



HAL
open science

**Frédérique Gama et Guillaume du Chaffaut, la
collaboration public-privé à l'heure de la Covid-19, se
connaître, se faire confiance, agir de concert**

Jean-Baptiste Capgras

► **To cite this version:**

Jean-Baptiste Capgras. Frédérique Gama et Guillaume du Chaffaut, la collaboration public-privé à l'heure de la Covid-19, se connaître, se faire confiance, agir de concert. Nobre, Thierry; Husson, Julien. Portraits d'acteurs clés du système de santé pendant la Covid-19, Editions EMS, 2022, Ad Salutem, 978-2-37687-576-5. 10.3917/ems.nobre.2022.01.0285 . hal-03614364

HAL Id: hal-03614364

<https://hal.science/hal-03614364>

Submitted on 12 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chapitre 24. Frédérique Gama et Guillaume du Chaffaut, la collaboration public-privé à l'heure de la Covid-19, se connaître, se faire confiance, agir de concert

Jean-Baptiste Capgras

DANS *AD SALUTEM* 2022, PAGES 285 À 295

ÉDITIONS EMS EDITIONS

ISBN 9782376875765

DOI 10.3917/ems.nobre.2022.01.0285

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/portraits-d-acteurs-cles-du-systeme-de-sante-penda--9782376875765-page-285.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour EMS Editions.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

*P*artie 7

Territoire et Covid-19

Chapitre 24

**Frédérique Gama et Guillaume du Chaffaut,
la collaboration public-privé à l'heure de la Covid-19,
se connaître, se faire confiance, agir de concert**



Par

Jean-Baptiste Capgras

Maître de conférences en sciences de gestion,
IFROSS, Université Jean Moulin Lyon 3

INTRODUCTION

La multiplicité des acteurs du système de santé est au cœur des enjeux de coordination autour des parcours de soins et de santé (Bloch et Hénaut, 2014). Au niveau des établissements de santé, la question des rapports entre hospitalisations publique et privée s'apparente à une forme de coopération (Grenier et Guitton-Philippe, 2011) oscillant entre complémentarité (Routelous, Vedel et Lapointe, 2011) et concurrence (Pascal *et al.*, 2009). Si l'on peut s'attacher aux mécanismes de coordinations et à leurs effets, le point d'attention préalable concerne la convergence nécessaire des finalités entre les acteurs concernés, pré-requis indispensable au passage d'une action coordonnée à une véritable collaboration (Bedwell *et al.*, 2012). C'est précisément une telle collaboration qui s'est construite en quelques mois entre les Hospices Civils de Lyon (HCL) et les établissements situés dans l'agglomération lyonnaise, collaboration notamment portée par Guillaume du Chaffaut pour les HCL et Frédérique Gama pour la délégation régionale de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP).

Face à la Covid-19, phénomène inédit, ces deux personnalités qui ne se connaissaient pas, ont, avec d'autres, bricolé (Weick et Sutcliffe, 2011) un modèle de réponse collaborative coordonnée qui a permis de mettre en synergie les capacités de réponse publiques et privées du territoire lyonnais.

Après une première partie consacrée au double portrait des deux directeurs, le décor de la collaboration public-privé avant la crise sera planté dans une deuxième partie. Enfin, les dispositifs de collaboration inventés pour faire face à la crise et les premiers enseignements à en tirer dans la perspective du fonctionnement hors période de crise feront l'objet d'une troisième et dernière partie.

24.1. Un double portrait tout en contraste

Il peut paraître difficile de réunir deux portraits *a priori* plus opposés dans un même chapitre. D'une part, Frédérique Gama dirige des cliniques depuis plus de 30 ans dont plus de 20 ans dans la région lyonnaise et quasiment autant à la tête de la clinique Charcot. D'autre part, Guillaume du Chaffaut est, comme il le dit lui-même, « *un directeur d'hôpital pur, formé à l'EHESP* » diplômé de la prestigieuse école en 2010 et nommé aux Hospices Civils de Lyon (HCL) en août 2019 comme directeur général adjoint (DGA).

24.1.1. Frédérique Gama, de l'expertise comptable à la direction générale d'une clinique privée : retour sur la carrière d'une spécialiste de l'hospitalisation privée

La rencontre de Frédérique Gama avec l'hospitalisation privée et le fruit du hasard. Issue de Skema Business School en 1983, le suivi de son mari de Nice à

Besançon en 1985 l'a conduite, faute de poste de stagiaire en expertise comptable disponible, à accepter un poste de responsable administratif et comptable au sein de la Clinique Bon Secours. Cette clinique a été l'une des premières en France à être rachetée par un groupe en 1988, le Groupe Clininvest-Capio, qui a proposé le poste de directrice à Frédérique Gama. Cette nomination jugée très précoce par l'intéressée a été vécue à la fois comme une opportunité et un défi. La polyvalence des sujets allant de la Sécurité sociale au droit du travail en passant par la finance, l'organisation et la politique générale ont fait naître chez M^{me} Gama un intérêt tout particulier pour ce secteur. Elle a dirigé cette clinique pendant plus de 10 ans avant de prendre la direction d'une autre clinique du groupe dans la région lyonnaise, la clinique Saint-Louis groupe Tonkin-Capio où elle est chargée de conduire le rapprochement des cliniques de l'Est Lyonnais qui aura finalement lieu presque 15 ans plus tard.

Fin 2002, Frédérique Gama quitte le groupe et prend la direction d'une clinique indépendante située à Sainte-Foy-lès-Lyon dans l'agglomération lyonnaise, la clinique Charcot qu'elle dirige toujours. La direction de cette clinique qui a fait l'objet d'un programme de rénovation conséquent dans le cadre du Plan Hôpital 2012 se fait dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'équipe médico-chirurgicale.

Lorsque les travaux de la clinique ont pris fin et avec eux la surcharge exceptionnelle de travail que cela avait engendrée, Frédérique Gama s'est proposée en 2012 à la présidence de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) Rhône-Alpes. Elle réalise 3 mandats de présidente de cette fédération régionale de 2012 au printemps 2021 y compris après la fusion des régions en 2016 et la création de la FHP Auvergne-Rhône-Alpes. Depuis décembre 2020, Frédérique Gama préside la FHP-MCO, syndicat national de l'hospitalisation privée des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique.

24.1.2. Guillaume du Chaffaut, une carrière exemplaire de l'EHESP à la direction générale adjointe du deuxième plus gros CHU de France

Guillaume du Chaffaut, diplômé de la filière direction d'hôpital de l'EHESP en 2010 après un Master affaires publiques à Sciences Po Paris fait ses premières armes au CHU d'Amiens en tant que directeur de la qualité et de la clientèle.

En décembre 2011, il quitte la Picardie pour le CHU de Montpellier au sein de la direction générale où il restera pendant près de 8 ans. À son arrivée, il assure, auprès du directeur général, la direction des affaires générales, de la communication et des relations internationales complétée, à partir du printemps 2015, par la direction des Ressources humaines et de la formation.

En août 2019, il quitte Montpellier pour les Hospices Civils de Lyon (HCL) où il est nommé directeur général adjoint en charge du pôle Stratégie et Ressources humaines qui regroupe l'ensemble des directions chargées de la stratégie et du rayonnement territorial du CHU, de la recherche et de l'innovation et des ressources

humaines médicales et non médicales. Ce pôle repose sur l'idée force que les ressources humaines constituent à la fois un axe stratégique du projet d'établissement et un des leviers pour mettre en œuvre la stratégie, y compris la stratégie territoriale.

24.2. La toile de fond des relations public-privé avant la Covid-19 : entre marginalisation et concurrence

Les relations entre les établissements publics et privés s'enchaînent d'une part dans l'épaisseur de la structuration historique du système de santé et dans la complexité des dispositifs de régulation et de financement de l'offre de soins. Le système actuel est structuré autour des établissements publics de santé tout en accordant une place très significative aux acteurs privés (1). Dans un système marqué par une concurrence sur l'activité accrue au cours de ces 15 dernières années, la cohabitation d'établissements aux statuts et organisations très différentes ne va pas nécessairement de soi (2).

24.2.1. Un système de santé pensé autour de l'offre publique mais caractérisé par une offre privée importante

Aussi loin que l'on remonte dans l'histoire moderne des réformes hospitalières, schématiquement depuis la loi de 1941, jusqu'aux dernières lois de modernisation de notre système de santé (2016), relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (2019) ou visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (2021), l'hospitalisation publique, en particulier les CHU, focalise l'essentiel de l'attention du législateur qui, en corolaire, ne s'intéresse que marginalement à l'offre d'hospitalisation privée. Pourtant, le système hospitalier français est plutôt caractérisé par la place importante occupée par les acteurs privés dans l'offre de soins (Faure, 2012). Ainsi, sur les 3 000 établissements de santé que compte la France, 55 % ont un statut privé (33 % à but lucratif et 22 % à but non lucratif). De taille globalement plus réduite que les hôpitaux publics, les établissements privés représentent plus d'un tiers des capacités en lits d'hospitalisation complète et 45 % des capacités en places d'hospitalisation partielle, dite ambulatoire (Drees, 2021). Concernant plus spécifiquement l'offre de lits de réanimation qui a cristallisé les tensions et les craintes dans le cadre de la prise en charge des formes les plus sévères de la Covid-19, 84 % des 5 080 lits de réanimation adulte implantés en France au 1^{er} janvier 2020 se trouvaient dans des hôpitaux publics dont 60 % dans les CHU. Le reste des capacités de réanimation se répartissaient entre les établissements privés à but lucratif (11 %) et les établissements privés à but non lucratif (6 %). Dans plus de 70 % des départements, seuls les établissements publics détiennent des capacités de réanimation. Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, davantage au cœur de ce chapitre, la répartition des 564 lits de réanimation était très comparable au niveau national. Seule la répartition entre les acteurs privés à but lucratif (10 %) et à

but non lucratif (7 %) différait très légèrement du niveau national. Les capacités de lits de soins intensifs constituent également une réserve intéressante en raison des compétences des personnels qui y sont affectés et de leur équipement en dispositifs de ventilation mécaniques. On comptabilisait ainsi 5 954 lits de soins intensifs au 1er janvier 2020 en France et 584 en Auvergne-Rhône-Alpes dont 77 % dans le public, 15 % dans les établissements privés à but lucratif et 8 % dans les établissements privés à but non lucratif avec une homothétie parfaite entre les niveaux national et régional.

24.2.2. Les collaborations public-privé avant la Covid-19 : entre divergence et convergence

Dans le contexte décrit *supra*, la coopération public-privé n'est pas évidente en soi. Frédérique Gama identifie plusieurs raisons à ces difficultés de coopération tant au niveau de la connaissance réciproque des acteurs que d'aspects plus opérationnels mis en exergue par des dispositifs de financement différenciés.

En premier lieu, le véritable Lego organisationnel qui se cache derrière l'apparente homogénéité de la clinique et les spécificités de gestion que cela entraîne (Claveranne et Piovesan, 2003) semblent parfois méconnus des régulateurs tant nationaux que régionaux. Selon Frédérique Gama, pourraient être en cause les trajectoires professionnelles des interlocuteurs de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ou des ARS qui seraient davantage perméables au secteur hospitalier public que privé.

En second lieu, au niveau des territoires, les différences de taille entre les établissements publics et les établissements privés sont très majoritairement à l'avantage des premiers. Cette asymétrie confère un avantage politique aux établissements publics et, à fortiori, aux CHU. De plus, cette différence de taille peut donner le sentiment à certains établissements publics qu'ils se suffisent à eux-mêmes et qu'il n'y aurait pas intérêt à collaborer avec les autres acteurs du territoire. *A contrario*, à la fois du fait de la construction du système de santé autour des établissements publics et de leur taille plus modeste, les établissements privés ne peuvent que se développer dans la prise en compte des autres acteurs de leur territoire d'implantation et, en particulier, de son centre hospitalier, qu'il soit général ou universitaire.

Si le point de vue diffère, le constat porté par Guillaume du Chaffaut et plus globalement par la direction générale des HCL est finalement convergent. Le CHU lyonnais est, avec l'Assistance publique hôpitaux de Paris (AP-HP), le seul CHU à couvrir l'ensemble des spécialités qui existent. Fort de 24 000 professionnels, d'un budget annuel de 2 milliards d'euros et d'un plan d'investissement de 1,5 milliard d'euros sur 10 ans, la tentation est grande de penser se suffire à soi-même. Le projet stratégique des HCL fait pourtant résolument le constat que dans les missions d'un CHU, il y a bien sa capacité à non seulement avoir un poids économique sur son territoire mais aussi à rayonner, à entraîner un territoire. Cette intégration territoriale du CHU repose à la fois sur la formation des ressources humaines du territoire mais

également sur sa capacité à construire une réponse aux besoins de santé de la population en partenariat avec les autres acteurs du territoire ou plutôt des territoires dans lesquels il est engagé. À son arrivée en août 2019, la feuille de route confiée à M. du Chaffaut consiste à ancrer et ouvrir le CHU sur son territoire en tissant des liens partenariaux avec les structures du territoire et la ville afin de positionner le CHU et l'offre lyonnaise dans une compétition nationale et internationale.

24.3. De l'ambition à l'effectivité d'une collaboration territoriale public-privé : la Covid-19 comme aiguillon

Face à ce phénomène inédit et inquiétant, la collaboration entre les HCL et les établissements privés s'est structurée en deux temps tirant à chaque étape avantage des connaissances acquises sur l'épidémie et des rapports de confiance noués entre les acteurs. Les établissements ont d'abord fait face en apprenant à se connaître (1) avant d'inventer un modèle collaboratif équilibré (2) dont la pérennisation interroge les dispositifs de régulation en place (3).

24.3.1. La première vague ou le saut dans l'inconnu

« En mars 2020, ça a été d'une violence inouïe, d'une impréparation totale. » (F. Gama)

« On a commencé à discuter de ce sujet dans des conditions qui semblent du siècle dernier. » (G. du Chaffaut)

Dans ce qu'il est convenu d'appeler la première vague, en mars 2020, c'est le sentiment d'inquiétude et d'impréparation qui domine. Tant Frédérique Gama que Guillaume du Chaffaut rappellent les signaux principaux qui guident leurs réflexions respectives à ce moment : la situation alarmante retransmise depuis le Grand Est d'abord, puis la région parisienne, qui permet de porter un regard plus lucide sur la situation lombarde remontée depuis plusieurs semaines. Ce sont bien les difficultés rencontrées par ces trois régions qui permettent d'imaginer très rapidement que la situation pourrait atteindre une ampleur considérable nécessitant la mobilisation de tous les moyens.

Les établissements et le système dans son ensemble n'apparaissent pas prêts alors à faire face à une telle vague. À titre illustratif, Guillaume du Chaffaut rappelle les délais de 2 jours en février 2020 pour tester les passagers d'un bus en provenance d'Italie placé en quarantaine suite à l'apparition de symptômes évocateurs de la Covid-19. Quelques mois plus tard, ce même laboratoire avait la capacité de traiter des milliers de tests par jour.

Cette prise de conscience conduit les HCL à organiser début mars 2020 la prise en charge et le suivi des patients Covid entre leurs différents groupements pour ne pas submerger le groupement Nord initialement seul centre de référence Covid. Guillaume du Chaffaut et une petite équipe comportant notamment un directeur et

un médecin centralisent en temps réel les capacités et les besoins entre les 3 groupements des HCL impliqués : groupement Nord, groupement Centre et groupement Sud (Corond *et al.*, 2020). En parallèle, éclairés par la situation locale et les informations en provenance du Grand Est et de la région parisienne, les HCL proposent à l'agence régionale de santé d'associer l'ensemble des établissements du territoire afin de cartographier les ressources disponibles et de coordonner la prise en charge en sériant les capacités de réanimation, les capacités d'hospitalisation non réanimatoire et les établissements qui pouvaient mettre à disposition des professionnels. Ce dispositif, approuvé par l'ARS, a été placé sous la coordination des HCL. Cette coordination s'est structurée sous forme de *hub*, au plus proche du terrain. Ainsi les directions des groupements HCL ont été chargées d'animer la coordination des établissements de leur zone géographique : l'hôpital de la Croix-Rousse pour le Nord, l'hôpital Édouard Herriot pour l'Est et l'hôpital Lyon Sud pour le Sud et l'Ouest. Le découpage des *hubs* répondait à une logique géographique et capacitaire en réanimation. Le niveau central des HCL était quant à lui chargé d'assurer l'équilibre entre les trois *hubs* y compris en organisant des transferts ou en ouvrant des capacités.

Dans cette première vague, l'articulation avec l'hospitalisation privée est vécue comme très directive par les établissements privés qui l'acceptent face à l'urgence et l'ampleur de la situation mais non sans rencontrer certaines difficultés. Ainsi, la déprogrammation totale des activités non urgentes annoncée un vendredi soir par l'ARS avec effet au lundi matin revêt des enjeux tout particuliers pour les cliniques privées en relation contractuelle avec les praticiens. En effet, l'arrêt d'activité pour des praticiens libéraux conduit à l'absence de rémunération. Si des indemnités très parcellaires ont été mises en place pour la première vague, cela n'a pas été le cas pour la deuxième. Sur la clinique Charcot comme dans les autres cliniques de la région, les praticiens ont interrompu leur activité 13 semaines en 2020 dont 8 au cours de la première vague ce qui représente une baisse de chiffre d'affaires de 25 % avant indemnisation.

Globalement, la coordination s'est réalisée au cours de cette première vague dans le contexte décrits *supra* de méconnaissance réciproque qui a pu conduire à certaines crispations. Les échanges entre Frédérique Gama, en tant que représentante régionale de la FHP, et Guillaume du Chaffaut ont permis de lever certaines ambiguïtés. Par exemple, l'impossibilité de mettre à disposition les infirmiers anesthésistes (IADE) a été un moment compris comme relevant d'un manque de volonté alors que la difficulté provient du fait que dans le modèle organisationnel des cliniques, l'immense majorité des IADE sont employés par les médecins anesthésistes ou leurs structures professionnelles. Une fois cette incompréhension levée, il a été proposé une convention entre les cliniques, les médecins anesthésistes et/ou leurs structures afin de mettre à disposition des IADE dans un cadre permettant le financement de leur intervention.

Ces différents échanges informels ont permis aux acteurs de mieux se connaître, de partager leurs difficultés réciproques et, finalement, de bâtir des relations de

confiance. *In fine*, le pilotage mis en place a permis de passer cette première vague et de tirer des enseignements pour la suite.

24.3.2. Préparer les vagues suivantes : de la coordination à la collaboration

Les enseignements tirés de la gestion de la première vague ainsi que la meilleure connaissance réciproque des acteurs ont conduit à ajuster l'organisation mise en place initialement. La coordination des acteurs du territoire par les HCL a ainsi servi de modèle à l'ensemble de la région où chacun des trois autres CHU¹ et des CH supports de GHT a été chargé de coordonner l'offre de son territoire d'implantation. Au niveau lyonnais, les *hubs* ont été confortés dans leur rôle de coordination opérationnelle et le niveau de coordination stratégique a été davantage structuré afin de répondre aux limites identifiées en première vague, notamment de répartition de la pression mise sur chaque clinique.

Une cellule de coordination regroupant Guillaume du Chaffaut pour les HCL, Frédérique Gama pour la FHP régionale, ainsi que le directeur régional du groupe Ramsay, les directeurs des CH de Vienne, Villefranche-sur-Saône et Bourgoin-Jallieu, les directeurs de trois établissements privés à but non lucratif (CH Saint Joseph Saint Luc, infirmerie protestante et pôle mutualiste du Médipôle) a été mise en place. Cette cellule s'est réunie toutes les semaines à partir du mois d'août 2020 par visioconférence. Ces échanges d'une heure à une heure et demie visaient à partager l'information, faire remonter les difficultés et prendre les décisions collectivement.

Tant de l'avis de M^{me} Gama que de M. du Chaffaut, les échanges au sein de cette cellule ont permis de nouer des relations de confiance qui ont conduit à passer à une véritable collaboration où il s'agit de partager une finalité commune et comprendre les contraintes et attentes de l'autre afin de construire des solutions partagées (Nielsen, 2004). En particulier, les enjeux financiers, sources de plus d'incertitude du côté des acteurs privés que des établissements publics ont pu être partagés. Ainsi, quand il s'agit de déprogrammer le moins possible ou le moins de temps possible pour des raisons de santé publique, cette collaboration a permis de s'appuyer sur la réactivité des cliniques privées pour stopper et reprendre rapidement l'activité tout en garantissant la réalisation d'activités ne mobilisant pas de produit anesthésique. Les échanges ont permis de sortir de la seule logique de recherche d'équilibre qui aurait conduit à ne pas faire reprendre plus l'activité dans les cliniques tant que le public était encore mobilisé sur la Covid-19. Pour les patients du territoire, cela a permis un niveau d'activité optimisé. Pour les praticiens libéraux, cela a permis de maintenir une activité. Pour les établissements publics, cela permettait d'obtenir en contrepartie la possibilité de réaliser une partie de leurs interventions au sein des blocs des établissements privés et d'avoir l'assurance que ceux-ci

¹ Saint-Etienne, Grenoble, Clermont-Ferrand.

déprogrammeraient leur activité dès que nécessaire en cas de reprise épidémique. Le modèle est ainsi soutenable pour chacune des parties prenantes.

24.3.3. Un nouveau modèle de régulation territoriale : entre agilité et fragilité ?

De l'aveu des deux personnes interviewées ainsi que des différents retours d'expériences partagés, la collaboration mise en place chemin faisant ne manque pas d'attraits. Elle a en effet permis de répondre assez efficacement à la deuxième vague tout en maintenant un niveau d'activité non Covid plus élevé qu'en première vague alors même que le territoire lyonnais était bien plus impacté. De plus, les établissements ont d'autant plus facilement obtenu le soutien de l'ARS sur certaines dérogations aux règles nationales qu'ils présentaient des propositions communes. Cette organisation s'est enfin révélée apprenante, s'ajustant avec agilité en fonction des enseignements de chaque étape sur la gestion des réductions d'activité, sur les reprises d'activité et, bien entendu, sur la connaissance épidémique.

Cependant, cette organisation sort du cadre habituel de la régulation sanitaire en confiant au CHU le rôle d'animateur de l'organisation des soins sur son territoire. À l'épreuve du feu, cette mécanique est visiblement avantageuse et présente à tout du moins l'intérêt d'une certaine réactivité dans les circuits de décision. De plus, dans une logique de subsidiarité, l'ARS a ainsi pu se concentrer sur la régulation interterritoriale voire interrégionale, notamment lorsque des transferts de patients depuis les territoires lyonnais ou stéphanois vers d'autres établissements de la région, voire d'autres régions, ont dû être organisés.

Pour autant, la mécanique collaborative, véritable force du dispositif élaboré ici, s'impose difficilement. Frédérique Gama précise ainsi que cette rencontre humaine tient aux qualités des personnes réunies et, en particulier, aux capacités de compréhension et d'assimilation des problématiques des cliniques par Guillaume du Chaffaut. Réciproquement, ce dernier rappelle que Frédérique Gama a su entendre et répondre aux difficultés qui se présentaient aux HCL. La mécanique ne s'est ainsi pas mise en place dans tous les territoires de la même façon au niveau de la région et certains CHU ont pu être tentés par une voie vécue comme moins collaborative par les autres établissements. Dans ce cadre, le rôle d'animation territoriale porté par l'ARS, tiers acteur, peut apparaître comme préférable.

CONCLUSION

Le modèle de régulation en période de crise Covid « inventé » chemin-faisant par les établissements du territoire lyonnais avec l'aval de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes constitue une forme de renouveau dans les collaborations stratégiques et opérationnelles entre hospitalisations publique et privée. Le caractère inédit et « brutal » de la Covid-19 a permis de rebattre les cartes des relations inter-établissements en interrogeant le rôle et les missions de chacun au sein du territoire.

Cette collaboration porte des fruits durables qui se traduit, près de 24 mois après l'apparition des premiers cas de Covid en France, dans la gestion de l'épidémie par les établissements. Elle a plus globalement modifié les pratiques dans le partage d'information entre les établissements parties prenantes sur des projets stratégiques de développement de nouvelles activités qui auraient auparavant été perçus comme hautement concurrentiels et confidentiels.

Pour aller plus loin, au-delà de la gestion de la Covid-19, l'intérêt de confier la mission d'animation de la politique de santé territoriale aux CHU et établissements supports de GHT rejoint la question du passage des Groupement hospitaliers de territoire (GHT) à de véritables groupements territoriaux de santé (Pascal *et al.*, 2021) dans une approche concertée, en autogestion, entre les établissements publics et privés du territoire, voire entre toutes les parties prenantes du parcours de santé.

Cette voie ouvre bien des questions sur les compétences à promouvoir au sein des CHU dans le but d'assurer cette nouvelle mission, sur le devenir des délégations territoriales des ARS dans une telle configuration et sur les impacts de l'absence de tiers régulateur que cela impliquerait.

Enfin, il ressort de ces entretiens croisés de deux personnalités qui ne se connaissaient pas « *avant la guerre* »² que nulle organisation ne peut garantir reposer sur les qualités d'écoute et de compréhension et le sens de l'intérêt supérieur du patient d'une Frédérique Gama ou d'un Guillaume du Chaffaut. Dès lors cette réussite ponctuelle sur les trois premières vagues, si elle est riche d'enseignement, ne serait-ce qu'en montrant que cela est possible, mérite quelques précautions avant d'imaginer pouvoir l'essaimer *urbi et orbi*.

BIBLIOGRAPHIE

Bedwell, W.L., Wildman, J.L., DiazGranados, D., Salazar, M., Kramer, W.S. & Salas, E. (2012). Collaboration at work: An integrative multilevel conceptualization. *Human Resource Management Review*, 22(2), 128-145.

Bloch, M.-A. & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Paris : Dunod, 336 p.

Claveranne, J.-P. & Piovesan, D. (2003). La clinique privée, un objet de gestion non identifié. *Revue Française de Gestion*, 2003/5(146), 143-153.

Corond, P., Faujour, V. & Hernu, R. (2020). Innovation organisationnelle et managériale aux HCL. Créer et piloter des hubs d'établissements publics et privés pour gérer la crise de la Covid. In T. Nobre (dir.), *L'hôpital pendant la Covid-19 : innovations, transformations et résilience. Les leçons des professionnels de santé du Grand Est et d'ailleurs* (p. 270-287). Caen : Éditions EMS.

Drees (2021), *Les établissements de santé*. Paris, France.

Faure, O. (2012), *Les cliniques privées. Deux siècles de succès*. Rennes : Presses universitaires de Rennes, 282 p.

² Expression employée par Guillaume du Chaffaut.

Grenier, C. & Guitton-Philippe, S. (2011). La question des regroupements / mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? *Management & Avenir*, 47(7), 98.

Nielsen, B.B. (2004). The role of trust in collaborative relationships: A multi-dimensional approach. *Management*, 7(3), 239-256.

Pascal, C., Capgras, J.-B., Botton, J.-F. & Claveranne, J.-P. (2009). 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'Economie Médicale*, 27, 21-42.

Pascal, C., Capgras, J.-B., Veran, L. & Garcia, E. (2021). Vers une approche intégrée de la production de soins : des groupements hospitaliers de territoire aux groupements territoriaux de santé », in J.-L. Stanislas (dir.), *Innovations & management des structures de santé en France : Accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire* (p. 183-198). Paris : Edition LE.

Routelous, C., Vedel, I. & Lapointe, L. (2011). Pourquoi des stratégies coopératives avec les cliniques pour les hôpitaux publics ? *Management & Avenir*, 47(7), 147.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K.M. (2011). *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*, Wiley (J-B US non-Franchise Leadership), 194 p.