



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire,
social et médico-social**

Promotion : **2014-2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**Les coopérations comme outils
d'efficience :
L'exemple des pharmacies de la CHT
« Rance-Emeraude »**

Elvan UCA

Remerciements

Je remercie l'ensemble du personnel de la Communauté hospitalière de territoire « Rance Emeraude »¹, et plus particulièrement ceux du Centre hospitalier René PLEVEN, pour leur accueil, leur gentillesse, leur patience et leurs conseils.

Je tiens à remercier plus particulièrement M. Pascal CONAN, mon maître de stage, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon stage de professionnalisation au sein du Centre hospitalier René PLEVEN de Dinan, ainsi que pour ses précieux conseils.

Mes remerciements vont également à toute l'équipe de direction de Dinan :

- Mme DENIEL – Directrice des ressources humaines et de la filière médico-sociale.
- M. GILLAIZEAU – Directeur des plans et travaux et des affaires économiques et logistiques.
- Mme MONTAY – Directrice des soins.
- M. SANDRET – Directeur des affaires financières.
- Mesdames les pharmaciennes : Dr LE BOURLAIS – Dr NORMAND – Dr ZEMMOUCHE.

Je remercie l'ensemble de professionnels ayant accepté de m'accorder un entretien² dans le cadre de l'étude de ce mémoire en répondant à un questionnaire³, et dont les informations et conseils m'auront été d'une grande utilité.

Enfin, mes remerciements vont à M. MOURIER et Mme TOURNEUR pour leurs précieux conseils et leur soutien pour la rédaction de ce mémoire.

¹ Annexe 1 : « Schéma de l'organisation de la CHT Rance Emeraude » - Source : CHT « Rance Emeraude » - 2015

² Annexe 2 : « Liste des entretiens menés avec les professionnels »

³ Annexe 3 : « Questionnaire sur la mise en place d'un GCS PUI »

Sommaire

Introduction.....	1
1 La recherche continue d'efficience des établissements se construit progressivement au travers des dispositifs de coopération entre établissements impulsés par les pouvoirs publics	5
1.1 L'évolution de la réglementation en matière de coopération impulsée par les pouvoirs publics et devant favoriser l'efficience des établissements.....	5
1.1.1 Une évolution progressive du cadre réglementaire et législatif des coopérations	5
1.1.2 Des outils de coopérations entre établissements afin de favoriser l'amélioration de la prise en charge des usagers	8
1.2 La loi HPST : entre continuité et innovation en matière de coopération	10
1.2.1 La loi HPST confirme la volonté des pouvoirs publics de poursuivre le développement des coopérations entre établissements sur les territoires.....	11
1.2.2 Loi HPST : Redéfinition des enjeux et innovation en matière de coopération entre établissements.....	12
1.3 Focus sur deux modes particuliers de coopérations renforcées par la loi HPST : la CHT et le GCS	14
1.3.1 Le groupement de coopération sanitaire.....	15
1.3.2 La communauté hospitalière de territoire.....	16
1.4 Vers une nouvelle évolution de coopération : le Groupement hospitalier de territoire (GHT)	18
1.4.1 Qu'est ce que le nouveau dispositif de coopération appelé GHT	18
1.4.2 Les apports en matière de coopération.....	19
2 Malgré une coopération affichée entre établissements, l'organisation des PUI présente un certain nombre de difficultés dans la mise en œuvre d'une coopération par GCS : le cas du projet de rapprochement des PUI dans la CHT Rance-Emeraude	22
2.1 Une coopération enclenchée par la création d'une CHT et d'un GCS.....	22
2.1.1 La création de la CHT « Rance Emeraude » et du « GCS du territoire n°6 de Bretagne »	23

2.1.2	Une volonté de coopération prolongée par le projet de gestion des PUI au sein du GCS existant.....	24
2.2	Des activités et des organisations de PUI différentes selon les sites influençant les performances et le niveau de qualité de prise en charge des usagers, et qui interrogent sur l'opportunité d'une coopération plus intégrée des pharmacies	26
2.2.1	Des activités redondantes et des organisations différentes qui n'apportent pas la même niveau d'efficacité et de prise en charge des usagers	26
2.2.2	Une volonté de la direction et des personnels des pharmacies d'aller vers une plus grande coopération entre les sites	28
2.3	Les difficultés que soulèvent une coopération entre PUI dans le cadre du GCS existant	29
2.3.1	Des difficultés liées à l'humain	30
2.3.2	Des difficultés liées à l'organisation, aux moyens techniques et logistiques, et aux contraintes juridiques.....	31
2.4	Expériences partagées dans le cadre de la coopération entre PUI.....	33
2.4.1	Expériences ayant abouti à la mise en œuvre de coopérations entre PUI ..	33
2.4.2	Expériences ayant abouti à l'abandon du projet en raison des difficultés inhérentes à leur mise en œuvre	35
3	La coopération entre les PUI de la CHT devra se préparer progressivement afin de faciliter le passage à une gestion par le GCS	37
3.1	Un projet devant être véritablement porté et accompagné par la direction	37
3.1.1	Un projet nécessitant d'être véritablement porté par la direction	38
3.1.2	La mise en place d'une méthodologie adaptée et rigoureuse semble indispensable à la réussite de ce projet de coopération entre les pharmacies.....	39
3.2	Amorcer un travail de coopération entre les équipes et entamer un processus d'harmonisation sont des préalables à une coopération plus intégrée	41
3.2.1	Amorcer un travail de coopération entre les équipes des trois sites	41
3.2.2	Entamer un processus d'harmonisation entre les sites.....	42
3.3	Identification des activités devant demeurer sur site et développement d'activités mutualisées afin de faciliter le passage à une gestion en GCS PUI unique.....	45
3.3.1	Les activités nécessitant d'être maintenues sur site	46
3.3.2	Développement d'activités mutualisées afin de faciliter leur gestion au sein d'un GCS	47

3.4	Parmi les scénarios envisageables, celui du passage progressif à une gestion en GCS paraît être la plus opportune	49
3.4.1	Présentation des deux scénarios susceptibles d'être retenus	49
3.4.2	Présentation du plan d'actions en plusieurs étapes proposé pour un passage progressif à un GCS PUI unique.....	52
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	59
	Liste des annexes.....	63

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

CASF : Code de l'action sociale et de la famille

CBU : Contrat de bon usage

CEDIP : Centre d'évaluation, de documentation et d'innovation pédagogiques

CES : Communauté d'établissements de santé

CH : Centre hospitalier

CHFM : Centre hospitalier François Mitterrand

CHP : Centre hospitalier des Pyrénées

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CME : Commission médicale d'établissement

COMEDIMS : Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

COPIL : Comité de pilotage

CSP : Code de la Santé Publique

DAEL : Directeur des affaires économiques et logistiques

DAF : Direction des affaires financières

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDN : Dispensation à délivrance nominative

DG : Directeur (trice) général(e)

DGARS : Directeur général de l'Agence régionale de santé

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DIM : Département d'information médicale

DM : Dispositifs médicaux

DPI : Dossier patient informatisé

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Equivalent temps plein

EPMS : Etablissement public médico-social

EPSM : Etablissement public de santé mentale

FHF : Fédération hospitalière de France

FMESPP : Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

FMIH : Fédérations médicale interhospitalière

GCS : Groupement de coopération sanitaire
GCS – ES : Groupement de coopération sanitaire – établissement de santé
GCSMS : Groupement de coordination sociale et médico-sociale
GEF : Gestion économique et financière (logiciel informatique)
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GIE : Groupements d'intérêt économique
GIP : Groupements d'intérêt public
HAS : Haute autorité de santé
HPST : Hôpital, patients, santé, territoire
IGAS : Inspection générale des affaires sociales
IME : Institut médico-éducatif
MAJ : Mis à jour
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PE : Projet d'établissement
PPR : Polyclinique du Pays de Rance
PRS : Projet régional de santé
PUI : Pharmacie à usage intérieur
RH : Ressources humaines
SI : Systèmes d'information
SIH : Syndicat interhospitalier
SROS : Schéma régional de l'organisation des soins
SROMS : Schéma régional de l'organisation médico-sociale

Introduction

« Chaque coopération doit en effet permettre, par la mutualisation ou le transfert d'équipements, d'activités ou de ressources, d'améliorer la prise en charge et le parcours des personnes. »⁴ Annie PODEUR et Christian ANASTASY

Dans un contexte général de contraction des finances publiques en France, les efforts d'économies demandés au secteur de la santé sont croissants et interrogent régulièrement sur l'efficacité des organisations de santé. En effet, devant l'importance des dépenses publiques liées à la santé, les pouvoirs publics recherchent des solutions afin de les réduire, avec la préoccupation de préserver la qualité de la prise en charge des usagers tant dans le champ sanitaire que médico-social.

Afin de répondre à ces deux impératifs complexes mais néanmoins nécessaires que sont la recherche de l'efficacité et la préservation du niveau de la qualité de la prise en charge, les pouvoirs publics ont mis en place un certain nombre de dispositifs juridiques et organisationnels. Parmi ces dispositifs, la loi n° 2009-800 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁵ a favorisé les coopérations entre établissements au sein d'un même territoire, notamment à l'aide d'instruments juridiques, nouveaux ou réactualisés, à l'instar des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) ou encore des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

Définies selon le Larousse comme : « l'action de coopérer, de participer à une œuvre commune »⁶, les « coopérations entre établissements de santé constituent le cœur du dispositif »⁷ de la loi « HPST ». Ces coopérations constituent un panel d'outils juridiques, administratifs et financiers à la disposition des équipes de direction des établissements destinés à rendre plus efficaces leurs organisations.

Développées au niveau des territoires de santé⁸, les coopérations dans le secteur sanitaire et médico-social sont devenues depuis la loi « HPST », les principaux outils permettant aux établissements de procéder à des mutualisations en vue de réorganiser

⁴ Guide méthodologique des coopérations territoriales – ANAP – 2011 – Page 4

⁵ <http://www.legifrance.gouv.fr>

⁶ Site internet Dictionnaire Larousse

⁷ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé : « HPST, la Communauté hospitalière de territoire » - page 1

⁸ Les territoires de santé constituent le premier niveau du découpage géographique, qui couvre le champ de compétence des ARS et où se décline leur politique régionale de santé - Source : Site internet du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

l'offre de soin afin de réduire les coûts liés à leur fonctionnement. Ainsi, les coopérations doivent permettre d'optimiser les ressources tout en apportant un niveau de prestation répondant aux besoins des usagers en matière de qualité et de sécurité de prise en charge.

Dans la mesure où ce mémoire porte sur les coopérations comme outils d'efficience illustrées à travers l'exemple des pharmacies à usage intérieur (PUI) de la CHT « Rance Emeraude », l'étude sera plus spécifiquement centrée sur le cadre de la coopération entre les pharmacies des trois sites, tant dans les services de l'hôpital, que ceux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La recherche de l'efficience par les coopérations sera abordée à travers l'optimisation et de mutualisation des ressources mais aussi à travers l'amélioration de la prise en charge des usagers

S'agissant de la prise en charge des usagers dans un établissement de santé ou médico-social (EHPAD), le rôle de la pharmacie à usage intérieur est déterminant. En effet, elle constitue l'un des maillons indispensables et indissociables dans la prise en charge thérapeutique des patients et résidents. Régie par le décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux PUI, la pharmacie à usage intérieur (PUI) a une double mission comme le dispose l'article L.5126.1 du Code de la santé publique :

- Assurer les approvisionnements en médicaments et dispositifs médicaux (DM) des services de soins
- Contribuer à leur bon usage et leur sécurité d'utilisation

La présente étude a pour objectif de questionner les possibilités d'améliorer l'efficience des organisations ainsi que la qualité de la prise en charge des usagers dans le cadre d'une coopération entre les PUI des sites de Cancale, Dinan et Saint-Malo. En effet, une réflexion est menée par la direction de la CHT « Rance Emeraude » quant à la possibilité d'assurer une plus grande coopération entre établissements, notamment en mutualisant un certain nombre d'activités supports. Parmi celles-ci, l'opportunité de la mise en œuvre d'une pharmacie à usage intérieur commune aux trois établissements de la CHT serait envisageable dans le cadre d'un GCS existant⁹.

⁹ Un département d'information médical (DIM) et un laboratoire d'analyses médicales sont gérés par le GCS

Afin de mener cette étude, il s'agira de réfléchir à la problématique à travers la question principale suivante :

Dans quelle mesure la coopération entre les pharmacies hospitalières de la CHT, dans le cadre d'un GCS, peut-elle concourir à l'amélioration de l'efficacité des organisations ?

La réflexion menée sur ce sujet fait ressortir un certain nombre de questionnements quant à la pertinence et aux inquiétudes inhérentes à un tel projet :

Quel sera le niveau de coopération entre les pharmacies, total ou partiel ?

Quelle est la nature des changements que cette coopération va entraîner d'un point de vue organisationnel (activités, moyens) ?

Quelles seront les modalités de mise en œuvre d'une telle coopération ?

A quelle échéance cette coopération doit-elle se faire ?

Afin d'apporter des réponses à ces questionnements, il conviendra dans un premier temps d'étudier l'évolution des outils de coopération qui ont été développés par les pouvoirs publics en vue d'améliorer l'efficacité des établissements (1).

Puis dans un second temps, il s'agira d'analyser l'organisation ainsi que les difficultés inhérentes à la mise en œuvre d'une coopération efficace entre les pharmacies au sein de la CHT « Rance Emeraude » (2).

Enfin, il conviendra de présenter un certain nombre de préconisations afin de favoriser le positionnement de la direction quant aux suites envisageables pour une coopération entre les pharmacies de la CHT (3).

Méthodologie

Devant la nature et le nombre de questionnements que soulevait l'étude, il est apparu nécessaire d'adopter une méthodologie devant être conduite en plusieurs étapes :

1. Définition de la problématique et des questions sous-jacentes
 - Détermination de la thématique sur laquelle porterait le mémoire
 - Définition de la problématique soulevée par l'étude de la thématique
 - Identification des questions sous-jacentes

2. Recherches documentaires
 - Recherche des références bibliographiques relatives à la thématique choisie (ouvrages, articles de périodiques, rapports, mémoires de l'EHESP etc.)
 - Recherche de documents et informations au sein des services de la CHT « Rance Emeraude » (études antérieures, comptes rendus de réunions etc.)
3. Conduite d'entretiens avec les professionnels en lien avec la problématique
 - Elaboration d'un guide d'entretien afin d'interroger les professionnels de terrain
 - Décision de réaliser des entretiens semi-directifs afin de recueillir un maximum d'informations sur des items préalablement définis
 - Identification des acteurs à interviewer
 - Analyse des éléments recueillis
4. Mise en place d'un comité de pilotage (COPIL) projet PUI
 - Identification des acteurs à inclure au sein du comité du COPIL (pharmaciens des trois sites)
 - Organisation de réunions du COPIL pour mener l'étude
 - Elaboration de documents d'analyse de l'activité des pharmacies
 - Réalisation d'une étude de faisabilité pour la coopération des pharmacies de la CHT
 - Désignation d'un binôme de pilotes par thématique pour approfondir l'étude de faisabilité
 - Rédaction d'une fiche projet¹⁰ à la suite de l'étude de faisabilité pour les pilotes désignés
5. Rédaction du mémoire
 - Etude et synthèse des éléments collectés dans le cadre de la recherche bibliographique, des entretiens avec les acteurs de terrain ainsi que dans le cadre des études, des analyses et des conclusions formulées par le COPIL
 - Elaboration d'un plan en trois parties afin de formuler un diagnostic et des préconisations après avoir rappelé l'évolution du cadre réglementaire et législatif
 - Sollicitation du suiveur mémoire afin de recueillir son avis sur la pertinence de la problématique et du plan
 - Rédaction des trois parties
 - Relecture du mémoire (suiveur mémoire, personnes extérieures à l'EHESP)

¹⁰ Annexe 7 : « Fiche de présentation de projet de PUI de territoire »

1 La recherche continue d'efficience des établissements se construit progressivement au travers des dispositifs de coopération entre établissements impulsés par les pouvoirs publics

Reconnu en 2000 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), comme le système fournissant les meilleurs soins de santé généraux parmi les 191 pays membres¹¹, le système de santé français connaît néanmoins depuis plusieurs décennies d'importantes réformes dont l'un des objectifs consiste à réduire les dépenses de santé et les déficits qui s'accumulent au fil des années. En effet, devant la nécessité de maîtriser les dépenses liées à la santé mais aussi au maintien de la qualité de prise en charge des usagers, les pouvoirs publics ont favorisé la mise en place de dispositifs de coopération entre établissements afin de mutualiser leurs ressources.

1.1 L'évolution de la réglementation en matière de coopération impulsée par les pouvoirs publics et devant favoriser l'efficience des établissements

L'évolution des besoins de la population ainsi que la recherche de la maîtrise des dépenses publics, et notamment celles liées à la Santé, ont favorisé l'émergence d'un cadre réglementaire et législatif facilitant progressivement les coopérations entre les établissements du secteur sanitaire et médico-social. Les coopérations sont progressivement devenues des outils à la disposition des autorités et des établissements afin d'organiser et d'optimiser l'offre de soins sur les territoires.

1.1.1 Une évolution progressive du cadre réglementaire et législatif des coopérations

Le cadre réglementaire et législatif a connu un nombre important d'évolutions en matière de coopérations et de réorganisation de l'offre de soins depuis les toutes premières formes de coopérations instaurées par la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière¹² dite « loi Boulin ». En effet, le législateur a souhaité par la création des syndicats interhospitaliers (SIH) ou des groupements hospitaliers faire reposer les coopérations « sur la participation au service public, sur le contrat de concession et sur l'accord d'association »¹³. La « loi BOULIN » a défini précisément le champ d'action et les missions des SIH, notamment dans son article L6132-1 qui dispose que : « Un syndicat

¹¹ Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant – OMS – 2000 – Page 1

¹² www.legifrance.gouv.fr - Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 PORTANT REFORME HOSPITALIERE - JORF du 3 janvier 1971 - Page 67

¹³ Guide méthodologique des coopérations territoriales – ANAP – 2011 – Page 11
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

interhospitalier peut exercer, pour tous les établissements qui en font partie ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier, notamment la création et la gestion de services communs ». ¹⁴

Dans le champ médico-social, il faudra attendre la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales afin d'ouvrir la voie aux coopérations entre établissements, et notamment aux regroupements d'établissements ¹⁵. Cependant, bien que le principe d'une coopération entre établissements sociaux et médico-sociaux ait été prévu dans la loi du 30 juin 1975, sa mise en pratique a été peu efficace car ce type de coopération a été « peu exploité » ¹⁶

Devant la nécessité de faire évoluer le cadre juridique des coopérations entre les établissements, le législateur a par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dite « loi EVIN », ouvert la possibilité aux établissements de recourir à d'autres outils de coopération. En effet, cette loi met « fin aux groupements interhospitaliers » et « consacre les conventions de coopération, les Groupements d'intérêt économique (GIE) et les Groupements d'intérêt public (GIP) ». Par ailleurs, ce texte instaure les conférences sanitaires de secteur dans l'optique de favoriser le rapprochement du secteur public et du secteur privé ¹⁷. Ces rapprochements appellent à une mutualisation des moyens entre établissements en favorisant les coopérations entre partenaires sur un même territoire.

Cependant, le cadre juridique encadrant les coopérations entre établissements dans le champ sanitaire et médico-social ne montrant pas de résultats significatifs en matière de coopérations sur les territoires, et devant l'impératif de maîtrise des dépenses publiques, en particulier celles liées aux dépenses d'Assurance maladie, les pouvoirs publics ont créé de nouveaux outils de coopération. En effet, c'est par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ¹⁸, dite « Plan JUPPE », qu'une réorganisation de l'offre de soins est mise en place dans le but d'optimiser les ressources, notamment avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et la création de l'ONDAM. En matière d'outils juridiques de coopération, l'ordonnance du 24 avril 1996 permet la création des communautés d'établissements de

¹⁴ www.legifrance.gouv.fr

¹⁵ R. AYINA AKILOTAN - « Le choix des coopérations comme outils d'optimisation de la prise en charge des usagers » – Mémoire EHESP – 2014 – Page 6

¹⁶ Centre national d'animation et de ressources (CNAR) – Fiches pratiques de gestion « le groupement de coopération sociale et médico-sociale » - Mai 2009 – Page 2

¹⁷ Guide méthodologique des coopérations territoriales – ANAP – 2011 – Page 11

¹⁸ www.legifrance.gouv.fr - l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - Page 6324

santé (CES) mais aussi et surtout la création des groupements de coopérations sanitaires (GCS) qui deviendront par la suite un des outils en matière de coopération parmi les plus utilisés et les plus efficaces.

C'est par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle que seront actualisés les SIH et que seront créées les fédérations médicales interhospitalières¹⁹ (FMIH) comme le précise l'article L. 713-11-3 qui dispose que « en vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs services, départements ou structures créés en application de l'article L. 714-25-2, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées »²⁰.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé²¹ et la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale²² renforcent davantage les dispositifs de coopérations, notamment le GCS et le réseau de santé²³ en donnant la possibilité aux établissements médico-sociaux de se doter d'un outil juridique aussi performant que le GCS pour le champ médico-social qu'est le groupement de coopération sociale et médico-social (GCSMS). En effet, les établissements sociaux et médico-sociaux ont la possibilité de créer des groupements de coopération comme le prévoit l'article 21 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale mentionnant l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles relatif dans son 3^{ème} alinéa à la création des GCSMS.

Encadré par les articles L.312-7, R. 312-941-1 du Code de l'Action Sociale et de la Famille (CASF) et L.6133-1 et suivants du L.6133-1 du Code de la Santé Publique (CSP)²⁴, le GCSMS prend toute sa dimension opérationnelle avec la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées²⁵ ainsi que le Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux

¹⁹ Guide méthodologique des coopérations territoriales – ANAP – 2011 – Page 11

²⁰ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle - JORF n°0172 du 28 juillet 1999 - Page 11229

²¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - JORF du 5 mars 2002 - Page 4118

²² Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - JORF du 3 janvier 2002 - Page 124

²³ Guide méthodologique des coopérations territoriales – ANAP – 2011 – Page 11

²⁴ R. AYINA AKILOTAN, *op. cit.*, p. 13

²⁵ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées - JORF n°36 du 12 février 2005 - Page 2353

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code²⁶. En effet, c'est la loi du 11 février 2005 et le décret du 6 avril 2006 qui définissent précisément les modalités de fonctions du GCSMS²⁷.

1.1.2 Des outils de coopérations entre établissements afin de favoriser l'amélioration de la prise en charge des usagers

Si un des enjeux de la coopération entre les établissements dans le champ sanitaire et médico-social est celui de la recherche de l'optimisation des ressources avec, *in fine*, comme but la réduction des déficits et dépenses de santé, ce n'est pas le seul. En effet, si pour la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la définition de la coopération peut s'expliquer par le fait d' « opérer conjointement pour obtenir un produit commun »²⁸, l'impact de ce produit peut être multiple et apporter des améliorations à différents niveaux.

Incontestablement, les coopérations ont favorisé, depuis les années 1970, le rapprochement d'acteurs de la santé sur le territoire avec comme objectif une plus grande efficacité des organisations mais aussi l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et des résidents. C'est donc aussi sur ce deuxième aspect que les coopérations ont favorisé l'émergence d'un travail collectif consistant à réorganiser l'offre de soins sur les territoires afin d'apporter un service de plus grande qualité à la population.

Pour E. DURKHEIM (1858-1917), la division du travail est la source de la coopération : « la coopération ne va pas sans la division du travail. Coopérer en effet, c'est se partager une tâche commune »²⁹. C'est donc à travers le partage du travail que la coopération serait effective, et c'est pourquoi, il est possible de transposer ce concept à la coopération entre établissements dans le champ sanitaire et médico-social. En mettant en place des outils de coopération, les établissements se repartissent le travail à réaliser ce qui a pour effet une mutualisation des ressources humaines, financières et logistiques. Dès lors, cette efficacité participe directement à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

²⁶ Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale, pris pour l'application de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles et modifiant ce code

²⁷ Philippe CALVEZ – « La mutualisation inter établissement : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social » - Mémoire EHESP – 2010 – Page 8

²⁸ Ministère de la santé et des solidarités – Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – La coopération sanitaire – 21 septembre 2007 – Page 2

²⁹ Site internet du Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP) – 1^{er} janvier 2012

Selon les propos de G. VINCENT, alors délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF), parus dans « l'Atlas des coopérations 2010 » la coopération aurait « pour finalité d'améliorer l'organisation de la prise en charge de la santé des Français dans le cadre d'un service public de santé rénové, fondé sur des projets médicaux de territoire établissant des parcours de soins complets et cohérents »³⁰. Il y aurait donc un lien de cause à effet entre les mises en œuvre de coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. En tout état de cause, il semblerait que ce soit l'un des objectifs escomptés par les pouvoirs publics depuis le début des années 1970 par la mise en place d'outils juridiques devant favoriser ce type de coopérations sur les territoires.

Les coopérations dans le cadre de la création des GCS, GIE ou encore des CHT etc., ont favorisé entre les établissements sur un même territoire la mutualisation des moyens pour dispenser des services de meilleure qualité aux usagers pour certaines activités support comme la radiologie, les pharmacies à usage intérieur en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse, ou encore d'autres activités comme celles des laboratoires d'analyses médicales. Si les établissements réalisent des gains d'efficacité avec la mise en place de ces coopérations, *in fine*, les usagers bénéficient aussi des avantages liés à ces mutualisations, notamment en ayant accès à des prises en charge dont la qualité est en constante amélioration.

Dans une note de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) publiée sur le site de la FHF portant sur les enjeux de la coopération³¹, l'accent mis sur la qualité de prise en charge des usagers attire particulièrement l'attention. En effet, la coopération est présentée comme « une stratégie de l'intervention qui doit être promue pour mieux faire face aux exigences de qualité et aux besoins de développement des prises en charge tout en garantissant l'utilisation optimum des ressources disponibles ». Elle fait donc le lien entre l'optimisation des ressources et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers dans le cadre des coopérations. Toujours selon cette même note de la DGAS, la coopération « favorise l'interdisciplinarité autour de la personne bénéficiaire et la mise en place de prises en charge "longitudinales" ou continues au plus près des besoins évolutifs des personnes aux différents stades de leur vie tels que repérés par les opérateurs de terrain, membres du groupement »³²

³⁰ R. AYINA AKILOTAN, *op. cit.*, p. 10

³¹ DGAS – « Les enjeux de la coopération » - Site internet FHF – 04/06 – Page 1

³² *Ibid.*, p. 2

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Par conséquent, la mise en œuvre effective des coopérations sur les territoires s'inscrirait « dans une perspective dynamique de l'organisation de l'offre sociale ou médico-sociale [...] autorisant une organisation encore plus cohérente, pertinente, évolutive, et optimale [...] dépassant les clivages institutionnels » dont l'objectif consisterait en l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers par « maillage du territoire social et médico-social [...] facilitant un développement coordonné de l'offre par les opérateurs et l'acquisition par ceux-ci d'une vision globale, évolutive et opérationnelle des besoins de prises en charge ». ³³

1.2 La loi HPST : entre continuité et innovation en matière de coopération

Présentée par la Ministre de la Santé et des Sports en Conseil des ministres, Roselyne BACHELOT, le 22 octobre 2008, et élaboré au terme d'un long processus de concertation, la loi HPST est qualifiée à cette occasion par la Ministre de « grande loi » et non d'une « réforme en trompe l'œil »³⁴. En effet, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires³⁵ succède à un très ancien et long train de réformes du système santé en France. Ces réformes ont été rendues nécessaires par la contraction progressive des finances publiques, la nécessité de réductions des dépenses de santé et par la volonté des pouvoirs publics d'adapter les établissements de santé aux besoins des usagers et aux mutations qu'impose la réorganisation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire français.

C'est par la loi HPST que la territorialisation des politiques de santé a véritablement été instituée, celle-ci visant à promouvoir une « réforme globale qui devait permettre aux institutions et structures de s'adapter aux nouveaux besoins de la population »³⁶. L'ambition des pouvoirs publics en impulsant cette évolution du système de santé était de permettre l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population, et ce, sur la totalité des territoires, tout en donnant les moyens aux acteurs de la santé de mieux s'organiser dans le cadre de coopérations de plus en plus intégrées et renforcées.

L'étude de la loi HPST dans le cas présent ne sera abordée qu'à travers le prisme des coopérations entre les acteurs de santé sur les territoires devant contribuer à une plus grande efficacité des organisations et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge

³³ *Ibid.*

³⁴ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) – Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires – Marie-Odile SAFON - Décembre 2012 – Page 2

³⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - JORF n°0167 du 22 juillet 2009 - Page 12184

³⁶ Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre » - Editorial de la Ministre de la santé et des sports Mme Roselyne BACHELOT – Page 2

des usagers. En effet, l'objectif affiché de cette étude est de mettre en évidence le lien de continuité des précédentes réformes du système de santé avec la loi HPST en matière de coopération, tout en faisant un focus particulier les innovations induites par les nouvelles dispositions de la loi

1.2.1 La loi HPST confirme la volonté des pouvoirs publics de poursuivre le développement des coopérations entre établissements sur les territoires

« La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 porte une réforme majeure, une réforme historique. Elle modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé, car elle touche à la modernisation des établissements de santé, à l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé »³⁷. Par ces propos de la Ministre de la Santé et des Sports, l'objectif ambitieux de la loi est clairement affiché : rénover le système de santé pour le rendre plus moderne, plus performant, de meilleur qualité et organisé sur les territoires de manière à ne laisser personne sans prise en charge.

Si les promoteurs de la loi HPST la présentent comme une réforme en profondeur du système de santé, il n'en demeure pas moins que cette nouvelle loi s'inscrit clairement dans la continuité des précédentes réformes. En effet, elle reflète plus particulièrement l'importance renouvelée des pouvoirs publics quant au recours aux coopérations entre les acteurs de santé sur les territoires.

Afin de favoriser les coopérations entre les acteurs sur les territoires, et dans la continuité de ce qui avait été entrepris avec la mise en place des ARH par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, la recombinaison territoriale de l'offre de soins demeure une des priorités des pouvoirs publics dans le cadre de la loi HPST. Effectivement, la planification de l'offre de soins par les tutelles, qu'il s'agisse de l'ARH à sa mise en place, ou plus récemment des Agences régionales de santé (ARS), s'inscrit dans la suite logique d'une rationalisation de l'organisation du système de santé en France, et notamment en poursuivant l'objectif de réductions des dépenses publics et des déficits des établissements de santé.

³⁷ Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre » - Editorial de la Ministre de la santé et des sports Mme Roselyne BACHELOT – Page 2
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Pour afficher son soutien aux coopérations entre les acteurs de la santé sur les territoires, le ministère de la santé et des sports les a accompagnées à travers « une double démarche pragmatique³⁸ :

- Un soutien lors de la phase de préfiguration de la coopération pour accompagner les professionnels dans leur réflexion préalable
- Un soutien lors de la phase d'accompagnement des opérations de coopération pour aider les acteurs dans la mise en place effective de la coopération »

Dans cette optique, le comité national de pilotage constitué pour assurer l'accompagnement des opérations de coopération, et regroupant la DGOS, l'ANAP, les ARS et les fédérations a octroyé des subventions à 42 projets de CHT et GCS-ES pour un montant global de 2,8 millions d'euros³⁹.

La loi HPST est venue renforcer, compléter, voire améliorer les dispositifs de coopérations créés depuis le début des années 1970, et en a créé de nouveaux comme les CHT. Toutefois, il semblerait utile de noter la suppression du dispositif de coopération relatif au SIH qu'opère la loi du 21 juillet 2009 dans son article 23 ainsi que la transformation des SIH existants en d'autres dispositifs de coopération, à l'instar des CHT, GCS ou GIP, et ce, dans un délai de trois années à compter de l'entrée en vigueur de la loi⁴⁰.

1.2.2 Loi HPST : Redéfinition des enjeux et innovation en matière de coopération entre établissements

Lorsque le directeur général de l'ANAP, Christian ANASTASY, dit dans la préface du guide de l'ANAP sur « La loi HPST à l'hôpital : Les clés pour comprendre » que « la qualité du service rendu aux usagers est, pour l'ANAP, le premier critère de la performance telle que la définit l'OMS : qualité des soins et des prises en charge, qualité des organisations et des conditions de travail [et que] l'efficience est au service de la qualité, car elle permet de l'inscrire dans la continuité », il résume assez clairement les enjeux que portent la loi HPST concernant le système de santé français.

L'utilisation de certains mots clés est ainsi significative : « qualité de service rendu aux usagers » ; « performance », « qualité des soins », « qualité de prise en charge » ou encore « qualité des organisations » et « qualité des conditions de travail ». En effet, un des enjeux fondamentaux affiché de la loi du 21 juillet 2009 consiste en une « meilleure

³⁸ DGOS – Fiche « Loi HPST : Vers une coopération renforcée entre établissements de santé » - Mai 2010- Page 2

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ Philippe CALVEZ, *op. cit.*, p. 8

adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels »⁴¹. Pour adapter l'offre de soins aux besoins des usagers, la loi HPST « acte le principe général de complémentarité et de coopération entre les acteurs du système de santé »⁴², ce qui implique que les acteurs sur les territoires mettent en œuvre des projets de coopérations dans le cadre des outils juridiques à leur disposition.

Depuis la loi HPST, ce sont les ARS, dont le champ d'action est plus large que celui des ARH⁴³, qui sont chargées de cette territorialisation de l'organisation des soins. Elles doivent notamment⁴⁴ :

- « mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale de santé publique définie, en lien avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile » ;
- « réguler, orienter et organiser, en concertation avec les professionnels de santé l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et garantir l'efficacité du système de santé. »

Pour rendre effective cette organisation territoriale, elles définissent la stratégie de la politique régionale de santé inscrite dans le projet stratégique régional de santé (PRS)⁴⁵ qui est ensuite décliné en schéma régional de prévention⁴⁶, schéma régional de l'organisation des soins (SROS)⁴⁷ et schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS)⁴⁸.

La coopération est devenue avec la loi HPST un « outil de pilotage du système régional de santé, placé sous l'autorité de l'ARS [...] qui peut impacter la stratégie des établissements publics de santé en imposant des coopérations »⁴⁹. Ces « coopérations imposées »⁵⁰ par l'ARS aux établissements de santé dans le champ sanitaire sont aussi appliquées dans le champ médico-social aux établissements médico-sociaux.

⁴¹ DGOS – Fiche « Loi HPST : Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé » - Mai 2010- Page 4

⁴² *Ibid*, p. 2

⁴³ Comprend désormais, en plus de l'hôpital, les activités médico-sociales et les soins de ville

⁴⁴ Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre » - Page 152

⁴⁵ Article R.1434-2 du CSP

⁴⁶ Article R.1434-3 du CSP

⁴⁷ Article R.1434-3 du CSP

⁴⁸ Article R.1434-6 du CSP

⁴⁹ Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre » - Page 152 – 153 et 154

⁵⁰ N. VERLAQUE – « La coopération inter hospitalière : un atout pour la recomposition de l'offre de soins ? Le cas des centres hospitaliers du territoire de santé Alpes sud » - Mémoire EHESP – 2010 – Page 41

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

La loi HPST met les coopérations entre les acteurs de santé de territoire au cœur de son dispositif en apportant des améliorations aux dispositifs juridiques de coopération existants, comme cela est le cas pour le GCS en clarifiant son régime juridique. Désormais, le GCS de moyens est distingué de celui érigé en établissement de santé. Ce dernier est à présent autorisé « à exercer, en son nom, une ou plusieurs activités de soins »⁵¹, ce qui est une véritable innovation.

Par ailleurs, la loi HPST donne désormais la possibilité aux établissements de santé de renforcer davantage leur coopération à l'aide d'un nouvel outil juridique de coopération la CHT. Nouvelle modalité créée par la loi du 21 juillet 2009, la CHT permet aux acteurs de mutualiser un certain nombre d'activités et de fonctions afin « de mieux répondre aux besoins de la population d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion »⁵². Par le biais de ce nouvel outil, les établissements de santé qui se regroupent dans le cadre d'une convention définissent ensemble une stratégie d'organisation afin de mutualiser les ressources, rationaliser les dépenses et mieux organiser et répartir l'offre de soins sur leur territoire.

1.3 Focus sur deux modes particuliers de coopérations renforcées par la loi HPST : la CHT et le GCS

Renforcés par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁵³ dite « loi Fourcade », les outils de coopération ont eu pour effet une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population, et ce, notamment par le biais des mutualisations des ressources entre les acteurs de la santé.

Parmi la palette des outils juridiques de coopération à la disposition des établissements, deux modes de coopération se distinguent à la fois par leur efficacité et par l'intérêt qu'ils suscitent sur le terrain. Il s'agit tout d'abord d'un outil déjà existant le GCS, et d'un nouvel outil créé par la loi HPST, la CHT.

Un focus particuliers sera réalisé sur le GCS et la CHT car ce sont ces deux outils juridiques qui sont concernés par l'étude de la problématique liée à la coopération entre les PUI de la CHT « Rance Emeraude ».

⁵¹ Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre » - Page 152

⁵² *Ibid*, p. 138

⁵³ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - JORF n°0185 du 11 août 2011 - Page 13754

1.3.1 Le groupement de coopération sanitaire⁵⁴

Personne morale de droit public ou de droit privé dont l'objet est de « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres »⁵⁵ publics ou privés, le GCS est un outil juridique de coopération qui existait avant la loi HPST. En effet, c'est par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée⁵⁶ qu'il a été créé, puis renforcé par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation⁵⁷.

L'objet du GCS consiste à « *faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres* par le biais de coopérations entre le secteur public et privé et entre la ville et l'hôpital »⁵⁸.

La loi HPST, à travers les articles L6133-1 et suivants du CSP, apporte des modifications substantielles à ce dispositif en « refondant son cadre juridique » et en étendant son périmètre d'actions sans que sa finalité soit changée⁵⁹. Désormais, il existe deux types de GCS :

- Le GCS de moyens permettant la mutualisation des moyens entre ses établissements membres (moyens humains, équipements et immobiliers)
- Le GCS – Etablissement de santé (GCS-ES) en lui conférant le statut d'établissement de santé lorsqu'il est titulaire d'autorisations accordées par le DGARS en lui donnant la possibilité de délivrer directement des soins aux usagers

Les objets des GCS de moyens sont clairement explicités par la loi HPST :

- « Organisation ou gestion des activités administratives, logistiques, techniques médico-techniques, d'enseignement et de recherche
- Réalisation ou gestion des équipements d'intérêts communs (équipements matériels lourds)

⁵⁴ Fiche pédagogique « Loi HPST : Le groupement de coopération sanitaire » - Page 1-2-3

⁵⁵ Ministère de la Santé - Fiche pédagogique « Loi HPST : Le groupement de coopération sanitaire » - Page 1

⁵⁶ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée - JORF n°98 du 25 avril 1996 - Page 6324

⁵⁷ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation - JORF n°206 du 6 septembre 2003 - Page 15391

⁵⁸ Site internet FHF- « Le groupement de coopération sanitaire » - 25 septembre 2012

⁵⁹ Fiche pédagogique « Loi HPST : Le groupement de coopération sanitaire » - Page 1
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

- L'intervention commune de professionnels médicaux et non médicaux qui exercent leurs fonctions dans les établissements membres ou des libéraux adhérents du GCS »⁶⁰

Actuellement, c'est près de 620 groupements de coopération sanitaire de moyens qui ont été créés en France contre 191 à fin 2008⁶¹, et dont les deux tiers sont composés d'établissements membres du secteur public et privé⁶². Parmi ces GCS, 22 sont des GCS-ES « mixtes », c'est-à-dire constitués d'établissement publics et privés⁶³. Depuis la redéfinition de son cadre juridique par la loi HPST, le GCS est devenu un outil pluridisciplinaire permettant l'optimisation de l'offre de soins sur les territoires en contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des usagers⁶⁴.

1.3.2 La communauté hospitalière de territoire

Véritable innovation de la loi HPST en matière de coopération se substituant aux communautés d'établissements de santé, la CHT est un dispositif basé sur le volontariat, et est constituée par des établissements publics de santé (la loi autorise les établissements publics médico-sociaux à y participer). Créée afin de donner un cadre juridique de coopération à la fois plus intégré et renforcé, la CHT a été mise en place pour répondre à un double objectif⁶⁵ :

- Mieux organiser l'offre de soins au regard des besoins des patients
- Renforcer la complémentarité inter-établissements sur un territoire de santé donné

Ces deux objectifs doivent permettre au CHT de coordonner les ressources des établissements sur un même territoire en permettant le regroupement d'établissements de santé autour de projets communs dont les projets médicaux, et ce, en dépassant les logiques concurrentielles de territoire. Comme cela est rédigé dans le rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par Gérard LARCHER, la CHT est ainsi conçue pour être « le levier d'une hospitalisation publique cohérente

⁶⁰ Ministère de la Santé - Fiche pédagogique « Loi HPST : Le groupement de coopération sanitaire » - Page 1

⁶¹ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire » - Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU – Mai 2015 – Page 12

⁶² DGOS – Fiche « Loi HPST : Vers une coopération renforcée entre établissements de santé » - Mai 2010- Page 2

⁶³ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire » - Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU – Mai 2015 – Page 11

⁶⁴ Site internet FHF- « Le groupement de coopération sanitaire » - 25 septembre 2012

⁶⁵ DGOS – Fiche « Loi HPST : Vers une coopération renforcée entre établissements de santé » - Mai 2010- Page 2

proche de la population, garante de la qualité des soins sur un territoire et partenaire du privé »⁶⁶.

La création d'une CHT est effective une fois la conclusion d'une convention entre les futurs membres. Comme le précise l'article L.6132-2 du CSP : « la convention constitutive de CHT définit le projet médical commun, la mise en commun des ressources humaines, des systèmes d'information et des investissements immobiliers ». C'est dans le cadre de cette convention que les établissements consentent à déléguer ou transférer des compétences vers la CHT. Cependant, malgré la définition d'une stratégie commune, la mutualisation de certaines compétences et la délégation ou le transfert de compétences, les établissements membres d'une CHT conservent pleinement leur autonomie juridique et financière.

Par ailleurs, il faut noter que la mise en place d'une CHT ne crée par une nouvelle personne morale, et par conséquent, elle ne dispose d'aucune personnalité morale ni d'un budget qui lui serait propre. Cependant, la loi prévoit la désignation d'un établissement siège parmi les membres ayant constitué la CHT, et en cas d'absence de consensus sur le choix de l'établissement siège, c'est au DGARS que revient cette décision⁶⁷.

Il est important de noter que le cadre de constitution d'une CHT n'est pas obligatoirement circonscrit au territoire de santé tel qu'il est défini par les ARS. En effet, « plusieurs CHT peuvent être constituées sur un même territoire de santé »⁶⁸.

Afin d'inciter les établissements à se regrouper autour de ce nouveau dispositif, les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif d'incitation financière. En effet, la circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009 prévoit un soutien financier à hauteur de 10 millions d'euros sur les crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Selon les données déclarées par les ARS sur l'Observatoire des recompositions du Ministère, 45 CHT ont vu le jour à l'automne 2014⁶⁹.

⁶⁶ Philippe CALVEZ, *op.cit.*, p. 9

⁶⁷ Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre » - Page 139

⁶⁸ *Ibid.*, p. 138

⁶⁹ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire » - Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU – Mai 2015 – Page 11

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

1.4 Vers une nouvelle évolution de coopération : le Groupement hospitalier de territoire (GHT)

Prévu au Chapitre II de l'article 27 du projet de loi relatif à la santé présenté par la Ministre des affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol TOURAINE, le futur dispositif de coopération appelé « groupement hospitalier de territoire » devra remplacer au 1^{er} janvier 2016 le dispositif actuel des CHT créé par la loi HPST.

Afin de préparer la mise en œuvre effective des futurs GHT, la Ministre a missionné, par lettre de mission datée du 17 novembre 2014, Jacqueline HUBERT (DG du CHU de Grenoble) et le Docteur Frédéric MARTINEAU (Président de la CME du CH de la Côte Basque). Cette mission dont l'objectif consistait à « participer à la conception du dispositif des GHT, et à la définition des outils et des modalités de mise en œuvre »⁷⁰ a donné lieu à 58 auditions⁷¹ sur l'ensemble territoire ainsi qu'à la rédaction d'un rapport intermédiaire publié au mois de mai 2015.

1.4.1 Qu'est ce que le nouveau dispositif de coopération appelé GHT

Nouvel outil de coopération entre établissements de santé, le dispositif des GHT est un moyen pour ses concepteurs de « garantir, par des synergies territoriales entre hôpitaux publics, un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour les concitoyens »⁷². En effet, il aurait pour objectif d'apporter de réelles innovations en matière de coopération entre établissements publics de santé afin de garantir une offre de soins adaptées et une amélioration de la prise en charge des usagers.

Prévu à l'article 27 du projet de loi relatif à la santé, un des objectifs de la loi concernant la mise en œuvre des GHT est « de sortir des postures concurrentielles qui conduisent, d'une part, à un défaut d'offre et de recours sur certaines prises en charge et, d'autre part, au maintien d'activités redondantes et non sécurisées »⁷³. Les moyens mis en œuvre devraient alors permettre une plus grande coopération territoriale entre les établissements publics de santé, là où les autres dispositifs de coopération n'ont pas été suffisamment efficaces.

Présenté par la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes dans son discours de présentation du projet de loi relatif à la santé du 19 juin 2014, le dispositif

⁷⁰ *Ibid.*, p. 6

⁷¹ Site internet FHF – « Rapport intermédiaire de la mission GHT MARTINEAU HUBERT » - F. MARTEL - 5 juin 2015

⁷² Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire » - Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU – Mai 2015 – Page 6

⁷³ Communiqué de la mission HUBERT MARTINEAU – Février 2015

des GHT « dotera l'hôpital d'une responsabilité nouvelle vis-à-vis de son territoire »⁷⁴. En effet, la notion de territoire devrait être au cœur du dispositif des GHT en lien avec le DG ARS qui sera en charge de valider ou non les conventions constitutives au regard du PRS et de la mise en place du projet médical partagé, condition *sine qua non* de la constitution d'un GHT.

Les futurs GHT seraient donc :

- « Des groupements
- Composés de membres
- Reposants sur une convention constitutive de groupement
- Et percevraient des financements spécifiques »⁷⁵

1.4.2 Les apports en matière de coopération

La principale innovation qui interviendra avec la mise en œuvre de ce nouveau dispositif de coopération que sont les GHT résidera dans le fait que contrairement aux CHT, l'adhésion sera obligatoire pour les établissements publics de santé. Effectivement, l'aspect obligatoire de l'adhésion à un GHT est précisé comme suit : « Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale »⁷⁶. Cependant, l'absence de personnalité morale interroge sur la capacité des futurs GHT à surmonter les obstacles rencontrés par les CHT dans ce domaine.

Dans l'état actuel du projet de loi relatif à la santé, et conformément à « Art. L. 6132-2. La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec notamment les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention constitutive ainsi que son renouvellement et sa modification. Cette approbation, le cas échéant, vaut, confirmation de la modification, en ce qui concerne le lieu, ou de la cession, en ce qui concerne le titulaire, des autorisations

⁷⁴ HOUDART et Associés – Site internet – « Les CHT sont mortes vive les GHT » - Laurent HOUDART et Laurine JEUNE – 10/09/2014 – Partie 1 - Page 1

⁷⁵ *Ibid.*, Partie 2 – P. 1

⁷⁶ Projet de loi relatif à la santé n°2302 – Assemblée nationale – Article 27- Chapitre II – « Groupements hospitaliers de territoire » - 15 octobre 2014

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

mentionnées à l'article L. 6122-1 »⁷⁷, les établissements devront adhérer à un GHT, s'ils ne le font pas, le DG ARS aura autorité pour les intégrer sans que le consentement ne soit obligatoire.

En matière de coopération pour les établissements membres d'un GHT, « la pierre angulaire se doit d'être le projet médical partagé » et ce afin « d'organiser dans le territoire une prise en charge graduée des patients de l'hôpital public »⁷⁸. En effet, l'article L.6132-1. I. du projet de loi relatif à la santé dispose que « [...] Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours ».

Par ailleurs, l'objet du GHT est précisé à l'article 27 du projet de loi qui dispose que « II. – Le groupement a pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Chaque groupement élabore un projet médical commun à l'ensemble de ses membres »⁷⁹. Cet objet, ainsi que les modalités d'organisation et de fonction des GHT sont précisés à l'article L. 6132-3 du projet de loi et qui dispose : « La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical commun à l'ensemble des membres du groupement et établissements associés ;

« 2° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement et notamment la désignation de l'établissement support des compétences et activités transférées ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissement membres ;

« 4° Les délégations éventuelles de fonctions mentionnées au II de l'article L. 6132-4. »⁸⁰

Parmi les établissements membres des futurs GHT, l'un d'entre eux sera désigné « établissement support » et aura en charge un certain nombre de responsabilité comme cela est prévu à l'article L. 6132-4. – I du projet de loi dans les termes suivants : « L'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements membres :

⁷⁷ Projet de loi relatif à la santé n°2302 – Assemblée nationale – Article 27- Chapitre II – « Groupements hospitaliers de territoire » - 15 octobre 2014

⁷⁸ Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes – « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire » - Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU – Mai 2015 – Page 16

⁷⁹ Projet de loi relatif à la santé n°2302 – Assemblée nationale – Article 27- Chapitre II – « Groupements hospitaliers de territoire » - 15 octobre 2014

⁸⁰ *Ibid.*

« 1° La gestion d'un système d'information hospitalier et d'un département de l'information médicale uniques. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé membre du groupement sont réputées confiées par la personne au groupement, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 1110-4. Le responsable de l'information médicale de l'établissement support procède à l'analyse et à la facturation de l'activité de chacun des membres du groupement et reçoit à cette fin les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation transmises par les praticiens exerçant dans les établissements membres, par dérogation aux dispositions de l'article L. 6113-7. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés, et notamment par son article 34 ;

« 2° La politique d'achats ;

« 3° La coordination des instituts et écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels du groupement »⁸¹.

Enfin, le projet de loi relatif à la santé dans son l'article 27 concernant la création des GHT dispose « III. – Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux publics peuvent adhérer à un groupement hospitalier de territoire. Les établissements privés peuvent être associés aux groupements par voie conventionnelle et bénéficient du statut d'établissement partenaire »⁸². La possibilité donnée aux établissements privés de devenir partenaire du GHT est une véritable innovation par rapport au dispositif des CHT qui ne le permettait pas. Cela laisse entrevoir la création d'un véritable maillage de l'offre de soins sur les territoires dont l'échelon pertinent ne sera plus systématiquement le niveau infrarégional mais qui pourra dépasser ce cadre pour asseoir une véritable logique de territoire.

⁸¹ Projet de loi relatif à la santé n°2302 – Assemblée nationale – Article 27- Chapitre II – « Groupements hospitaliers de territoire » - 15 octobre 2014

⁸² *Ibid.*

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

2 Malgré une coopération affichée entre établissements, l'organisation des PUI présente un certain nombre de difficultés dans la mise en œuvre d'une coopération par GCS : le cas du projet de rapprochement des PUI dans la CHT Rance-Emeraude

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, les Centres hospitaliers de Cancale, Dinan et Saint-Malo se sont engagés dans un processus de coopération en vue d'une plus grande intégration. Parmi les actions mises en œuvre pour une plus grande collaboration sur le territoire de santé n°6, la création de la CHT « Rance Emeraude » et du GCS « Territoire n°6 de Bretagne » en 2010 sont les plus représentatives.

En effet, le rapprochement de ces établissements publics de santé dans un cadre de coopération rapprochée est une des conséquences de l'application de la loi HPST relative à une plus grande intégration dans la gestion des établissements sur les territoires de santé, notamment grâce à la création du nouvel outil qu'est la CHT mais aussi grâce au renforcement d'outils existants à l'instar du GCS.

Allant dans le sens de l'histoire en matière de coopération entre établissements de santé, la mutualisation des moyens dans le cadre d'activités médico-techniques, à l'instar des PUI, entre les CH de Cancale, Dinan et Saint-Malo fait partie des pistes étudiées par la direction afin de rendre les organisations plus efficaces et d'améliorer la qualité de prise en charge des usagers.

Cependant, malgré une volonté affichée d'une plus grande intégration par le développement de coopération entre les trois sites, un certain nombre de difficultés se pose sur le territoire de santé n°6, notamment en ce qui concerne la coopération entre ces trois PUI.

2.1 Une coopération enclenchée par la création d'une CHT et d'un GCS

Parmi les premiers de France à tenter une coopération par la création d'une CHT, les Centres hospitaliers de Cancale, Dinan et Saint-Malo ont créé en 2010 la CHT « Rance Emeraude ». Forte du succès de cette coopération, et afin d'enclencher un processus de coopération plus intégré et renforcé, la direction de la CHT a décidé de constituer un GCS dans le but de mutualiser un certain nombre d'activités et de fonctions.

2.1.1 La création de la CHT « Rance Emeraude » et du « GCS du territoire n°6 de Bretagne »

Perçue comme une véritable opportunité offerte par la loi HPST, les directeurs des Centres hospitaliers de Cancale, Dinan et Saint-Malo, avec le soutien de l'ARS Bretagne, ont décidé de créer, en 2010, la Communauté hospitalière de territoire « Rance Emeraude ». Parmi les premières, cette CHT a été le vecteur d'une plus grande coopération entre ces établissements de santé, notamment en matière de réorganisation de l'offre de soins sur le territoire n°6, mais aussi en mutualisant un certain nombre de fonctions et d'activités.

Parmi les premières mesures de coopération mises en place au sein de la CHT « Rance Emeraude », la création d'une équipe de direction commune est sans doute la plus symbolique et la plus emblématique. En effet, afin de sortir des logiques concurrentielles sur le même territoire de santé, les directions des trois établissements ne seraient plus distinctes mais seraient intégrées dans une équipe plus large regroupant les directeurs de toutes les fonctions des trois établissements. Ainsi, la création de la CHT a permis une mutualisation des fonctions de direction en créant notamment une plus grande transversalité entre les établissements. Pour la rendre effective, la direction de la CHT a décidé de créer des postes de directeurs transversaux en charge d'une fonction (SI, travaux, affaires économiques et logistiques, RH) sur les trois sites.

Cependant, près de deux années après la création de ces fonctions de directeurs transversaux au sein de la CHT, certaines sont revenues dans le périmètre des établissements. En effet, devant la taille et la spécificité des différents sites, certaines fonctions de directeurs (affaires économiques et logistiques, RH et DAF) ont été rapatriées sur les établissements car la mutualisation de ces postes ne permettait pas, ou plus, une efficacité des organisations et une amélioration de la qualité de prise en charge des usagers, peut être même que cela en accentuait la dégradation.

Afin de poursuivre l'objectif d'une plus grande coopération entre les CH constituant la CHT « Rance Emeraude », la direction a voulu constituer un GCS afin de mettre en commun les moyens de la CHT pour « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres [...] »⁸³. C'est donc en date du 1^{er} février 2010 que le « GCS du territoire n°6 de Bretagne » a été créé à la suite de la signature de la convention constitutive par les trois centres hospitaliers. Ce GCS est un groupement de coopération sanitaire de moyens tel

⁸³ Convention constitutive du « GCS du territoire n°6 de Bretagne » - Article 2 « Objet » - 01/02/2010 – Page 6

que le prévoit l'article L.6133-1 du CSP et qui dispose : « Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

- 1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- 2° Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation d'équipements matériels lourds mentionnée à l'article L. 6122-1 ;
- 3° Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement »⁸⁴.

Dans le cas de la CHT « Rance Emeraude », le GCS « du territoire n°6 de Bretagne », personnalité morale de droit public ne poursuivant aucun but lucratif⁸⁵, gère des fonctions médico-techniques pour le compte de ses membres, telles que le laboratoire de biologie médicale ou encore de département d'information médicale (DIM). Cependant, bien qu'ayant été prévue dans les statuts de la convention constitutive du GCS en vertu de l'article L. 5126-7 du CSP, la gestion de la pharmacie à usage intérieur par le GCS pour le compte des trois CH n'a pas été mise en œuvre pour le moment, et ce, malgré un projet amorcé en juin 2010.

2.1.2 Une volonté de coopération prolongée par le projet de gestion des PUI au sein du GCS existant

La création de la CHT ainsi que la mise en place du GCS ayant fait leurs preuves, la direction a décidé de rouvrir le dossier concernant la gestion de la PUI par le GCS afin d'étudier la faisabilité ou non d'un tel projet. En effet, à la suite du succès de la gestion du laboratoire d'analyses médicales et du DIM par le GCS, le franchissement d'une nouvelle étape en matière de coopération territoriale est souhaité par l'équipe de direction de la CHT à travers la mutualisation de la fonction pharmacie.

L'objectif de la mutualisation des PUI dans le cadre d'une gestion par le GCS réside dans « la recherche d'une plus grande efficacité des organisation en permettant de réaliser des économies tout en favorisant une amélioration de la prise en charge des usagers »⁸⁶. Cet objectif est d'autant plus nécessaire que dans le cadre de la réduction des dépenses liées à la santé voulue par les pouvoirs publics, « il n'est pas possible d'envisager la mise en

⁸⁴ Article L.6133-1 du CSP Modifié par LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 23 (V) et modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 23 (V)

⁸⁵ Convention constitutive du « GCS du territoire n°6 de Bretagne » - Article 3 « Personnalité morale de droit public » - 01/02/02010 – Page 6

⁸⁶ Entretien avec le directeur délégué de site du CH René PLEVEN de Dinan (22)

œuvre d'une PUI unique sous le seul angle des économies réalisables, mais que l'objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers doit lui être systématiquement associé »⁸⁷.

L'étude de ce projet, près de cinq années après son abandon par l'équipe de direction précédente, n'est pas anodine. En effet, elle répond à une nécessité de rationaliser les moyens humains, techniques et financiers alloués au fonctionnement des trois PUI, mais aussi à une volonté des équipes de pharmacie des trois CH de travailler ensemble à la mise en place d'une plus grande intégration de la fonction pharmacie. Cette intégration « pourrait être réalisée dans le cadre d'une coopération renforcée en mutualisation au maximum les activités qui le permettent »⁸⁸. Effectivement, la participation des trois responsables des PUI au comité de pilotage conduisant l'étude de ce projet montre l'intérêt de ces professionnels pour une coopération plus intégrée, notamment dans le cadre du GCS existant.

Affichée comme une volonté forte par l'équipe de direction, le renforcement de la coopération entre les établissements membres de la CHT « Rance Emeraude » a même été inscrite dans les projets d'établissement (PE) 2014-2018 des CH de Saint-Malo et Dinan comme un objectif prioritaire. En effet, l'objectif n°3 du PE du CH René PLEVEN de Dinan est intitulé « Poursuivre la mutualisation des fonctions support » et reprend dans son 3^{ème} point la fonction pharmacie. Le détail de la mutualisation concernant la fonction pharmacie est donné en quatre sous-objectifs :

- « Optimiser les fonctions achat et approvisionnement ;
- Optimiser la fonction livraison dans les unités et la dispensation ;
- Continuer la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la sécurisation du circuit du médicament ;
- Développer et optimiser les activités de pharmacie clinique sur chaque site [...] »⁸⁹

L'inscription de la coopération entre les PUI de la CHT résulte de la volonté de l'équipe de direction et des équipes de pharmacies des trois sites de mutualiser les moyens dans la perspective de gagner en efficacité mais aussi d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers qu'il s'agisse des CH ou des EHPAD qui y sont rattachés. L'amélioration de cette prise en charge concernant la fonction pharmacie passe par l'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et la sécurisation du circuit du

⁸⁷ Entretien avec le responsable de la pharmacie de Centre hospitalier François Mitterrand à Pau (64)

⁸⁸ Entretien avec le responsable de la pharmacie du CH René PLEVEN de Dinan (22)

⁸⁹ Projet établissement Centre hospitalier René PLEVEN de Dinan 2014-2018 – pp 29-30
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

médicament. La sécurisation du circuit du médicament est d'autant plus importante qu'elle fait appel à des acteurs différents (médecins, pharmaciens, préparateurs, IDE...) ⁹⁰ et que les conséquences en terme sanitaire peuvent être graves à la fois pour les patients et résidents, et pour les établissements de santé.

2.2 Des activités et des organisations de PUI différentes selon les sites influençant les performances et le niveau de qualité de prise en charge des usagers, et qui interrogent sur l'opportunité d'une coopération plus intégrée des pharmacies

Comptabilisant près de 1855 lits et places de médecine chirurgie obstétrique (MCO) et EHPAD, la CHT « Rance Emeraude » fait cohabiter en son sein des établissements de santé de tailles différentes - le CH de Saint-Malo compte pratiquement deux fois plus de lits et places que le CH de Dinan, et pratiquement dix fois plus que celui de Cancale - et présentant des organisations au fonctionnement spécifique sur chacun des sites. Cependant, bien qu'ayant des fonctionnements spécifiques, les activités, parfois similaires, de ces centres hospitaliers ont un impact direct sur le fonctionnement des pharmacies à usage intérieur, qui de surcroît s'organise de façon indépendante et différente.

Dès lors, la direction la CHT, ainsi que le personnel des PUI s'interrogent sur l'opportunité que pourrait représenter une coopération plus intégrée des PUI, notamment dans le cadre de la gestion d'une PUI unique par le « GCS du territoire n°6 de Bretagne ». Ce projet de coopération entre PUI concerne plus particulièrement les CH de Saint-Malo et de Dinan qui sont ceux qui ont le plus grand niveau d'activité.

2.2.1 Des activités redondantes et des organisations différentes qui n'apportent pas la même niveau d'efficacité et de prise en charge des usagers

Comme cela a déjà été précisé, la CHT « Rance Emeraude » regroupe trois CH dont les CH de Saint-Malo et Dinan qui ont des activités présentant une grande similarité, notamment en MCO. En effet, lorsque la création s'est faite en 2010, la plus grande partie des spécialités a été conservée sur ces sites, ce qui a eu pour effet d'avoir des doublons sur certaines activités à l'instar des activités de médecine, de cardiologie, de gastro-entérologie, de maternité (niveau 2 Saint-Malo et Dinan) etc.

La redondance des activités et des spécialités au sein de ces CH implique que les PUI, acteurs incontournables dans la prise en charge thérapeutique des patients et résidents

⁹⁰ Site internet ANAP – « Pharmacie à usage intérieur : Impact des coopérations territoriales » - Majid TALLA, Lina TOUNSI et Xavier LIU – 16 juillet 2013 – Page 2

aux côtés des médecins et des équipes soignantes, aient elles aussi des activités similaires réalisées sur chacun des sites. En conservant les trois PUI, il semble évident qu'un certain nombre d'activités pharmaceutiques seraient réalisées en double, impliquant de fait l'utilisation de ressources (humaines, financières et techniques) sur chacune des PUI pour les mêmes besoins.

Le document de synthèse des activités des PUI de la CHT « Rance Emeraude »⁹¹ le montre d'ailleurs, notamment concernant les CH de Saint-Malo et Dinan. Effectivement, qu'il s'agisse de la dispensation globale de médicaments, de l'activité concernant la chimiothérapie et les préparations magistrales, de la rétrocession, de la validation pharmaceutique des ordonnances ou qu'il s'agisse de la passation des marchés ou de la préparation des médicaments pour les patients et résidents, les deux PUI ont quasiment les mêmes activités.

Cependant, chaque PUI dispose de sa propre équipe de pharmacie et d'une organisation spécifique qu'il s'agisse des astreintes ou qu'il s'agisse des horaires d'ouverture des PUI, et l'analyse de la synthèse d'activité démontre qu'il y a des différences dans le niveau de prise en charge des usagers. En effet, s'agissant des horaires d'ouverture des PUI concernant la dispensation nominative ou encore la fonction de rétrocession, les PUI ne sont pas organisées de la même manière et fonctionnent en toute indépendance sans tenir compte des autres PUI de la CHT, notamment sur l'amplitude horaire qui n'est pas couverte dans les mêmes proportions.

Par ailleurs, l'étude de la prise en charge thérapeutique⁹² des patients et résidents a montré que les livrets thérapeutiques des établissements de la CHT « Rance Emeraude » n'étaient pas élaborés à l'issue d'un processus de concertation incluant les trois PUI mais que chacune dispose de son livret thérapeutique propre. Cela peut notamment avoir comme conséquence la modification du traitement d'un patient ou résident qui serait transféré d'un établissement vers un autre de la CHT. En effet, le médicament en question pourrait ne pas être référencé sous la même marque, et bien que la molécule soit identique, les interactions peuvent être différentes selon les éléments qui entrent dans sa composition et présenter ainsi un risque pour l'utilisateur notamment en termes de continuité des soins.

Enfin, Il semble important de relever que les PUI disposent chacune de leur Commission du Médicaments et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) qui « participe à la

⁹¹ Annexe 4 : « Synthèse de l'activité des PUI de la CHT Rance Emeraude »

⁹² Entretien avec le responsable de la pharmacie du Centre hospitalier de Saint-Malo (35)

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement et est partie prenante dans la mise en place du contrat de bon usage (CBU) »⁹³. Le CBU, spécifique là encore à chaque établissement au sein de la CHT a un rôle important dans la prise en charge thérapeutique des patients et résidents puisqu'il « a pour objectifs d'améliorer et de sécuriser, au sein d'un établissement de santé, le circuit du médicament, des produits et prestations et de garantir leur bon usage »⁹⁴. Ainsi, l'étude montre qu'il n'existe pas réellement de politique coordonnée en matière de prise en charge pharmaceutique des usagers au sein de la CHT alors même que le fonctionnement et l'organisation des PUI pourraient vraisemblablement le permettre, en tous les cas sur certaines activités.

2.2.2 Une volonté de la direction et des personnels des pharmacies d'aller vers une plus grande coopération entre les sites

Dès 2010, le projet de PUI territoriale avait été amorcé par la direction dans le but d'aller vers une coopération plus intégrée des PUI au sein de la CHT. A cet effet, un cabinet d'audit a été missionné pour étudier la faisabilité d'un tel projet et a conclu que les mutualisations pourraient conduire à des économies de l'ordre de 14 000 € par an pour les trois établissements pour les astreintes et les chimiothérapies⁹⁵. Bien que les statuts du GCS prévoient la gestion d'une PUI territoriale et que les démarches administratives aient été réalisées auprès des autorités, notamment la demande de transfert de l'autorisation pour la PUI au profit du GCS, le projet a été abandonné après le départ du directeur en charge du projet de gestion de la PUI par le « GCS du territoire n°6 de Bretagne ».

L'opportunité de confier la gestion de la PUI territoriale au GCS est réétudiée avec le durcissement des contraintes liées à la réduction des dépenses de santé, notamment en rationalisant les ressources disponibles au sein des établissements de santé, et ce, sans altérer la qualité de la prise en charge des usagers. La direction de la CHT, au vu des chiffres qui concernent l'activité pharmacie sur les trois sites, a souhaité mener une réflexion sur les possibilités de mise en œuvre d'une PUI territoire dont la gestion serait confiée au GCS déjà existant. En effet, qu'il s'agisse des coûts liés aux commandes de médicaments et dispositifs médicaux stériles dépassant les 20 000 000 € par an pour les trois PUI, ou qu'il s'agisse des ressources en personnel qui atteignent plus de 42 équivalents temps plein (ETP), il semblerait que des pistes d'économies soient envisageables en mutualisant un certain nombre d'activités entre les PUI. Les économies

⁹³ Site internet CH du Pays d'Avesnes

⁹⁴ Site internet ARS Provence- Alpes Côte d'Azur – « Sécurité et qualité des prises en charge- Contrat de bon usage »

⁹⁵ Rapport d'audit cabinet de conseil ADOPALE « Prestation d'accompagnement dans l'adaptation des fonctions médico-technique : fonction pharmacie » - J. KRIEF – 2011 – Page 28

réalisables par une plus grande coopération entre les établissements concernent essentiellement les PUI des CH de Saint-Malo et Dinan qui génèrent à elles seules plus de 99% des dépenses liées aux commandes de médicaments et dispositifs médicaux stériles et représentent plus de 97% des effectifs des pharmacies⁹⁶.

Indépendamment des contraintes budgétaires impliquant de repenser les coopérations entre établissements de santé sur un même territoire en vue de mutualiser pour réaliser des gains d'efficacité tel que le prévoit la loi HPST, la volonté d'une coopération plus intégrée et renforcée vient des équipes des pharmacies des trois sites. En effet, les responsables des PUI sont convaincus de la nécessité de travailler en plus grande coopération. Dans cette optique, les équipes de pharmacies ainsi que les responsables des PUI ont travaillé collectivement sur le sujet.

Parmi les travaux réalisés en collaboration par les équipes des trois PUI, une réflexion a été menée et a abouti à la rédaction d'une fiche projet établissant les objectifs en matière de coopération concernant l'activité pharmacie. Cette fiche a d'ailleurs été intégrée au projet communautaire 2012-2015 de la CHT « Rance Emeraude ». Convaincus par la nécessité de renforcer la coopération, les responsables des PUI ont organisé des séminaires de travail commun aux pharmaciens des trois sites afin de réfléchir et de donner leurs avis sur un postulat de départ qui était : « Tous les pharmaciens sont intégrés à une PUI unique ». A l'issue de ce travail de réflexion, 90% des participants ont émis un avis favorable à la création d'une PUI unique dans laquelle tous les pharmaciens seraient intégrés⁹⁷. Cependant, cette réflexion a levé un certain nombre de problématiques quant à la mise en œuvre pratique que pourrait prendre cette coopération dans le cadre d'une PUI gérée par le GCS, notamment en termes d'activités à conserver sur les sites, de mutualisation de personnels et de moyens ainsi que de qualité de prise en charge des usagers sur les trois établissements.

2.3 Les difficultés que soulèvent une coopération entre PUI dans le cadre du GCS existant

Bien que la volonté de mettre en œuvre une plus grande coopération entre les PUI des trois sites ne semble être remise en cause ni par la direction commune de la CHT ni par les équipes des trois PUI, il n'en demeure pas moins qu'un tel projet génère un certain nombre de difficultés liées d'une part à l'humain (personnel pharmacie et soignants, les

⁹⁶ Annexe 4: « Synthèse de l'activité des PUI de la CHT Rance Emeraude »

⁹⁷ Document de synthèse des réflexions menées dans le cadre des séminaires entre pharmaciens de la CHT « Rance Emeraude » - Page 1

patients et résidents...) mais aussi aux moyens en termes d'organisation, de technique, de logistique et juridique.

2.3.1 Des difficultés liées à l'humain

Les échanges avec les responsables des pharmacies, à l'occasion des réunions du COPIL pour l'étude du projet de gestion de la PUI en GCS, ont montré que malgré l'adhésion et l'enthousiasme des équipes pour la mise en œuvre d'une plus grande coopération entre les établissements, des freins importants semblaient subsister. En effet, il semblerait qu'il existe une réelle différence de « culture » entre les établissements de la CHT de « chaque côté de la Rance ». Le personnel des pharmacies n'est pratiquement pas amené à se côtoyer et travailler ensemble, c'est pourquoi, une réelle appréhension perdure quant à la capacité de chaque équipe à s'intégrer dans un groupe de pharmaciens unique qui serait gérée par le GCS. De plus, le fonctionnement territorial des équipes de pharmacies pourrait être responsable d'une perte d'identité pour le personnel des PUI attaché à leur établissement d'origine, ce qui est d'autant plus vrai en ce qui concerne les CH de Saint-Malo et de Dinan.

Une autre difficulté réside dans l'incertitude que pourrait créer la gestion de la PUI dans le cadre du GCS concernant le maintien dans leur emploi des agents des pharmacies sur les différents sites. Effectivement, lorsqu'il est fait mention de rationalisations et de mutualisations de moyens, les équipes font part de leurs inquiétudes quant à « la coupe » que ce projet provoquerait dans les effectifs des PUI. Il semble évident que la mise en œuvre d'une mutualisation des moyens, et notamment des moyens humains, entraînera une réduction des effectifs sur certains postes comme ceux des chefs de service, des pharmaciens, des préparateurs, des magasiniers ou encore des secrétaires. Dès lors, un climat de tension et de doute laisse place à l'enthousiasme et la motivation de départ des équipes de pharmacies quant à la mise en œuvre effective d'un tel projet de coopération transcendant le cadre territorial des organisations actuelles.

Par ailleurs, les différents entretiens avec les responsables des pharmacies ont révélé que la mise en œuvre d'une PUI unique gérée par le GCS serait susceptible d'entraîner une dégradation de la qualité de prise en charge des usagers. En effet, les établissements rayonnent chacun sur un bassin de vie relativement différent les uns des autres, et nécessite par conséquent de conserver sur chaque site des activités dites de « proximité ». Pour illustrer ce constat, l'exemple des chimiothérapies est avancé par les responsables des pharmacies en expliquant qu'il serait inconcevable que les chimiothérapies pour un patient ou résident de Saint-Malo puissent venir de Dinan et réciproquement. Il ne s'agit pas de postures dogmatiques liées à un territoire selon eux, mais à une nécessité d'offrir une prise en charge de qualité aux usagers. Par l'illustration

des chimiothérapies, le but est de montrer que les activités de proximité doivent rester dans le périmètre des établissements étant donné le besoin de réactivité attendue par les équipes soignantes et des besoins des usagers.

Ce qui est valable pour la chimiothérapie l'est aussi en ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse des patients hospitalisés dans les services MCO de chacun des sites. En effet, selon les pharmaciens des PUI la dispensation de médicaments pour ces patients pourrait difficilement s'envisager ailleurs que sur le site où les patients sont hospitalisés étant donné le volume et les besoins en termes de médicaments que cela représente⁹⁸. Une organisation centralisée sur un autre site d'où proviendrait les médicaments et dispositifs médicaux pourrait engendrer des retards dans la prise en charge thérapeutique des patients et résidents. Ce type de retard dans la prise en charge ne peut être envisagé à ce jour étant donné les besoins des structures et les moyens techniques et logistiques existants.

2.3.2 Des difficultés liées à l'organisation, aux moyens techniques et logistiques, et aux contraintes juridiques

En premier lieu, il semble nécessaire de rappeler que les organisations et procédures sont différentes selon les sites où se situent les PUI. Qu'il s'agisse des livrets thérapeutiques, des protocoles, des procédures ou même de l'organisation des pharmacies, il ne paraît pas envisageable de penser une coopération des PUI au sein d'un GCS sans que ces éléments n'aient été harmonisés au préalable. En effet, chaque PUI a son propre fonctionnement et gère son activité en fonction des habitudes liées au fonctionnement de chaque centre hospitalier. De la préparation des armoires à médicaments destinées à être stockées dans les services, en passant par la dispensation nominative ou non des médicaments, ou encore les demandes en urgences de certains médicaments (molécules onéreuses, préparations magistrales ou modification de dernière minute des chimiothérapies) etc., chaque pharmacie dispose de ses propres règles de fonctionnement. Il en va de même pour les astreintes qui ne sont pas organisées de la même manière (présence sur site quasi permanente les weekends pour le CH de Saint-Malo, et beaucoup moins fréquente pour le CH de Dinan) et ne répondent pas aux mêmes impératifs.

Des difficultés d'ordre logistique sont aussi à prendre en compte lorsque la gestion de la PUI est envisagée dans le cadre du GCS. En effet, les établissements membres de la CHT sont sur des départements différents et espacés de plus de 30 km pour Saint-Malo

⁹⁸ Propos recueilli lors des échanges en COPIL projet PUI
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

ou de Cancale à partir de Dinan, et de près de 15 km entre Saint-Malo et Cancale⁹⁹. L'intérêt d'une coopération dans le cadre d'une PUI unique résidera dans le fait que les moyens seraient mutualisés pour assurer la production sur un site et acheminer les armoires sur les autres sites. Cependant, les coûts en matière d'investissements en matériels (véhicules, armoires adaptées etc.) et en ressources humaines (chauffeur livreur, magasiniers etc.) pourraient être relativement élevés et il conviendrait de mener une étude spécifique à ces coûts logistiques.

Une autre difficulté à prendre en compte avant la mise en œuvre d'un tel projet de coopération réside dans la compatibilité des SI et des modes de stockages. En effet, à la suite de l'étude du fonctionnement des différentes PUI, il ressort que les SI et les logiciels de gestion économique et financière (GEF) entre le CH de Saint-Malo et Cancale sont compatibles, mais qu'ils ne le sont pas avec le CH de Dinan. Cet élément est vraiment problématique dans la mesure où une coopération mettant en œuvre une mutualisation, notamment des stocks de médicaments et dispositifs médicaux, ne peut se faire que si les systèmes d'information et différents logiciels de gestion permettent un échange d'informations entre les différents sites. Or, les récentes acquisitions par le CH de Saint-Malo de système de stockage rotatif, de logiciels de gestion des stocks et d'activité de pharmacie, non compatibles avec les outils du CH de Dinan, rendent difficilement envisageable une telle mutualisation. Par ailleurs, bien qu'un projet institutionnel concernant les SI existe au niveau communautaire, l'absence d'un dossier patient informatisé complique davantage la mise en place d'un projet de PUI unique gérée en GCS au sein de la CHT.

Un des éléments à ne pas négliger est l'aspect juridique ainsi les contraintes que ce dernier fait peser sur la mise en œuvre d'un tel projet. En effet, indépendamment de l'aspect administratif consistant à demander un transfert de l'autorisation de PUI vers le GCS, la mutualisation des trois PUI au sein d'une PUI unique engendrerait nombre de changements d'ordre organisationnel nécessitant la modification des statuts (avantages, aspects contractuels etc.) des personnels des pharmacies, ainsi que la consultation sur chacun des centres hospitaliers des instances règlementaires. En effet, qu'il s'agisse de l'organisation des astreintes entraînant des déplacements sur un autre établissement juridiquement autonome, ou encore du changement d'horaires et des conditions de travail afin d'harmoniser les procédures et les organisations, ceci nécessitera la consultation des différentes instances avant d'être mis en application. En l'état actuel du droit relatif au fonctionnement des CHT, rien n'oblige les personnels d'un établissement à travailler dans

⁹⁹ Annexe 5: Situation géographique des établissements de la CHT « Rance Emeraude »

un autre établissement de la CHT, ce qui revient à dire que cela ne peut se faire que sur la base du volontariat.

2.4 Expériences partagées dans le cadre de la coopération entre PUI

D'après les données disponibles à la suite du dernier recensement réalisé par la DGOS en 2010, il existerait en France près d'une cinquantaine de PUI gérées dans le cadre d'un GCS¹⁰⁰. La mise en œuvre de ce type de projet demande une implication de l'ensemble des acteurs (direction, pharmaciens, autorités, ordre des pharmaciens) et n'abouti pas toujours à la création d'une PUI unique. En effet, à côté des établissements pour qui la mise en œuvre effective du projet à été un succès, il existe un certain nombre d'établissements qui ont abandonné le projet en raison de difficultés apparues pendant la phase d'étude du projet.

2.4.1 Expériences ayant abouti à la mise en œuvre de coopérations entre PUI

Afin d'éclairer notre analyse sur la mise en œuvre de coopération entre PUI dans le cadre des GCS, certains exemples peuvent être révélateurs à la fois des enjeux que peuvent porter de tels projets, mais aussi des difficultés inhérentes à leurs mise en œuvre effective. En effet, si tous les projets de gestion de PUI par un GCS ne sont pas menés à leur terme, il n'en demeure pas moins que lorsqu'ils sont mis en œuvre, ils ne sont pas tous confrontés aux mêmes difficultés, notamment dans la gestion et l'organisation des activités entrant dans le champ de compétence du GCS.

« Chaque projet de GCS PUI est différent, il n'y a pas de recette qui puisse permettre de dupliquer d'un territoire à l'autre », tels sont les propos du chef de service de la PUI de l'Union hospitalière de Cornouaille qui explique par ces termes que les projets doivent être préparés très en amont et réfléchis en fonction des contraintes de chaque établissement, et ce, sans oublier les contraintes liées aux territoires eux-mêmes.

Union hospitalière de Cornouaille

Regroupant six établissements (CH intercommunal de Cornouaille dont le site de Quimper et le site de Concarneau, CH de Douarnenez, l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé, Etablissement public de santé mentale « EPSM de Quimper » et le Centre de convalescence Jean Tanguy de Saint-Yvi), l'Union hospitalière de Cornouaille qui compte 2344 lits et places a fait le choix, en 2014, de mutualiser les activités des PUI de ses établissements au sein d'un GCS PUI unique. Ce projet ambitieux, de regroupement de l'activité PUI pour autant d'établissements, est d'ailleurs cité en exemple par le pharmacien inspecteur de l'ARS

¹⁰⁰ Site internet ANAP – « Pharmacie à usage intérieur : Impact des coopérations territoriales » - Majid TALLA, Lina TOUNSI et Xavier LIU – 16 juillet 2013 – Page 1
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Bretagne¹⁰¹. La centralisation de la PUI sur le site du CH de Quimper a permis de réaliser des gains d'efficacité notamment grâce aux économies générées relatifs aux coûts d'approvisionnement et stockage, à la spécialisation des équipes de pharmacie sur des fonctions spécifiques (achats, dispensation, préparations magistrales et DM, logistique, etc.). Pour la première année, les économies réalisées par le CH de Douarnenez sur la fonction dépassent les 100 000 €¹⁰².

Selon le chef de service de la PUI, le projet de mise en œuvre d'une PUI unique dont la gestion est confiée au GCS est un succès, et au vu de la nouvelle organisation et des gains d'efficacité que cela génère chaque année, il n'est plus envisageable de travailler selon une autre organisation. Par ailleurs, le fonctionnement en PUI unique a permis une amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers, notamment grâce à la dispensation nominative automatisée qui a eu pour effet de réduire le nombre d'erreurs liées au circuit du médicament. Ainsi, la qualité et la sécurité du circuit du médicament sont des conséquences positives imputables à la nouvelle organisation et qui permet à travers cette coopération entre les établissements d'offrir une meilleure qualité de prise en charge pour les patients des services MCO mais aussi pour les résidents des EHPAD concernés.

GCS du Pays-de-Retz¹⁰³

Initié en septembre 2007 avec une mise en œuvre effective au 1^{er} Janvier 2009, le GCS du Pays-de-Retz regroupe quatre établissements sur le territoire du Pays-de-Retz (Hôpital intercommunal « HLI du Pays-de-Retz », Etablissement public médico-social « EPMS Le Littoral », Institut médico-éducatif « IME l'Estuaire » et l'EHPAD « Mer et Pins ») pour un total de 1290 lits et places dont 822 pour les établissements médico-sociaux. Avant la création du GCS, la PUI pour ces établissements médico-sociaux était gérée par un GIP créé en 2002, et en interne pour « l'HLI du Pays-de-Retz ». Ce projet est né d'un double constat, d'une part l'insuffisance du temps pharmacien sur le site de Saint-Brévin et le site de Pornic, tous deux rattachés au « HLI du Pays-de-Retz » pointée lors d'inspections par les autorités, et d'autre part la réglementation qui ne prévoyait pas la gestion d'une PUI par un GIP. Dès lors, le projet de GCS entre ces différents acteurs, sanitaires et médico-sociaux, a été enclenché en 2007 après que l'avis défavorable de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) devait permettre la continuité du service quant à la prise en charge pharmaceutique des patients et résidents.

¹⁰¹ Entretien avec le pharmacien inspecteur de santé de l'ARS Bretagne

¹⁰² Entretien avec le responsable de la pharmacie du GCS PUI de l'UHC

¹⁰³ Revue « Le Pharmacien hospitalier et clinicien » - Volume 48 - n°3 – Septembre 2013 – pp189-196

Contrairement à l'expérience de l'Union hospitalière de Cornouaille née d'une volonté commune des établissements de mutualiser leurs moyens afin de réaliser des gains en efficience et d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers, le projet de GCS du Pays-de-Retz est, quant à lui, un projet qui a été imposé par les autorités, et ce, en raison de manquements à des obligations juridiques règlementaires en matière de PUI. La principale difficulté rencontrée par les acteurs à la suite de la création de ce GCS réside dans la « mutualisation des ressources humaines » qui n'a pas été préparée en amont étant donné la rapidité de sa mise en œuvre (en moins d'une année). Par ailleurs, un certain nombre de difficultés existent dans la gestion de la PUI, notamment en raison des outils informatiques (réseaux, logiciels etc.), mais aussi du fait d'une « absence de projet médical commun, de logistique commune, d'uniformisation de prescription et de dispensation/distribution des médicaments » qui ne permet d'optimiser la prise en charge des patients et des résidents et qui démontre la nécessité de préparer très en amont la mise en œuvre d'un tel projet.

2.4.2 Expériences ayant abouti à l'abandon du projet en raison des difficultés inhérentes à leur mise en œuvre

Lorsque la possibilité a été donnée par les textes aux établissements de coopérer dans le cadre de GCS afin de mutualiser les fonctions pharmacies, nombreux sont ceux qui ont envisagé de porter un tel projet. Cependant, il s'est avéré que la mise en œuvre d'un GCS PUI nécessitait une véritable réflexion notamment en termes d'organisation, ou plutôt de remise en question des organisations existantes.

Dès lors, si les acteurs de la santé se sont approprié l'idée de mutualiser les moyens pour réaliser des gains d'efficience, certains n'ont pu mener leur projet de création d'un GCS PUI à leur terme en raison d'un certain nombre de difficultés.

Le Centre hospitalier François Mitterrand (CHFM) de Pau

Le projet de rapprochement des PUI concernant les 1370 lits et places du CHFM et du Centre hospitalier des Pyrénées (CHP) au sein d'un GCS PUI unique est né de l'opportunité qui a résulté de la décision de la direction de la CHP de vendre le terrain sur lequel se trouvait sa PUI. Dès lors s'est posé la question de la nouvelle implantation de la PUI pour laquelle deux solutions étaient envisageables. Tout d'abord, la possibilité de la reconstruction d'une PUI pour le CHP uniquement, cependant vu le nombre de lits et places concernés, une telle dépense n'aurait pas été la meilleure solution. Alors le projet de construction d'une PUI unique gérée en GCS pour les deux CH s'est avéré être la

solution la plus adéquate, tant par la taille critique que ce rapprochement permettait, que par la nécessité de mutualiser les ressources afin de réduire les dépenses de santé.

Le projet de PUI unique allait permettre aux deux établissements de bénéficier de locaux totalement neufs et par la même occasion de moderniser la structure de stockage/distribution/dispensation, notamment en faisant l'acquisition d'un robot de dispensation, investissement difficilement réalisable par un établissement seul. Les gains en efficacité attendus étaient d'ordre financier, mais concernaient aussi la mutualisation des ressources humaines ainsi que l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers par la robotisation, notamment en ce qui concerne la qualité et la sécurité du circuit du médicament. Ce projet était d'autant plus réalisable que les pharmacies des deux sites avaient déjà entamé une coopération depuis près de dix années, notamment en organisant la continuité du service pharmaceutique sur leur établissement par la mutualisation des astreintes ainsi que des dépannages entre pharmacies concernant les ruptures de stock de médicaments.

Cependant, avec l'étude du projet de GCS PUI unique, des difficultés se sont faites jour et ont empêché le projet de se concrétiser. Tout d'abord, c'est la différence de fonctionnement des deux structures, notamment en ce qui concerne l'organisation pour la dispensation nominative, et l'absence de logiciel de prescription informatisée pour le CHFM qui ont posé problème. Ensuite, ce sont les difficultés que posait la fusion des deux équipes de pharmacie en matière de statut, d'organisation et de conditions de travail qui ont questionné le projet de PUI unique. Et enfin, c'est la décision du directeur du CHP d'annuler le projet de vente du terrain de la PUI de son établissement qui a mis un terme à la création d'un GCS PUI unique commun aux deux établissements.

3 La coopération entre les PUI de la CHT devra se préparer progressivement afin de faciliter le passage à une gestion par le GCS

A la lumière de l'étude menée concernant les coopérations entre établissements de santé et médico-sociaux, les constats établis dans le cadre de la CHT « Rance Emeraude » montrent que le projet de GCS PUI unique nécessite une préparation rigoureuse et un accompagnement des acteurs par les équipes dirigeantes. En effet, les PUI sur les différents sites disposant de leur organisation propre, de leurs habitudes et de leur mode de fonctionnement spécifique, la conduite d'un tel changement, ayant un impact notamment sur les équipes de pharmacie, les équipes médicales et paramédicales, ne peut convenablement se faire sans une volonté affichée de la direction et un accompagnement renforcé par les responsables des établissements des acteurs concernés.

Les multiples entretiens qui ont été menés avec les professionnels de terrain, qu'il s'agisse des membres d'équipe de direction ou des responsables de pharmacie, ont démontré que la création d'un GCS PUI n'est que l'aboutissement juridique d'un projet de coopération entre PUI préparé très en amont et reposant une volonté de tous les acteurs de mettre en place un outil commun pour la gestion de la fonction pharmacie¹⁰⁴.

3.1 Un projet devant être véritablement porté et accompagné par la direction

Comme nombre de projets dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, les équipes de direction sont sollicitées afin d'amorcer des changements et porter des projets ambitieux. Etant au cœur de l'activité thérapeutique aux côtés des équipes médicales et paramédicales, la fonction pharmacie, et la mutualisation de cette dernière, doit faire l'objet d'une attention toute particulière dans la mesure où les risques concernant la prise en charge des usagers sont réels et les conséquences graves.

C'est pourquoi, il revient au directeur de l'établissement de porter et d'accompagner ce type de projet à la fois ambitieux et nécessitant une préparation rigoureuse.

¹⁰⁴ Entretien avec le responsable de la pharmacie du CH Emile Durkheim à Epinal (88)
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

3.1.1 Un projet nécessitant d'être véritablement porté par la direction

Parallèlement à son rôle de gestion et de pilotage de son établissement, le directeur, aidé en cela par son équipe de direction, assure aussi la mise en place de nouveaux projets pouvant permettre de réaliser des gains d'efficacité et d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers. C'est précisément dans le cadre de ce rôle de gestion de nouveaux projets que s'inscrit le rôle du directeur dans la mise en œuvre du projet de création d'un GCS PUI au sein de la CHT « Rance Emeraude ». En effet, c'est dans un contexte de contraction des finances publiques, et du fait de la nécessité de réduire les dépenses de santé, notamment en développant les coopérations sur les territoires, comme cela est encouragé par les pouvoirs publics, que le directeur de la CHT « Rance Emeraude » a relancé la réflexion sur les possibles mutualisations entre les PUI des trois sites dans le cadre d'une coopération plus intégrée, à savoir un GCS PUI unique.

Afin que ce projet de mutualisation des PUI soit préparé de façon optimale, il semble indispensable que le directeur de la CHT porte véritablement le projet au niveau des autorités, mais aussi auprès des personnels des pharmacies, des équipes médicales et paramédicales. En effet, lorsqu'il est question de mutualisation dans une organisation, les inquiétudes et les doutes peuvent créer des résistances au sein même des organisations pouvant aller jusqu'à l'abandon des projets. C'est en cela que le rôle du directeur, et par ricochet celui de l'équipe de direction, est à la fois central et fondamental dans la mesure où il peut, en tant que leader de son établissement, donner une impulsion forte, une vraie légitimité et une priorité affichée à cette coopération entre les équipes de pharmacies.

L'affichage d'une volonté forte de la direction de mettre en place une coopération plus intégrée et renforcée concernant les PUI des trois sites, aura un impact non négligeable sur la manière dont le projet de mutualisation sera perçu et vécu par les équipes sur le terrain. Effectivement, indépendamment de l'intérêt réel de ce type de projet, l'aspect relatif à l'adhésion des professionnels à sa mise en œuvre représente un des principaux facteurs clés de sa réussite. Au vu des entretiens réalisés avec les professionnels ayant eu à travailler sur des mutualisations et coopérations entre PUI sur plusieurs établissements, nombreux sont ceux qui mettent l'accent sur les difficultés de mise en place de ce type de projet principalement liées à une mauvaise gestion du facteur humain¹⁰⁵. C'est pourquoi, l'affichage fort et le portage opérationnel du projet de GCS par la direction est un élément fondamental pour la réussite.

¹⁰⁵ Entretiens avec : le responsable de la PUI du CH Emile DURKHEIM (Epinal) ; le pharmacien inspecteur de l'ARS Bretagne ; Le responsable du GCS PUI de l'UHC ; Le directeur de CH de THOUARS ; le responsable de la PUI du CHU de TOURS.

Afin de porter et d'accompagner le projet dans sa phase plus opérationnelle, il conviendrait de nommer un directeur adjoint, celui en charge de la direction des affaires économiques et logistiques (DAEL) par exemple, comme chef de projet de la coopération entre les PUI dans le cadre du GCS. La formalisation d'une lettre de mission suffisamment détaillée et objectivée est primordiale afin de mettre en place les conditions favorables à une coopération des différents acteurs concernés par cette thématique. En effet, le but affiché étant à terme de se diriger vers la création d'une PUI unique gérée par le GCS existant, l'implication et la coopération des personnels touchés par ce projet ne peuvent que faciliter le passage de la phase d'étude à la phase concrète de la mise œuvre du projet.

3.1.2 La mise en place d'une méthodologie adaptée et rigoureuse semble indispensable à la réussite de ce projet de coopération entre les pharmacies

Parce que la réussite d'un projet passe aussi, et surtout, par la manière dont il est mis en œuvre, la gestion du projet de gestion de la PUI par le GCS nécessite d'adopter une méthodologie à la fois adaptée et rigoureuse afin de maximiser ses possibilités de réussite.

La désignation d'un chef de projet est une étape clé dans la méthodologie de l'étude et de la mise en œuvre du projet. En sus de donner un affichage fort et une vraie légitimité au projet, la désignation d'une personne, en l'occurrence, d'un directeur adjoint, aura pour but de faciliter les échanges entre les acteurs, d'étudier exhaustivement (ou presque) les opportunités et les difficultés liées à un tel projet ainsi que de coordonner les personnes et les actions nécessaires à l'obtention d'éléments objectifs et concertés de diagnostic concernant les possibles mutualisations dans le cadre d'une coopération entre les PUI.

Convaincu que le chef de projet, seul, ne peut parvenir à réunir les conditions d'une coopération plus intégrée et renforcée entre les PUI, il semble indispensable de créer un comité de pilotage (COFIL) qui rassemblerait les acteurs principaux que ce projet affecterait. Parmi les personnes pouvant faire partie de ce COFIL, il semble que la présence des pharmaciens des trois PUI soit indispensable pour aider le chef de projet à étudier les différentes pistes possibles. Partant du constat que les pharmacies ne seront pas les seuls services des établissements à être concernés par le projet, il semble opportun de rassembler au sein de ce COFIL le personnel des pharmacies, les équipes médicales et paramédicales ainsi que le responsable des services transports pour les différents aspects relatifs aux transports et à la logistique.

L'étude de faisabilité réalisée durant le stage de professionnalisation¹⁰⁶ a identifié un certain nombre d'activités des pharmacies susceptibles d'être mutualisées à plus ou moins court terme. Le COPIL pourrait se saisir des conclusions de cette étude afin de reprendre les propositions de binômes composés par des pharmaciens des trois sites, et dont le rôle serait d'étudier les conditions de mise en œuvre d'une coopération intersites. Il semble opportun de constituer ces petits groupes de travail afin de veiller à la fois au maintien des équilibres pour le personnel des pharmacies, mais aussi à la cohérence des nouvelles organisations qui seront mise en place et qui impacteront l'ensemble des équipes médicales, paramédicales mais aussi administratives des trois établissements. Afin d'aider ces groupes de travail à mener à bien leur mission, une fiche projet a été conçue durant le stage de professionnalisation et qui permet à la fois d'accompagner la méthodologie pour la réflexion et de structurer les conclusions écrites découlant de leurs études.

Le rôle du chef de projet, aidé en cela par le COPIL, sera d'instaurer les conditions d'un réel dialogue dans les établissements sur la thématique de coopération entre les pharmacies, et mettre en œuvre une réelle concertation avec les acteurs pour conduire le changement que cela impose dans des conditions optimales. A l'issue de cette phase d'étude, son rôle consistera à préparer administrativement et juridiquement le rapprochement des trois pharmacies au sein du GCS, si la direction décide de prendre cette option.

Les travaux des différents groupes de travail seront régulièrement suivis par le COPIL qui aura, entre autre, en charge l'analyse des propositions et l'établissement de rapports d'étape destinés à la direction, afin d'informer, de discuter et de prendre des décisions quant aux suites à donner à ce projet de coopération. Dès lors, l'équipe de direction commune, et à sa tête son directeur, aura les éléments objectifs pour définir la stratégie en matière de coopération, ainsi que la feuille de route construite par le COPIL pour sa mise en œuvre opérationnelle.

Une fois la phase d'étude achevée, il conviendra de préparer les équipes à amorcer une plus grande coopération entre les sites dans la perspective de la création d'une PUI unique.

¹⁰⁶ Annexe 6: « Etude de faisabilité du projet de coopération entre les PUI de la CHT Rance Emeraude »

3.2 Amorcer un travail de coopération entre les équipes et entamer un processus d'harmonisation sont des préalables à une coopération plus intégrée

Sans attendre la mise en place effective d'une PUI unique, il semble indispensable d'amorcer un véritable travail de coopération entre les équipes de pharmacie des trois sites afin de sécuriser le personnel, mais aussi de créer une dynamique de coopération qui sera fondamentale pour la viabilité du projet de gestion de la fonction pharmacie dans le cadre d'un GCS.

Par ailleurs, un projet de coopération aussi poussée entre les pharmacies ne pourra s'envisager sereinement sans entamer un processus d'harmonisation d'un certain nombre de points concernant d'une part les statuts et les conditions de travail, et d'autre part les divers outils nécessaires au fonctionnement des PUI, à l'instar des procédures, des protocoles mais aussi des systèmes d'informations.

3.2.1 Amorcer un travail de coopération entre les équipes des trois sites

Parce que le travail de coopération entre personnes de différentes équipes ne va pas de soi, il paraît nécessaire d'amorcer un travail de rapprochement entre les pharmacies des trois sites afin de créer une dynamique de coopération efficace. Pour cela, il semblerait opportun de réunir le personnel à l'occasion de séminaires de travail intersites à échéances régulières et rapprochées. L'objectif escompté par ces réunions de travail entre les équipes des PUI des trois sites serait de pouvoir créer une culture commune, voire un sentiment d'appartenance à une équipe commune. En effet, si les personnes prennent l'habitude de travailler ensemble, cela peut alors permettre d'aborder les contours de la fonction pharmacie dans une dimension plus communautaire, et non plus cloisonnée à l'échelle d'un établissement comme cela peut-être le cas à l'heure actuelle.

Partant du principe que des réunions seules ne peuvent être suffisantes pour la création d'une véritable cohésion de groupe entre les différentes équipes de pharmacie, il serait opportun d'envisager de mettre en place une organisation permettant le travail du personnel de pharmacie sur les autres sites que leur site d'origine afin d'amener les équipes à se familiariser d'une part à travailler ensemble, et d'autre part à connaître les locaux, les équipes médicales et paramédicales des autres établissements de la CHT. Le principal avantage de cette démarche consistera à créer un esprit d'équipe au niveau communautaire sur les trois sites, et permettra d'envisager le passage à un fonctionnement selon le principe d'une PUI unique gérée en GCS. Dès lors, il ne sera plus

question de parler d'une équipe de pharmacie par établissement, mais plutôt d'une équipe territoriale de pharmacie, comme cela pourrait être le cas avec les FMIH.

Dans la perspective d'une réorganisation des pharmacies en vue de créer une PUI unique, il apparaît indispensable que le processus de coopération ait débuté au préalable. C'est de la coopération entre les équipes que naissent les conditions d'une création de PUI unique, et non l'inverse¹⁰⁷. C'est pourquoi, la recherche de pistes de coopération et de mutualisation doit être une des priorités du COPIL et des groupes de travail, notamment en reprenant les pistes élaborées pendant le travail préparatoire à la mise en œuvre du projet de PUI unique pendant le stage de professionnalisation. Parmi les pistes étudiées, celle de la mutualisation des astreintes paraît être cohérente à la fois avec les objectifs d'efficience et d'amélioration de la qualité de prise en charge des usagers. Effectivement, en mutualisant les astreintes, les établissements seraient en mesure d'élargir les plages horaires d'ouverture de la pharmacie, et donc d'offrir une meilleure prestation pour les services mais aussi pour les usagers qui en bénéficient soit en interne, soit à l'occasion des rétrocessions de médicaments.

Dans l'hypothèse où les équipes auront amorcé ce travail de coopération et de mutualisation, il sera alors possible d'envisager la création d'une équipe territoriale de pharmacie capable d'intervenir sur l'ensemble des établissements que compte la CHT « Rance Emeraude », qu'il s'agisse des centres hospitaliers ou des EHPAD qui leur sont rattachés. Par ailleurs, la création de cette équipe territoriale de pharmacie présentera l'avantage de constituer un véritable « pool de remplacement » capable de palier les diverses absences sur les sites, notamment lorsque ces dernières ne sont pas programmées (maladies, convenances personnelles etc.). Plutôt que de se retrouver en sous effectif ou bien faire appel à du personnel intérimaire, il sera possible de solliciter le soutien des collègues des autres sites pour répondre aux urgences. Cela implique néanmoins que le personnel soit formé au préalable aux éventuelles activités spécifiques exercées sur les autres sites.

3.2.2 Entamer un processus d'harmonisation entre les sites

Harmonisation des organisations et des procédures

Comme cela a été exprimé précédemment, une coopération en général, et entre les PUI de la CHT « Rance Emeraude » en particulier, ne se décrète pas, elle se construit méthodiquement avec les acteurs qui la composent.

¹⁰⁷ Entretien chef de service du GCS PUI de l'UHC

En effet, le facteur humain dans ce type de coopération est l'un des éléments les plus importants à prendre en considération afin de rendre possible la mise en œuvre d'une coopération plus intégrée entre les différents sites. Pour ce faire, il semble nécessaire de procéder à l'harmonisation d'un certain nombre de règles et de procédures concernant les équipes des pharmacies et les organisations elles-mêmes.

En premier lieu, il paraît essentiel de travailler sur l'harmonisation des statuts et des conditions de travail du personnel de chaque pharmacie. Effectivement, à l'occasion de l'étude concernant l'activité des pharmacies, il a été constaté que suivant les sites, les règles en matière de statuts et de conditions de travail n'étaient pas les mêmes. Ces disparités dans les conditions de travail dans les pharmacies, qu'il s'agisse par exemple de la réalisation des astreintes, des accords sur le temps de travail ou encore sur l'existence de spécialités différentes suivant les sites, font déjà l'objet de doléances à l'heure actuelle auprès des équipes de direction. Dès lors, il semble inévitable de procéder à une harmonisation de ces règles afin que le fonctionnement dans les pharmacies soit régi par des règles identiques. En l'absence d'une harmonisation complète de ces conditions d'exercice au sein des PUI des différents sites, la coopération ne pourra se faire de façon optimale et serait susceptible de faire courir le risque d'une résistance des équipes de PUI à l'encontre du projet de gestion de la pharmacie au sein d'un GCS.

En second lieu, il conviendrait de procéder à une harmonisation des livrets pharmaceutiques existant sur les trois PUI de la CHT. Pour rappel, le livret pharmaceutique est un « document listant les produits pharmaceutiques référencés et à utiliser au sein de l'établissement », et son but « consiste à améliorer la qualité de la prise en charge des usagers et d'avoir à disposition un outil pratique d'aide à la prescription et au bon usage des produits de santé »¹⁰⁸. Par conséquent, l'harmonisation des livrets pharmaceutiques dans le but d'en constituer un livret pharmaceutique unique présente plusieurs avantages. D'abord, il permettra à toutes les équipes sur les sites de travailler avec les mêmes références, ce qui facilitera la création d'une équipe de pharmacie territoriale en ce qui concerne l'intervention sur l'ensemble des sites car utilisant les mêmes médicaments.

Ensuite, cela permettra une meilleure qualité de prise en charge des usagers dans la mesure où en cas de transfert d'un patient ou d'un résident vers un autre site de la CHT, les prescriptions pharmaceutiques seront identiques et permettront d'éviter certaines

¹⁰⁸ Site internet ARS Auvergne

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

interactions dues à la composition des médicaments bien que les molécules soient identiques (notamment en raison de la présence d'excipients différents et pouvant être allergènes). Enfin, le fait d'adopter un livret thérapeutique unique permettra de réaliser des économies sur l'achat des produits, notamment grâce à la possibilité de négocier de plus gros volumes pour l'ensemble des équipes de PUI de la CHT. Ces pistes d'économies liées à la réduction du nombre de références et à l'augmentation des volumes dans ces références ont été confirmées lors des entretiens avec les responsables des pharmacies du Centre hospitalier Emile Durkheim et de l'Union hospitalière de Cornouaille.

En dernier lieu, il conviendrait d'harmoniser les bonnes pratiques au sein des équipes en permettant notamment un travail de mutualisation plus poussé. En effet, le partage des bonnes pratiques est une des sources d'amélioration de l'efficacité des organisations au sein des PUI de la CHT, ainsi qu'une source d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. A cette occasion, il semblerait utile de mutualiser les différents groupes de travail et réunions, à l'instar des COMEDIMS et des groupes de pharmaco et matériovigilance, en faisant participer les pharmaciens des trois sites dans le but d'échanger sur les pistes d'amélioration pouvant être mises en œuvre au sein des équipes. Pour rappel, depuis la loi HPST les COMEDIMS n'ont plus d'existence juridique, et par conséquent il semble ne pas exister de contraintes à la création d'un COMEDIMS territorial regroupant les pharmaciens des trois sites. Il faudra néanmoins faire valider cette nouvelle organisation par les CME de chaque établissement.

Harmonisation systèmes d'informations et logiciels

Pas de coopération efficace possible entre les PUI de sites distants sans une harmonisation des outils, et notamment des systèmes d'informations entre les établissements composants la CHT : c'est ce constat qui ressort de la quasi-totalité des entretiens réalisés auprès des professionnels ayant eu à gérer un projet de coopération entre PUI dans le cadre d'un GCS. Dans le cas de la CHT « Rance Emeraude », il existe bien un projet communautaire concernant les systèmes d'informations, cependant sa mise en œuvre effective demande à la fois des moyens financiers relativement importants et un temps de déploiement sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Conscient que des besoins importants sont nécessaires dans tous les champs du secteur sanitaire et médico-social, il n'en demeure pas moins que l'harmonisation des systèmes d'informations concernera l'ensemble des organisations et pas seulement celles liées à l'activité pharmacie.

Parallèlement, la mise en place du dossier patient informatisé (DPI) serait une étape importante dans le développement d'une coopération efficace entre les trois PUI dans le

cadre du GCS. Selon les conclusions d'un groupe de recherche canadien, la mise en place d'un DPI serait « une innovation informationnelle qui touche le noyau opérationnel de l'hôpital. A ce titre, il se situe au cœur même des activités physiques de professionnels » (C. Sicotte, avril 1997, p.2)¹⁰⁹. Il paraît donc plus qu'opportun de mettre la priorité sur le déploiement du DPI au sein des établissements de la CHT. Cela aurait comme effet notamment de renforcer d'une part le partage d'informations entre tous les acteurs de la prise en charge des usagers (en hôpital mais aussi en EHPAD) et d'autre part de faciliter la coopération entre les équipes de pharmacies qui auraient accès aux mêmes informations concernant les patients et les résidents. *In fine*, il semble justifié d'affirmer que la mise en place du DPI permettrait l'amélioration de la qualité et la sécurité de la prise en charge des usagers.

Enfin, dans la mesure où cette coopération devra porter sur l'activité des pharmacies des trois sites, la nécessité d'avoir une compatibilité totale entre les logiciels métiers est un élément central dans la réussite de ce projet. Effectivement, qu'il s'agisse des logiciels de gestion économique et financière (GEF) ou encore les logiciels de gestion de stocks, une compatibilité est impérative afin d'envisager une gestion efficace des fonctions pharmacie et notamment en ce qui concerne le référencement, les achats, la gestion et le suivi de stocks. Cependant, les constats établis à la suite de l'étude démontrent que les logiciels ne sont pas compatibles entre les sites de Cancale, Dinan et Saint-Malo, notamment sur la gestion des stocks, à l'exception de certains logiciels spécifiques comme celui nécessaire à la chimiothérapie. Dès lors, cet aspect de la coopération devrait être un préalable à la gestion de la PUI par le GCS, faute de quoi la qualité et l'efficacité de gestion quotidienne sur les sites risqueraient de se dégrader durablement.

3.3 Identification des activités devant demeurer sur site et développement d'activités mutualisées afin de faciliter le passage à une gestion en GCS PUI unique

Le fait de s'orienter vers une coopération des PUI des trois sites afin de confier la gestion de la PUI au GCS ne doit pas faire oublier les attentes des services et les besoins des usagers sur chacun des sites. En effet, la gestion de la PUI par le GCS ne s'apparente pas nécessairement à une centralisation de l'ensemble des activités vers un seul site qui générerait l'ensemble pour le compte des trois établissements.

¹⁰⁹ Emi SEINO, Julie LIONTI, Myriam DELSARTE, Nathalie DESBIEF - Mémoire fin d'étude « La mise en place du dossier patient informatisé (DPI) en soin de suite et de réadaptation, vecteur d'interdisciplinarité » - Master 2 « Education et formation dans le milieu sanitaire et social – Université de Provence – Novembre 2010 – page 1
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Il paraît plus opportun d'identifier les activités devant être maintenues sur site et développer les autres activités dans le cadre d'une coopération entre les équipes de pharmacie dans le but de préparer le passage à une gestion de la PUI dans le cadre du GCS.

3.3.1 Les activités nécessitant d'être maintenues sur site

Par ce qu'une prise en charge de qualité des usagers nécessite que le service soit rendu dans les meilleures conditions, certaines activités réalisées par les PUI actuelles devront être conservées sur site afin de garantir un maximum de proximité avec les services et les usagers. Parmi les activités à conserver sur site, le maintien de la dispensation nominative pour les services MCO semble indispensable, notamment en ce qui concerne la préparation des chariots. En effet, ces services ont des activités qui nécessitent une grande réactivité en raison de l'évolution des prescriptions ainsi que de la durée que les patients passent dans les services. Les durées moyennes de séjour (DMS) ayant tendance à se raccourcir sur ce type d'activité, cela implique une augmentation du taux de rotation des patients dans les services MCO et donc une augmentation des prescriptions. C'est pourquoi, afin d'assurer une bonne qualité et sécurité de prise en charge, le maintien de cette activité sur site semble indispensable.

Par ailleurs, à l'occasion des entretiens menés (pendant le stage de professionnalisation), les responsables des pharmacies étaient unanimes sur la nécessité de maintenir l'activité de préparation des chimiothérapies sur site. Qualifié d'activité de « proximité » par les pharmaciens, la préparation des chimiothérapies sur les sites du CH de Dinan et de Saint-Malo serait un gage de sécurité pour les patients traités, dans la mesure où les dosages et les compositions peuvent être soumis à des changements de dernière minute, ce qui justifieraient pleinement le fait que les préparations soient réalisées en interne pour chaque établissement. A l'argument concernant la sécurité, s'ajoute celui de la qualité de la prise en charge. En effet, lorsque les patients se rendent au CH prendre leurs traitements de chimiothérapie, ils sont fatigués, souvent âgés, et le fait que les préparations soient réalisées sur le site leur évite d'attendre des heures durant que la nouvelle préparation arrive lorsqu'il y a des modifications de dosage ou de traitement.

Enfin, bien qu'aisément mutualisable dans le cadre du GCS PUI, il ne paraît pas envisageable à ce jour de basculer l'activité de stérilisation vers une gestion par le GCS. Malgré un dimensionnement adéquat du service de stérilisation du CH de Saint-Malo, et fonctionnant en sous-capacité, les besoins en stérilisation du CH de Dinan ne peuvent être assurés par le CH de Saint-Malo.

Effectivement, le CH de Dinan a fait le choix de travailler en coopération avec la Polyclinique du Pays de Rance (PPR) à Dinan, en mutualisant l'activité de stérilisation au sein d'un GIE public/privé, et ce, dans le but de sécuriser (en moyen et en temps) la stérilisation de ses instruments chirurgicaux, mais aussi parce que d'un point de vue financier l'opération était plus intéressante pour le CH de Dinan. Cependant, l'existence de cette coopération avec la PPR ne doit pas remettre en cause de façon définitive un futur transfert de cette activité au sein du GCS en charge de la gestion des fonctions médico-techniques pour le compte des membres de la CHT « Rance Emeraude ».

3.3.2 Développement d'activités mutualisées afin de faciliter leur gestion au sein d'un GCS

La volonté conjointe de la direction commune de la CHT « Rance Emeraude » ainsi que celle des responsables des pharmacies des trois sites concernant le développement de coopérations entre les trois sites, notamment pour ce qui relève de l'activité pharmaceutique, montre la nécessité de mutualiser un certain nombre d'activités. En effet, cela aura pour effet de réaliser des gains d'efficience au sein des établissements, mais aussi d'entamer une coopération entre les équipes des trois pharmacies devant faciliter le passage à une gestion des pharmacies au sein du GCS existant.

Tout d'abord, le développement d'une activité commune relative à la gestion des marchés et des achats pharmaceutiques paraît être l'étape suivante à franchir en ce qui concerne la coopération entre les pharmacies de la CHT. Composée de membres des trois pharmacies, cette équipe aura en charge toute la partie référencement, achat et suivi des marchés et des achats relatifs à l'activité des établissements de la CHT. Le but recherché par une telle mutualisation n'est pas une volonté de centralisation de l'activité, mais plutôt une mise en commun des ressources, notamment humaines, dans le but de réaliser des gains d'efficience sur les fonctions achat et approvisionnement. Bien que la quantification des économies générées par la mutualisation de cette fonction ne soit pas évidente, les gains d'efficience pour l'organisation toute entière sont avérés¹¹⁰.

Par ailleurs, le développement d'activités mutualisées pourrait permettre de spécialiser des équipes sur de nouvelles activités comme le développement de l'activité de pharmacie clinique. Le développement de cette activité aurait pour effet d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge des usagers en réduisant notamment les risques iatrogènes¹¹¹. Pour rappel, l'activité de pharmacie clinique se définit comme « l'ensemble des activités par lesquelles un pharmacien (appelé pharmacien clinicien)

¹¹⁰ Entretien avec le pharmacien inspecteur de santé de l'ARS Bretagne

¹¹¹ Dictionnaire Larousse : « l'ensemble des troubles, d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin ».

Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

travaille en collaboration avec les autres professionnels de la santé et les patients pour établir un plan de traitement, le mettre en œuvre, et en assurer le suivi »¹¹². Les objectifs de l'activité clinique sont multiples, elle permet notamment de réaliser des études et analyses en vue de travailler sur les protocoles, d'améliorer l'efficacité des traitements en analysant les prescriptions, de réduire les erreurs ainsi que les coûts liés à la prise en charge médicamenteuse des usagers¹¹³.

Enfin, une nouvelle activité liée à la dispensation à délivrance nominative (DDN) de médicaments en EHPAD pourrait être développée par la mutualisation des moyens financiers des trois établissements en vue de l'acquisition de robots. Pour rappel, la DDN consiste « à préparer les médicaments au sein de la PUI pour chaque patient selon une répartition variable (matin, midi, soir, coucher) et pour une durée variable (journalière, hebdomadaire, mensuelle) »¹¹⁴ En effet, actuellement réalisée et organisée différemment selon les sites, la dispensation de médicaments dans les EHPAD pourrait se faire à l'aide de robot en vue d'automatiser le conditionnement et reconditionnement des médicaments, et permettre la mise en place d'une dispensation à délivrance nominative. Le fait d'automatiser la délivrance de médicaments aura pour objectifs de :

- « Sécuriser la préparation des médicaments
- Faire en sorte que le bon médicament parvienne tout prêt, au bon dosage, sous la bonne forme pharmaceutique, au bon moment et avec les bonnes informations au bon patient
- Sécuriser l'administration des médicaments en permettant l'identification des médicaments et la possibilité d'un contrôle à partir de la prescription jusqu'au lit du malade
- Optimiser les coûts de stockage et pertes de médicaments »¹¹⁵

Afin de faciliter l'acquisition de robots, il serait opportun de déposer un dossier auprès de l'ARS Bretagne qui dispose de fonds régionaux pour favoriser les coopérations entre les établissements de santé sur le territoire. Ces fonds peuvent financer une grande partie de l'investissement lié à l'achat des robots, c'est pourquoi, il semble nécessaire d'initier démarche au plus tôt auprès de l'ARS afin de faire l'acquisition du matériel et de débiter la mutualisation de la DDN pour les trois établissements.

¹¹² Site internet « Groupe recherche action santé » - « Pharmacie clinique et soins pharmaceutiques : Pourquoi ? Comment ? » - n°54 – Anne SPINEWINE - Juin 2007

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ Observatoire régional du médicament et des dispositifs médicaux stériles Poitou-Charente – Commission de sécurisation du médicament – « Dispensation à délivrance nominative dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux » - MAJ Novembre 2010– page 1

¹¹⁵ *Ibid.*

3.4 Parmi les scénarios envisageables, celui du passage progressif à une gestion en GCS paraît être la plus opportune

L'étude menée sur les coopérations entre les pharmacies des trois sites de la CHT « Rance Emeraude » a montré qu'il existe une réelle volonté des équipes de direction et des pharmacies de mutualiser les ressources et les moyens afin d'améliorer l'efficacité des organisations et la qualité de la prise en charge des usagers.

Cependant, il semblerait que seuls deux scénarios soient envisageables à ce jour, dont un qui permettrait le passage à une gestion des PUI de façon progressive, et ce, dans l'optique de préparer au mieux les équipes et les organisations à un travail commun et concerté dans un futur proche.

3.4.1 Présentation des deux scénarios susceptibles d'être retenus

Bien que très différents et aux antipodes l'un de l'autre, les deux scénarios présentés ci-dessous paraissent envisageables à l'issue de l'étude. En effet, les différents entretiens menés auprès des professionnels (directeurs et pharmaciens) ayant eu à travailler sur des problématiques similaires ont montré qu'en fonction des situations propres à chaque établissement, l'un ou l'autre des scénarios ont été retenus.

Maintien du *statu quo* en attendant les dispositions du projet de loi de santé sur les GHT

Malgré un enthousiasme sincère des équipes de la CHT « Rance Emeraude » pour mettre en place une coopération plus poussée entre les pharmacies des trois sites, il semblerait néanmoins que la mise en œuvre d'une gestion unique en GCS soit prématurée. Ce qui est ressorti de l'étude, c'est que les conditions d'une telle coopération ne semblent pas encore réunies, notamment en matière organisationnelle et d'absence d'outils et de moyens communs à la disposition du personnel des pharmacies.

Le maintien du *statu quo* permettrait de conserver le niveau de qualité de prestation des pharmacies sur chacun des sites, en particulier pour les CH de Dinan et de Saint-Malo pour qui les activités sont les plus importantes en volume comme en valeur. Bien que l'efficacité des organisations liée à l'activité des pharmacies pourrait être améliorée, la mise en œuvre d'une gestion unique dans le cadre d'un GCS, sans une préparation rigoureuse de ce projet, entraînerait plus de désagrément et de problème qu'elle n'apporterait de véritables améliorations. En effet, ce sont les conclusions de l'étude qui a été menée suite à la

constitution du GCS du Pays de Retz et qui démontrent les limites d'un tel projet lorsque ce dernier n'est pas suffisamment préparé¹¹⁶.

Par ailleurs, le fait de laisser inchangée cette organisation permettrait de rassurer les équipes des pharmacies, les personnels soignants et paramédicaux quant à leurs craintes de réorganisation des services avec de potentielles suppressions de postes. De plus, cette solution présenterait l'avantage de disposer du temps nécessaire à la préparation du personnels aux nouvelles modalités d'organisation que pourrait faire émerger la future loi relative à la santé, notamment le futur dispositif des GHT, nouvelle forme de coopération pour les établissements publics hospitaliers.

Malgré les intérêts que représenteraient le maintien du *statu quo*, ce scénario ne sera pas celui qui sera préconisé dans la mesure où la situation resterait identique à ce qu'elle est actuellement. La coopération entre les trois centres hospitaliers au sein d'un GCS pharmacie unique permettrait de réels gains en efficacité et représente une véritable opportunité d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers.

Il ne paraît donc pas opportun de retenir ce scénario dans le cas de la CHT « Rance Emeraude ».

Passage progressif à une gestion de la PUI dans le cadre du GCS

Dans la mesure où l'étude a démontré que les conditions d'une gestion unique des pharmacies au sein d'un GCS n'étaient pas réunies pour le moment, il semblerait plus opportun d'envisager le passage progressif à une coopération plus intégrée au sein du GCS existant. En effet, cette hypothèse présente de multiples avantages dont celui d'entamer le processus de coopération tout en laissant le temps nécessaire aux équipes (direction, pharmacie, personnels soignants et paramédicaux) pour bien préparer la transition.

Comme cela a été décrit précédemment, une fois le directeur nommé en qualité de chef de projet, il aura pour mission principale de piloter le rapprochement des pharmacies en vue de mettre en place les coopérations préalables à une gestion unique en GCS. Cette nomination devrait intervenir très en amont des premières coopérations, et ce, pour permettre au chef de projet de s'entourer d'une équipe de professionnels au sein du COPIL. Effectivement, cette phase de préparation avec les pharmaciens des trois établissements sera essentielle afin

¹¹⁶ Revue « Le Pharmacien hospitalier et clinicien » - Volume 48 - n°3 – Septembre 2013 – pp189-196

d'obtenir d'une part l'adhésion des équipes, et d'autre part les résultats escomptés en matière de coopération entre les pharmacies.

Dès lors, il conviendra de mettre en route le processus de coopération entre les trois pharmacies, notamment en mutualisant ce qui peut l'être à très court terme sans que cela n'ait d'incidences majeures sur les organisations actuelles. C'est par cette mise en œuvre progressive des coopérations, avec le concours des équipes, qu'émergera plus concrètement le projet de gestion de l'activité au sein d'une pharmacie territoriale. Parmi les activités susceptibles d'être mutualisées, celles liées à la participation aux instances, aux groupes de travail, aux achats et la gestion des marchés pourraient être prioritaires dans la mesure où elles n'impliquent pas de modifications statutaires ou du fonctionnement des organisations. Cependant, il ne s'agit pas ici de transférer l'ensemble des activités des pharmacies au sein du GCS mais uniquement celles qui représentent un intérêt stratégique en matière d'amélioration de l'efficacité des organisations et des services. Toutes les activités dites de « proximité », comme la chimiothérapie, devraient continuer à être réalisées sur les sites afin de ne pas impacter la qualité de la prise en charge des usagers.

Une fois les premières coopérations mises en œuvre, il conviendra d'entamer un travail plus en profondeur sur l'harmonisation des statuts, des procédures, des organisations et des systèmes d'informations, et ce, afin de réunir les conditions à la fois juridiques et techniques pour le passage à une gestion unique au sein du GCS pharmacie. Cette phase de travail sera plus longue et plus complexe à mettre en place dans la mesure où elle concerne à la fois les conditions de travail des équipes et des organisations en général, et les aspects plus techniques comme les SI ou encore les investissements (logiciels, robots pour la dispensation nominative, le conditionnement et le reconditionnement).

Une étude précise des coûts (logistiques, investissements, RH etc.) devra être réalisée par le directeur et le COPIL afin de déterminer précisément l'impact qu'aura le passage à une gestion territoriale de l'activité pharmacie. La détermination de ces éléments est fondamentale pour ce projet dans la mesure où c'est en fonction de ces chiffres que la direction fera les arbitrages et orientera le projet. A l'issue de l'estimation précise des coûts et des gains qu'engendrera ce projet, il conviendra de mettre en place un calendrier précis pour le passage à la gestion en GCS, car bien que ce scénario préconise un déploiement progressif des coopérations, il ne faudra pas que ce projet s'étale trop dans le temps au risque de voir son efficacité réduite, voire sa légitimité remise en cause, et sa pérennité menacée.

Enfin, il sera nécessaire d'entamer les démarches administratives auprès des tutelles afin de demander les autorisations nécessaires à la mise en place d'une gestion de l'activité PUI au sein du GCS. En effet, une autorisation de l'ARS ainsi que l'avis de l'Ordre national des pharmaciens sont nécessaires pour transférer l'activité pharmacie des trois sites au profit du GCS. Cette procédure peut prendre quatre à six mois entre le moment où la demande est effectuée et où l'autorisation est octroyée. Parallèlement à ces démarches administratives de demande d'autorisation de PUI, il conviendrait de présenter un dossier de demande d'aide financière à l'ARS Bretagne afin de solliciter une partie du financement du projet de passage en GCS PUI. Dans le cas de la CHT « Rance Emeraude », l'aide demandée pourrait concerner le projet d'acquisition d'un robot pour le conditionnement/ reconditionnement et la dispensation nominative des médicaments. Cet investissement permettrait à la fois d'augmenter l'efficacité de l'organisation en général, et de la fonction pharmacie en particulier, et à la fois d'améliorer et sécurisé la prise en charge médicamenteuse des usagers.

3.4.2 Présentation du plan d'actions en plusieurs étapes proposé pour un passage progressif à un GCS PUI unique

Afin d'être le plus efficace possible dans la mise en œuvre de ce projet, il conviendrait d'établir un plan d'actions en plusieurs étapes qu'il sera nécessaire de suivre pour ne pas retarder le projet, voire le mettre en péril. La déclinaison de ce plan d'actions pourra débuter en début d'année 2016 mais ne devra pas s'étaler au-delà de 24 mois car cela pourrait lui être nuisible.

Le plan d'actions proposé se compose de quinze étapes successives devant aboutir à la mise en œuvre opérationnelle du GCS PUI à l'horizon du mois d'avril 2017. Le COPIL aura, entre autre, la responsabilité de suivre l'évolution ainsi que la bonne exécution de la déclinaison des étapes dans la pratique.

Présentation du plan d'actions :

Etape 1 : Désignation d'un chef de projet parmi l'équipe de direction – Janvier 2016

Etape 2 : Constitution du COPIL « Projet GCS PUI » - Mi-janvier 2016

Etape 3 : Création des groupes de travail intersites – Février 2016

Etape 4 : Synthèse des conclusions des groupes de travail intersites – Mars 2016

Etape 5 : Définition des coopérations réalisables à court, moyen et long terme – Avril 2016

Etape 6 : Mise en place des premières coopérations réalisables à court terme – Mai 2016

Etape 7 : Evaluation des résultats obtenus : Fin juin 2016

Etape 8 : Communication sur les résultats auprès des équipes concernées – Fin juin 2016

Etape 9 : Etude par les COPIL des gains/coûts engendrés par le projet – Fin juin 2016

- Etape 10 : Démarches administratives d'autorisation d'activité en GCS PUI – Juillet 2016
- Etape 11 : Dossier d'aide au financement du projet auprès de l'ARS Bretagne – Juillet 2016
- Etape 12 : Travail d'harmonisation des statuts et des organisations – Septembre 2016
- Etape 13 : Soumission aux instances réglementaires des nouvelles règles – Décembre 2016
- Etape 14 : Acquisitions/investissements nécessaires au GCS PUI – Mars 2017
- Etape 15 : Démarrage opérationnel du GCS PUI – Avril 2017

A l'issue du démarrage opérationnel du GCS PUI avec la mise en œuvre des coopérations et mutualisations réalisables à court terme, le directeur « chef de projet » ainsi que le pharmacien « responsable territorial » en charge du GCS PUI réaliseront des évaluations à différentes échéances afin de mesurer les effets et les résultats obtenus suite à la mise en place effective du nouveau fonctionnement de la pharmacie.

Conclusion

Depuis plusieurs décennies, les efforts croissants demandés aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en matière de réduction des dépenses imposent de repenser les organisations. Pour ce faire, les coopérations entre les établissements représentent de véritables opportunités pour la construction de nouveaux modèles d'organisations au sein des territoires. Ces coopérations font des mutualisations des facteurs de réductions de dépenses mais aussi d'amélioration de la qualité de prise en charge. Impulsées par les pouvoirs publics, les dispositifs juridiques de coopérations territoriales entre les établissements ont évolué au fil des années afin de donner aux directeurs d'établissements les outils nécessaires à la mise en place de nouvelles formes d'organisations sous la supervision des ARS depuis la loi HPST, notamment en matière d'organisation de l'offre de soins sur les territoires de santé.

Lorsque ces coopérations sont étudiées et préparées avec les différents acteurs suffisamment en amont, les projets qui en découlent sont souvent synonymes de réussites et permettent de rationaliser les coûts et donc de réaliser des gains en efficience tout en préservant la qualité de la prise en charge des usagers. Dans le cas des coopérations entre établissements dans le secteur de la santé pour la mutualisation de la fonction pharmacie, la mise en place du GCS pharmacie au sein de l'Union hospitalière de Cornouailles en est une bonne illustration. En effet, cette coopération a permis à la fois de réaliser des gains en efficience pour l'ensemble des structures et des organisations de la CHT, et de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

De ce point de vue, la CHT « Rance Emeraude » a un réel intérêt à poursuivre les coopérations entre les établissements des trois sites, notamment en développant les activités dont la mutualisation pourrait se faire par le biais du GCS existant. Si la CHT a permis d'entamer une coopération en matière de stratégie, il n'en demeure pas moins que les coopérations en termes d'activités sont encore trop peu exploitées. L'étude de la gestion de la fonction pharmacie au sein d'un GCS PUI représente une opportunité d'entamer la construction d'une véritable logique de « groupe hospitalier » entre les sites. Cette nouvelle logique facilitera alors l'émergence de nouvelles coopérations sur d'autres fonctions puisque il s'agira de penser en termes de territoire et non plus en termes structures administratives.

Dans la présente étude, il semble opportun de noter que le GCS PUI ne représente qu'un outil de coopération en vue d'optimiser le fonctionnement de la pharmacie et non une

finalité en soi. En effet, les gains d'efficacité ne sont pas simplement obtenus par le transfert de la fonction pharmacie au sein du GCS mais découlent directement de l'organisation qui est mise en place au sein même des établissements. Ainsi, l'une des préconisations majeures de cette étude porte sur la préparation du projet, en lien avec les acteurs concernés, suffisamment en amont afin d'éviter de se retrouver face à des situations problématiques impactant les organisations et la qualité de la prise en charge. En ce sens, l'expérience du GCS Pays-de-Retz permet d'éclairer la direction de la CHT « Rance Emeraude » sur l'importance de la phase de préparation et d'accompagnement du projet.

Par ailleurs, bien qu'il semble que ce projet soit partagé par les trois équipes de pharmaciens de la CHT, le directeur devra veiller à ce qu'il ne soit pas vécu comme un moyen de favoriser un établissement au détriment des autres. Cette coopération entre les pharmacies ne constitue évidemment pas une tentative de confiscation des ressources des différents sites vers un seul, mais plutôt un moyen de favoriser l'efficacité au sein des établissements. C'est pourquoi, il semble fondamental de ne pas transférer la totalité des activités des pharmacies vers le GCS PUI, mais de maintenir un certain nombre d'entre elles sur chaque site afin de disposer d'une présence pharmaceutique pour les équipes soignantes et paramédicales et les usagers. Cette présence favorisera l'émergence d'un sentiment de proximité et de sécurité pour tous mais surtout l'existence d'un sentiment d'équité entre les sites et les équipes qui les composent.

Si la direction de la CHT « Rance Emeraude » décide de lancer ce projet de coopération entre les PUI des trois sites, alors il sera nécessaire de veiller à ce qu'il puisse se construire et se mettre en place dans un délai relativement court, à savoir moins de deux années. Effectivement, les diverses expériences ont montré que lorsque le projet s'étalait sur une durée trop longue, alors très souvent ses chances d'aboutir étaient réellement compromises¹¹⁷. Dans le cas présent, ce projet revêt une dimension stratégique importante dans la mesure où la mise en place d'une gestion unique de la fonction pharmacie au sein du GCS permettra d'avoir une vision territoriale de la pharmacie pilotée par le pharmacien chef du GCS PUI.

La pertinence de la mise en place de coopérations afin de favoriser les gains en efficacité semble se vérifier dans le cas des PUI lorsqu'il en existe plusieurs au sein de la même organisation. Si les retours d'expérience font ressortir que la valeur ajoutée de ces coopérations est réelle, ils montrent aussi que les gains réalisés sont difficilement quantifiables concernant les GCS PUI. En effet, les impacts de la réorganisation de cette

¹¹⁷ Entretien avec le pharmacien inspecteur de l'ARS Bretagne

fonction au sein des établissements concernent l'ensemble des organisations et pas uniquement celle liée à la pharmacie elle-même¹¹⁸. En l'absence d'indicateurs précis mesurant les gains d'efficience de ces coopérations en matière économique, l'amélioration des organisations, des procédures, de la qualité et la sécurité de la prise en charge est quant à elle appréciable en termes qualitatif.

Le volet relatif aux coopérations du nouveau projet de loi relatif à la santé acte la création des GHT comme nouvel outil de coopération pour les établissements de santé sur les territoires. Ce dispositif de coopération, assez proche de celui des CHT, devrait apporter un certain nombre de nouveautés dont les contours ne sont pas encore arrêtés définitivement. L'enjeu pour les établissements de santé sera de se saisir de ce nouveau dispositif afin de franchir un palier supplémentaire dans les coopérations territoriales en vue d'augmenter davantage l'efficience des organisations et d'améliorer la qualité de la prise en charge des usagers.

¹¹⁸ Entretien avec le responsable du GCS PUI UHC
Elvan UCA - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2015

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2009-800 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Décret n° 2000-1316 du 26 décembre 2000 relatif aux PUI, la pharmacie à usage intérieur (PUI)
- Article L.5126.1 du Code de la santé publique
- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Décret n° 2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
- Circulaire n° DHOS/E1/F2/03/2009/292 du 21 septembre 2009
- Projet de loi relatif à la santé n°2302 – Assemblée nationale – Article 27- Chapitre II – « Groupements hospitaliers de territoire » - 15 octobre 2014
- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés

Publications ministérielles

- « HPST, la Communauté hospitalière de territoire », Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, p 1
- « La coopération sanitaire », septembre 2007, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des solidarités, p 2
- « Loi HPST : Vers une coopération renforcée entre établissements de santé », mai 2010, DGOS, p 2
- « Loi HPST : Une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé », mai 2010, DGOS, p 4
- « Loi HPST : Le groupement de coopération sanitaire », Ministère de la Santé, p 1
- HUBERT J. et MARTINEAU F., février 2015, Communiqué de la mission

Ouvrages, revues et articles

- « le groupement de coopération sociale et médico-sociale », mai 2009, Centre national d'animation et de ressources (CNAR), p 2
- SAFON M.O, décembre 2012, « Loi Bachelot Hôpital, Patients, Santé et Territoires », Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), p 2
- LEWDEN-BERNADAC B., BRICARD-PACAUD V., TREGUENARD S., septembre 2013, « Expérience d'une pharmacie à usage intérieur commune entre un hôpital de proximité et des établissements médico-sociaux : le GCS du Pays-de-Retz », Revue « Le Pharmacien hospitalier et clinicien », Volume 48 - n°3, pp189-196

Rapports et guides

- « Pour un système de santé plus performant », 2000, Rapport sur la santé dans le monde 2000, OMS, p 1
- Guide méthodologique des coopérations territoriales, 2011, ANAP, p 11
- BACHELOT R., Guide ANAP - « La loi HPST à l'Hôpital – Les clés pour comprendre », Editorial de la Ministre de la santé et des sports, p 2
- HUBERT J. et MARTINEAU F., mai 2015, « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire », Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, p 12
- Cabinet de conseil ADOPALE, 2011, Rapport d'audit « Prestation d'accompagnement dans l'adaptation des fonctions médico-technique : fonction pharmacie » pour la CHT « Rance Emeraude », p 28

- « Dispensation à délivrance nominative dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux », Novembre 2010, Observatoire régional du médicament et des dispositifs médicaux stériles Poitou-Charente – Commission de sécurisation du médicament, p 1

Mémoires

- AYINA AKILOTAN R., 2014, « Le choix des coopérations comme outils d'optimisation de la prise en charge des usagers », Mémoire EHESP, p 6
- CALVEZ P., 2010, « La mutualisation inter établissement : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social », Mémoire EHESP, p 8
- VERLAQUE N., 2010, « La coopération inter hospitalière : un atout pour la recomposition de l'offre de soins ? Le cas des centres hospitaliers du territoire de santé Alpes sud », Mémoire EHESP, p 41
- E. SEINO, J. LIONTI, M. DELSARTE, N. DESBIEF, novembre 2010, « La mise en place du dossier patient informatisé (DPI) en soin de suite et de réadaptation, vecteur d'interdisciplinarité », Mémoire Master 2 « Education et formation dans le milieu sanitaire et social, Université de Provence, p 1

Sites Internet

- <http://www.legifrance.gouv.fr>
- Site internet Dictionnaire Larousse
- Site internet du Centre d'Évaluation, de Documentation et d'Innovation Pédagogiques (CEDIP), 1^{er} janvier 2012
- Site internet FHF, DGAS « Les enjeux de la coopération » -- 04/06 – Page 1
- Site internet HOUDART et Associés, « Les CHT sont mortes vive les GHT » - HOUDART L. et JEUNE L., septembre 2014, Partie 1, p 1
- Site internet FHF, « Le groupement de coopération sanitaire », 25 septembre 2012
- Site internet ANAP, « Pharmacie à usage intérieur : Impact des coopérations territoriales », TALLA M., TOUNSI L. et LIU X., juillet 2013, p 2
- Site internet CH du Pays d'Avesnes
- Site internet « Groupe recherche action santé », « Pharmacie clinique et soins pharmaceutiques : Pourquoi ? Comment ? », n°54, SPINEWINE A., juin 2007
- Site internet ARS Provence- Alpes Côte d'Azur, « Sécurité et qualité des prises en charge- Contrat de bon usage »
- Site internet ARS Auvergne

Liste des annexes

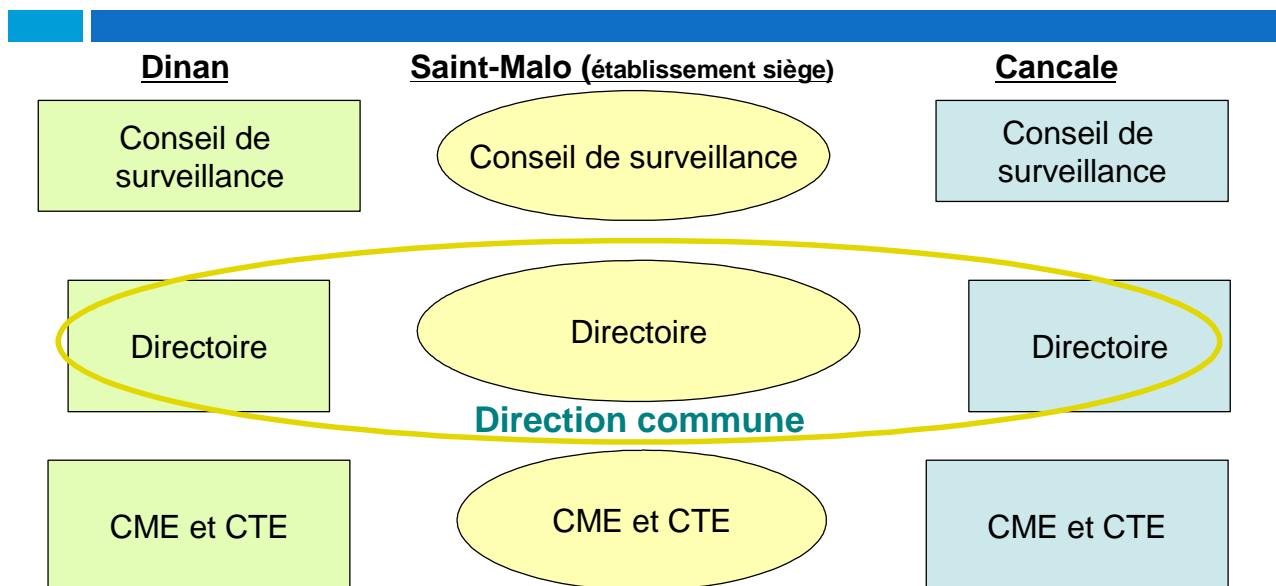
- Annexe 1 Schéma de l'organisation de la CHT Rance Emeraude - Source :
CHT « Rance Emeraude » - 2015
- Annexe 2 Liste des entretiens menés avec les professionnels
- Annexe 3 Questionnaire sur la mise en place d'un GCS PUI
- Annexe 4 Synthèse de l'activité des PUI de la CHT « Rance Emeraude »
- Annexe 5 Situation géographique des établissements de la CHT « Rance
Emeraude »
- Annexe 6 Etude de faisabilité du projet de coopération entre les PUI de la
CHT « Rance Emeraude »
- Annexe 7 Fiche de présentation de projet de PUI de territoire

Annexe 1 : Schéma de l'organisation de la CHT « Rance Emeraude »

Source : CHT « Rance Emeraude » - 2015

L'organisation de la CHT

Commission de Communauté



Annexe 2 : Liste des entretiens menés avec les professionnels

- Directeur du Centre hospitalier de Saint-Malo
- Directeur du Centre hospitalier René PLEVEN de Dinan
- Pharmacien responsable de la PUI du Centre hospitalier de Cancale
- Pharmacien responsable de la PUI du Centre hospitalier René PLEVEN de Dinan
- Pharmacien responsable de la PUI du Centre hospitalier de Saint-Malo
- Directeur Centre hospitalier d'Orthez
- Pharmacien du Centre hospitalier François MITTERRAND de Pau
- Pharmacien inspecteur ARS Bretagne
- Pharmacien visiteur de l'Ordre national des pharmaciens
- Directeur du Centre hospitalier des Deux Sèvres
- Pharmacien responsable du GCS PUI de l'Union hospitalière de Cornouailles
- Pharmacien responsable de la PUI du CH Emile DURKHEIM d'Epinal
- Pharmacien responsable de la PUI du CHU de TOURS

Annexe 3 : Questionnaire sur la mise en place d'un GCS PUI

Mise en place d'un GCS PUI

- 1- Quelles pourraient être, selon vous, les motivations d'un établissement (dirigeants) pour envisager un rapprochement entre PUI ?
- 2- Quelles seraient les attentes concernant une coopération entre les PUI ?
- 3- Quels pourraient être les gains attendus ?
- 4- Quels seraient les moyens à prévoir ?
- 5- Quelles seraient les nouvelles activités qui pourraient être mutualisables ?
- 6- Quel était l'état de la coopération entre pharmacie avant le projet de mutualisation de PUI ?
- 7- Quelle est, ou serait la valeur ajoutée en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers ?
- 8- Qu'est ce qui pourrait poser problème dans les organisations actuelles ?

Partie réservée aux personnes ayant l'expérience d'une coopération entre PUI

- 9- Avec le recul que retirez vous de ce projet, cette coopération ?
- 10- Quels ont été les résultats obtenus pour votre établissement ?
- 11- Quelle organisation a été mise en place pour favoriser cette coopération ?
- 12- Quelles difficultés avez-vous rencontré ?

Annexe 4 : Synthèse de l'activité des PUI de la CHT « Rance Emeraude »

Source : Pharmaciens CHT/Elvan UCA

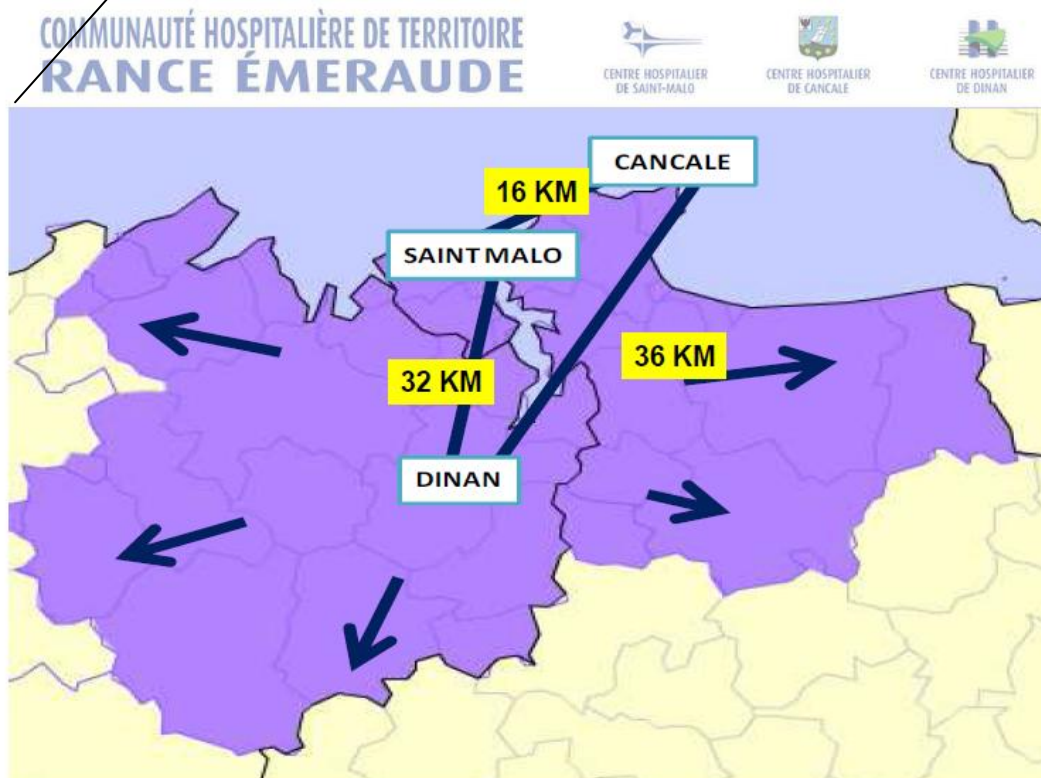
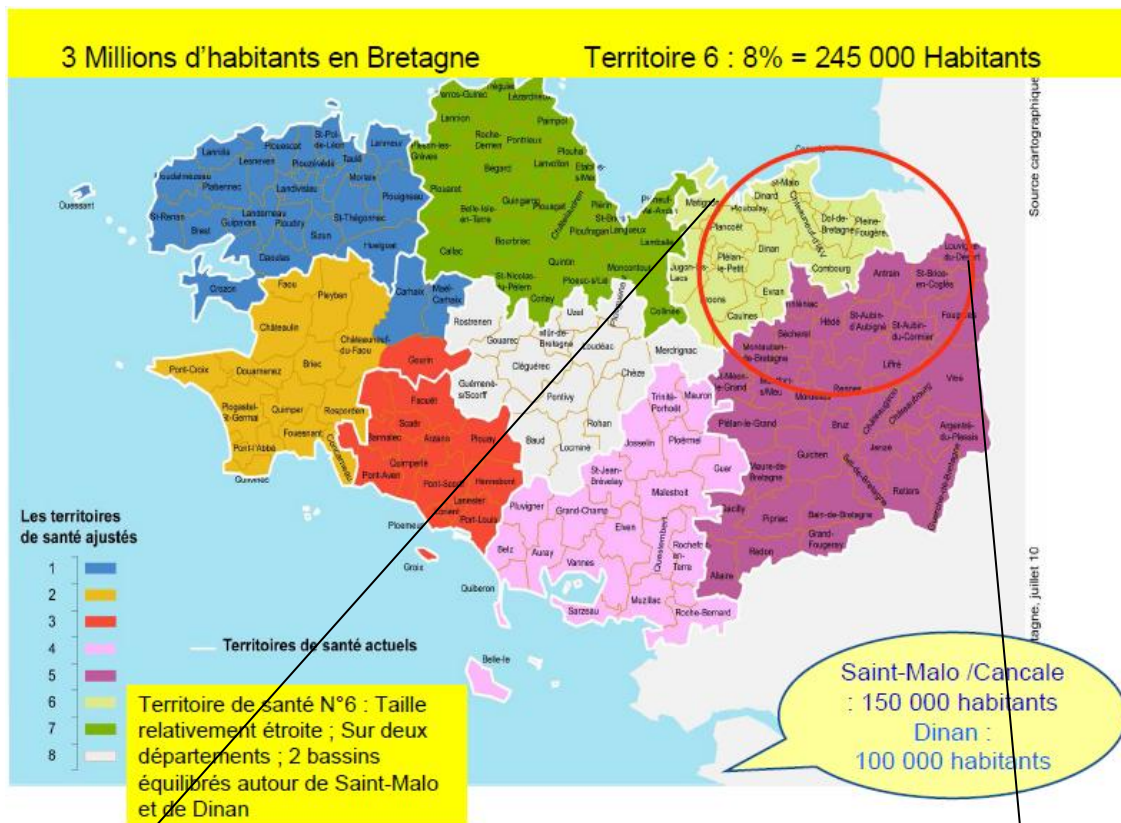
	Saint-Malo	Dinan	Cancale
Nombre de lits	1050	650	155
Nombre de pôles	8	5	
Personnel en ETP			
Pharmacien PH et vacataire	4,5	3,4	0,5
Assistant	1	0	
Interne	1	0	
Secrétaire	0	0,5	
Cadre de santé	0	1	
Préparateur	13,2	6,9	
Agent administratif	1,8	1,15	
AS	1,8	0,5	0,5
Magasiniers	3	2	
Heures d'ouvertures			
Semaine	8h30-18h30	8h30-12h30 14h30-17h30	*
Weekend	9h-13h	8h30-12h30 *Lundi 8h45 -	
1- Dispensation globale de médicaments Dispositifs médicaux Solutés massifs (globale sur commande/an)			
Nombre d'armoires	2324		4
Médicaments		3276	208
Solutés	2340	2548	104
Dispositifs médicaux	2496	2548	104
Volumet en lignes de commande	120000	185000	
Temps dédié préparateur en ETP	2,8	1,1	
Temps dédié magasinier en ETP		1,3	0,25
Horaire	8h30-16h30	8h30-12h30	8h45-16h30
2- Dispensation nominative des médicaments			
Nombre de lits	900	442	55
Nombre de lignes de dispensation nominative par semaine	7300	3700	250
Horaire	8h30-16h30	8h30-17h30	horaire pharmacie
Temps dédié en ETP	2,6	1,5	0,9 CCM 0,6 SSR A SSR B JA
3- Validation pharmaceutique des ordonnances			
Nombre de lignes de prescriptions analysées/an	25000	6700	
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,5	0,5	0,05
4- Gestion des stupéfiants			
Volume activité en lignes de dispensation	13000	2013 4650	2013 380
	15000	2014 4800	2014 297
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,5	0	0,025
Temps dédié en ETP Préparateur	0	0,4	0
5- Guichet - Accueil			
Temps dédié en ETP Préparateur	1,9	1,1	
Temps dédié en ETP Pharmacien	1	0,6	0,05
6- Retrocessions			
Nombre d'ordonnances	1087	2013 767	2013
	1523	2014 781	2014
HAD	260	0	
AUB	105	0	
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,033	0	
Horaire	8h30-18h30	8h30-17h30	
(samedi)	9h-13h	8h30-12h30	

7- Chimiothérapies					
Nombre de préparations	7043	2013	2518	2013	
	8164	2014	2726	2014	
Horaire UCPC	8h30-16h30		9h-12h30		
Temps dédié en ETP Préparateur	1,2		0,5		
Temps dédié en ETP Pharmacien	1		0,5		
8- Essais cliniques					
Nombre	8		1		
9- ATU					
Nombre de spécialités	15		10		
Nombre de lignes de dispensation (rétrocessions)			83		
10- Gestion des marchés					
Nombre de lots médicaments groupe Saint Briec	816		800		250
Nombre de réf. médicaments groupe Saint Briec			1115		324
Nombre de lots DM Saint Briec	352		350		98
Nombre de réf. DM groupement Saint Briec			432		121
Nombre de procédures	8		1		
Nombre de références en marché négocié (DM)	515		660		10
Temps dédié en ETP Préparateur			0,1		
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,4		0,1		0,1
Temps dédié en ETP Secrétariat			0,3		
11- Commandes médicaments					
Chiffre d'affaires	10 315 704 €		3 723 000 €		134 720
Personnel en ETP	0,6				
12- Dispositifs médicaux stériles					
Chiffre d'affaires	4 960 700 €		1 503 300 €		18 609
Personnel en ETP	1		0,6		
13- Stérilisation					
Volume annuel en m3	940	2013		2013	
	979	2014		2014	
Nombre de cycles	2176	2013		2013	
	2267	2014		2014	
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,2				
Temps dédié en ETP IBODE	2,4				
Temps dédié en ETP AS	9,4				
14- USPN					
Nombre de détenus	84				
Nombre de lignes de dispensation nominative	9470	2014		2014	
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,15				
Temps dédié en ETP PPH	0,2				
Temps dédié personnel administratif	48h/an				
15- Gestion des fluides médicaux					
Nombre de PV de réception	4	2013	10	2013	0
	12	2014	1	2014	4
Nombre de prises contrôlées	199	2013	42	2013	0
	171	2014	52	2014	60
Temps dédié en ETP Pharmacien	0.05	2013		2013	
	0,033	2014		2014	
16- Gestion des eaux d'hémodialyse					
Nombre de prélèvements réa	39	2013		2013	
	46	2014		2014	
Nombre de prélèvements HD (boucle +générateurs)	205	2013		2013	
	189	2014		2014	
Temps dédié en ETP Pharmacien	0.05	2013		2013	
	0,033	2014		2014	

17- Management Qualité PEC médicamenteuse					
Nombre de signalements d'E.I. circuit médicament, PEC médicamenteuse		2013	85	2013	
		2014	85	2014	
17.1- Pharmacovigilance					
Nombre de signalements reçus par le correspondant pharmacovigilance	34	2013	12	2013	0
	30	2014	12	2014	3
Nombre de signalements transmis à l'ANSM, CRPV	34	2013	12	2013	0
	22	2014	12	2014	1
1.,2- Matéiovigilance					
Nombre de signalements reçus par le correspondant matéiovigilance	58	2013	46	2013	0
	50	2014	43	2014	2
Nombre de signalements transmis à l'ANSM	53	2013	0	2013	0
	47	2014	4	2014	0
17.3- Pharmacovigilance - Matéiovigilance					
Nombre d'alertes descendantes reçues de l'ANSM - DM	533+125	2013		2013	
	610+131	2014	440	2014	
Nombre d'alertes descendantes concernant le CH	42+39	2013	?	2013	1
	37+35	2014	?	2014	2
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,1		0,4		
19- Préparations magistrales					
Nombre	449	2013	18	2013	0
	138	2014	40	2014	0
20- Traçabilité DMI, MDS, MO (lignes)					
DMI	2450		430		
MDS	2450		1357		
Chimiothérapies	3000		1121		
MO	700		3726		
Temps dédié en ETP Pharmacien	0,1		0		
Temps dédié en ETP Préparateur			0,1		
21- Réception médicaments et DM					
Nombre de lignes de réception (médicaments + DM)			15525		
Temps dédié en ETP Magasinier - Médicaments	1		0,4		Temps AS 0,2
Temps dédié en ETP Magasinier - DM	1				
Temps dédié en ETP Magasinier - Livraison armoires et préparation commandes solutés massifs	1		0		
22- Réintégration médicaments					
Réintégration des services de soins vers pharmacie (unités)	843000	2013	403900	2013	Temps et montant non évalués
	700000	2014	395700	2014	
Montants	305 000 €	2013	268 400 €	2013	
	403 000 €	2014	172 600 €	2014	
Temps dédié en ETP Préparateur			0,2		
23- Surconditionnement et réétiquetage					
Nombre de doses de médicament réétiquetées			228220		Activité
Temps dédié en ETP Préparateur			0,1		non
Temps dédié en ETP AS			0,5		réalisée
24- Suivi budgétaire - Informations pharmaceutiques					
Suivi budgétaire et transmission aux services (cadres et médecins)	tous les 4 mois		tous les 3 mois + 1/an		
Informations pharmaceutiques (bulletin d'information, messages, courriers aux services de soins)			2/an + X mails d'info		
Temps dédié en ETP Pharmacien			0,1		

Annexe 5 : Situation géographique des établissements de la CHT

« Rance Emerald »



Annexe 6 : Etude de faisabilité du projet de coopération entre les PUI de la CHT « Rance Emeraude »

ACTIVITE	PILOTES PROJET	MUTUALISATION						Organisation recommandée	Moyens nécessaires	Résultats attendus
		Réalisable		Envisageable			Non envisageable			
		Partiellement	Totalement	CT	MT	LT				
Astreintes			X					Constituer une malette d'astreinte Poser règles d'astreinte + déplacement	Effectif constant Circuit logistique à définir	Réaliser une étude sur les coûts liés à l'astreinte
Chimiothérapie							X	Activité de proximité : à conserver sur chaque site concerné		
Gestion des stocks (Stock médicaments + DM)			X					Dépendant des S.I.	Circuit logistique à définir	Economies d'échelle Economies sur les temps de commande Economie sur la valeur des stock
Gestion des marchés (DM)	M. COLIN MME ZEMMOUCHE		X	X				Marché des DM avec cellule marché (administratif + pharmacien)	Effectifs pharmaciens + administratif spécifique marché Logiciel EPICURE	Economies sur les prix d'achat Homogénéisation des références et fournisseur
Achats pharmaceutiques hors groupement départemental	M. COLIN MME ZEMMOUCHE		X	X						
Stérilisation					X			En attente de clarification relative au GCS Stérilisation CH Dinan/PPR		
Validation pharmaceutique	MME LE BOURLAIS M. BARDET	X		X				Mutualisation des méthodes et des règles de validation, indicateurs etc.	Augmenter les temps pharmaciens	Harmoniser le niveau de validation
EPP, Audits Conciliation médicamenteuse	MME DESOIL MME LAIGNEAU	X		X				Mutualisation des méthodes et des règles de validation, indicateurs etc.	Augmenter les temps pharmaciens	Harmoniser le niveau de validation
COMEDIMS	MME LE BOURLAIS MME LAIGNEAU	X		X						
Dispensation globale/ nominative		X							Investissement sur un automate pour le conditionnement/reconditionnement Mettre en place un circuit logistique	Développer le nominatif sur les EHPAD/SSR/USLD des 3 sites
Dispensation nominative automatisée/robotisée		X								
Déconditionnement / reconditionnement		X								
Analyses médico-économiques	M. COLIN MME ZEMMOUCHE		X	X				Travailler sur les mêmes tableaux de bord et indicateurs		Création de supports communs d'analyse
Suivi budgétaire des consommations et dépenses	M. COLIN MME ZEMMOUCHE		X	X						
Préparation magistrales			X			X		Utilisation des locaux du CH de Dinan seuls à être conformes	Revoir les moyens humains en préparateurs	Mise en conformité avec la réglementation
Pharmaco et matériovigilance	M. COLIN ou MME DESOIL Mme NORMAND		X	X				Gestion et centralisation des alertes par un pharmacien	A moyens constants	Gestion des alertes descendantes
Système d'information						X		En attente de la mise en œuvre du projet institutionnel SI		

Bilan de l'existant :

Descriptif	Forces	Faiblesses
Activité (quantitatif et qualitatif) : Organisation actuelle		
Organisation – Ressources humaines :		
Localisation géographique – locaux :		
Principaux équipements :		
Logistique :		
Divers :		

DESCRIPTION DU PROJET**Objectifs du projet :**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Description générale du projet : (organisation, méthodologie) :**RESULTATS ATTENDUS****Impacts et bénéfices attendus**

Pour les patients	
Pour les équipes	
En termes de santé publique	-
Pour l'établissement	-

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 14-15

**Les coopérations comme outils d'efficience :
L'exemple des pharmacies de la CHT Rance-Emeraude**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université VILLE>

Résumé :

Dans un contexte global de contraction des finances publiques, le secteur sanitaire et médico-social est particulièrement impacté par les mesures d'économie visant à réduire les dépenses publiques de santé. Face à l'impératif de réduire les déficits des établissements tout en conservant une bonne qualité et sécurité de prise en charge des usagers, les pouvoirs publics ont créé des dispositifs juridiques de coopérations entre les structures sur les territoires.

Depuis les années 1970, le cadre juridique de ces coopérations n'a cessé d'évoluer jusqu'à la mise en œuvre de la loi « HPST » du 21 juillet 2009 faisant des coopérations le principal outil pour réaliser des gains d'efficience grâce à l'évolution du dispositif des GCS et la création des CHT.

Désormais, la recherche d'efficience se construit sur les territoires de santé, en lien avec les ARS, en mettant en œuvre des coopérations entre les établissements, et ce, tant dans le secteur public que le secteur public/privé. Il appartient aux directeurs des différentes structures de rendre possible ces coopérations en travaillant avec les partenaires potentiels.

Parmi les coopérations rendues possibles par ces outils juridiques, la possibilité gestion des PUI de la CHT « Rance Emeraude » dans le cadre du GCS existant a été mise à l'étude par le directeur. En effet, l'objectif consistait à étudier dans quelles mesures une telle coopération pourrait se mettre en place entre les trois pharmacies de la CHT.

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire a montré que les dispositifs juridiques de coopération comme les GCS ne sont pas une finalité en soi, mais uniquement des outils à la disposition du directeur pour améliorer l'efficience des organisations et la qualité de la prise en charge des usagers. Ainsi, comme on pu en témoigner les professionnels interrogés durant l'étude, chaque cas de coopération entre PUI doit faire l'objet d'une analyse précise afin d'en mesurer les réels enjeux mais aussi en définir les limites, notamment dans la perspective du nouveau dispositif de GHT.

Mots clés :

Coopération, efficience, qualité, sécurité, prise en charge, sanitaire, médico-social, mutualisation, CHT, PUI, GHT, GCS, directeur, mutualisation, économies

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.