre concurrence et coopération : un « effet bloc » des incitations réglementaires sur les relations entre établissements de santé ? » in BALY, O., L. CAZIN, J. DESPATIN, F. KLETZ et E. PERIAC (dir.), *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis*, Presses des Mines, 195-218.

## Articles universitaires ou de revues spécialisées

- ALBERT-CROMARIAS A., DOS SANTOS C., NAUTRÉ C., « La santé, un nouveau territoire pour la coopération ? », *Association Internationale de Management Stratégique*, XXVIIème Conférence Internationale de Management Stratégique, 6-8 juin 2018.
- BOSSARD O., « Public/privé, but lucratif, non lucratif... Les différences de gestion entre catégories d'établissements », *Gestion Hospitalières*, Numéro 554 - mars 2016.
- DE LARD-HUCHET B., « Établissements de santé publics et privés L'esquisse d'une silhouette commune ? », *Gestion Hospitalières*, Numéro 554 - mars 2016.
- DUARTE A-P., « Résistance passive à l'hôpital - Les situations de crise sont-elles un antidote ? », *Gestions Hospitalières*, mars 2016, Numéro 554.
- HOUDART, S-B, « Contrats d'exercice des médecins libéraux : cas de la reprise d'une clinique par un hôpital ou un GCS », Houdart.org, 11 février 2020.
- PASCAL C, CAPGRAS J.-B., BOTTON J.-P., CLAVERANNE, J.-P., « La mesure et l'analyse de la concurrence au service de la stratégie des établissements de santé - Illustration à partir du cas de la chirurgie de proximité » *Journal d'économie médicale* 2009/1-2, Volume 27, pp. 21-42.
- ROUTELOUS, C., VEDEL I. ET LAPOINTE L., « Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? », *Management & Avenir*, vol. 47, no. 7, 2011, pp. 147-164.

## Articles de presse

- DAMGÉ M., « Coronavirus : pourquoi les établissements de soins privés sont restés en deuxième ligne », *Le Monde – les Décodeurs*, 10 avril 2020.

- FERNEY J., « Coronavirus : entre hôpitaux public et privé, une solidarité inédite », *La Croix*, 31 mars 2020.
- RECKER F., « Lutte contre le Covid-19 : la difficile coordination entre l'hôpital public et le privé », *Public Sénat*, 1<sup>er</sup> avril 2020.
- RIET Z., Interview dans *Revue Hospitalière de France*, numéro 593 Mars – Avril 2020, pp.4-5.

### **Rapports / enquêtes**

- Audition du mercredi 15 juillet 2020 à 11 heures 30, Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, Assemblée nationale ; BRAUN, F. et CARLI, P-A.
- Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *Les Établissements de santé – édition 2020*, Ministère de la Santé et des Solidarités, 10 juillet 2020
- Rapport d'information n°3053, déposé par la Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid-19, Présenté par FERRAND R., Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2020.
- Rapport d'observations définitives Centre hospitalier intercommunal de Redon Carentoir (Ille-et-Vilaine) - Exercices 2014 et suivants ; Chambre Régionale des Comptes Bretagne ; « Les liens avec le secteur privé », pp. 24-25.

### **Sources législatives et réglementaires**

- Code de santé publique
- Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale
- Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19

### **Autres**

- Cabinet Adopale « Accompagnement à la définition des coopérations – GH Bretagne Sud et Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient », restitution du diagnostic, 15 janvier 2020.
- *Guide de préparation à la phase épidémique de Covid-19 - Établissements de santé Médecine de ville Établissements et services médico-sociaux* ; Ministère des Solidarités et de la Santé, version du 16 mars 2020.

- « Un New Deal pour la Santé », Fédération Hospitalière de France, 17 juin 2020
- *Projet Régional de Santé de Bretagne 2012-2016, Agir Ensemble Pour La Santé Des Bretons*  
– Agence Régionale de Santé Bretagne



---

## Liste des annexes

---

### Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire

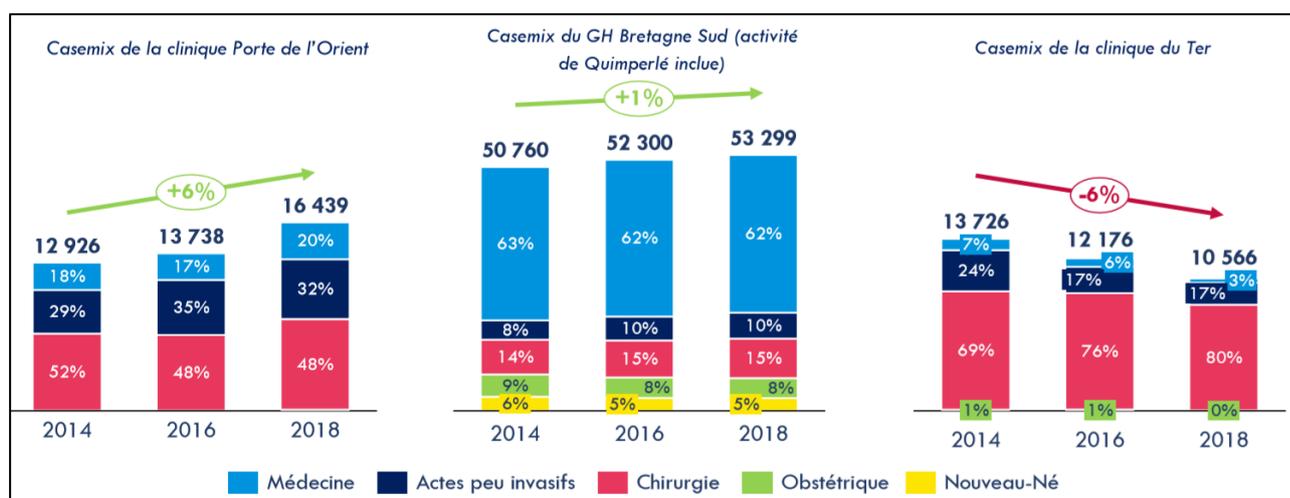
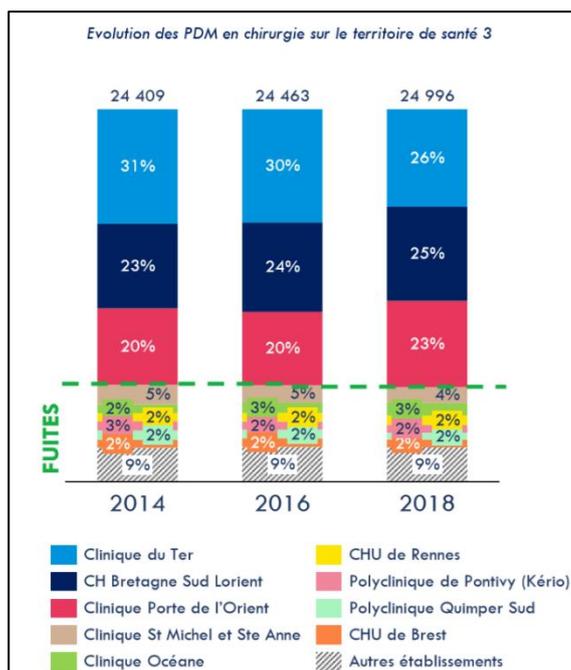
Groupe Hospitalier Bretagne Sud	5
Clinique Mutualiste de la Porte de l'Orient / Hospi Grand Ouest	2
GCS Clinique du Ter	2
Autre (ARS ou autre territoire)	2

### Annexe 2 - Données sur le plan de réorganisation de la chirurgie

Spécialité	Nombre total d'interventions	Nombre d'opérateurs	Principales interventions réalisées
Chirurgie viscérale	34	4	Colectomie Pose de CIP
ORL	116	5	Exérèse de lésion Oropharyngectomie Parotidectomie Curage Exérèse de kyste
Gynécologie	45	6	Tumorectomie Mastectomie Exérèse du ganglion sentinelle
Hépatogastro-entérologie	19	2	Coloscopie

### Annexe 3 - Données issues du diagnostic territorial conduit en 2019

Source : Cabinet Adopale « Accompagnement à la définition des coopérations – GH Bretagne Sud et Clinique Mutualiste de la Porte de l’Orient », restitution du diagnostic, 15 janvier 2020.



BOUCARD	Pierre-Côme	Date du jury : octobre 2020
<b>Directeur d'hôpital</b> Promotion 2019-2020		
<b>La réorganisation de la chirurgie sur le territoire de Lorient-Quimperlé dans le contexte de crise sanitaire : enjeux et enseignements pour la coopération public/privé</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Régulièrement mise en avant dans le contexte de crise sanitaire COVID-19, la coopération entre établissements publics de santé et établissements privés d'intérêt collectif et à but lucratif dans le domaine sanitaire a connu une période charnière, mettant à l'épreuve les relations entre décideurs de terrain sur l'ensemble des territoires et impulsant de nouvelles dynamiques entre eux.</p> <p>Le territoire de Lorient / Quimperlé a ainsi fait l'objet de dispositifs de coopération de crise innovants entre les établissements concernés, avec notamment la mise en œuvre d'une réorganisation concertée de la chirurgie entre les acteurs du territoire. Cette modalité inédite de coopération public / privé semble avoir fonctionné pour différentes raisons, que ce mémoire permet de mettre en avant.</p> <p>Cependant, il convient de souligner également les limites de ces modes de coopération, qui semblent avant tout liés au contexte de crise et à la pénurie de ressources stratégiques rares, matérielles mais surtout humaines. Ainsi, la concurrence reste la dynamique principale à l'œuvre aujourd'hui et la crise semble avoir modestement joué le rôle d' « accélérateur de coopération », avant tout par des leviers informels.</p> <p>L'ensemble de ces éléments permettent de plaider en faveur d'une gestion de crise à l'échelle des territoires, fondée sur des leviers permettant de renforcer les liens entre établissements de santé. À ce titre, les autorités de régulation jouent un rôle important.</p> <p>Mais cette étude permet avant tout d'illustrer le contexte de « coopération » qui caractérise les territoires de santé, contexte complexe où concurrence et coopération se mêlent étroitement. À cet égard, le territoire de santé étudié offre l'exemple particulièrement éclairant de la constitution du Groupement de Coopération Sanitaire de la Clinique du Ter, modalité innovante de coopération public / privé mise à l'épreuve de la crise.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  Coopération - Concurrence – COVID-19 – Gestion de crise - Territoire – Cliniques – Établissements publics de santé – Établissements privés – Chirurgie</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>		

