



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2012**

Date du Jury : **Décembre 2012**

**Aspects financiers et comptables,
obstacles ou atouts de la construction
d'un groupement de coopération
sanitaire ?**

Véronique GENSUL

Remerciements

Je remercie l'ensemble des personnels du Centre Hospitalier de cette belle région qui m'a accueillie lors de mon stage et plus particulièrement mon maître de stage, Monsieur l'Attaché d'Administration Hospitalière, contrôleur de gestion, qui a accepté, malgré ses nombreuses obligations, de m'accompagner dans cette expérience de mise en situation professionnelle.

Mes remerciements vont également à :

- Monsieur le Directeur Général, qui a accepté le déroulement de ce stage dans son établissement,
- Monsieur le Directeur des Affaires Financières, qui n'a pas ménagé ses conseils,
- Madame la Directrice de l'Offre de soins qui m'a donné des clés pour rédiger le présent mémoire.
- Madame la Pharmacienne, chef de projet, qui a partagé ses informations et sa réflexion
- Mes interlocuteurs pour les Groupements de Coopération Sanitaire « Pharmacie à Usage Intérieur- Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes du Territoire de Belfort » et du « Groupement Audois de Prestations Mutualisées »

Sommaire

Introduction	1
1 Le Groupement de Coopération Sanitaire du Territoire X, réponse à des enjeux réglementaires et des contraintes économiques.....	5
1.1 Le contexte réglementaire	5
1.1.1 Un outil ancien.....	5
1.1.2 Une évolution réglementaire nécessaire.....	6
1.1.3 Une volonté d'adaptation	6
1.2 Le contexte local	7
1.2.1 Un territoire de santé étendu et peu peuplé	8
1.2.2 Des relations diverses et variées entre les établissements concernés par le GCS.....	9
1.2.3 Une politique de l'offre de santé entre planification et coopération	10
1.3 Des enjeux économiques immédiats et à plus long terme	11
1.3.1 Une gestion des ressources	11
1.3.2 La recherche d'économies d'échelle.....	12
1.3.3 Des organisations plus efficaces	13
2 Construire le budget d'un GCS : une démarche complexe dans le cadre d'une PUI.....	15
2.1 La recherche d'information	15
2.1.1 L'absence d'un modèle pré défini	15
2.1.2 Partage d'expérience : l'exemple du groupement audois de prestations mutualisées	16
2.1.3 Une littérature abondante pour un cadre réglementaire parfois imprécis	17
2.2 L'état des lieux	18
2.2.1 Une fiscalité peu claire.....	18
2.2.2 Une autorisation d'activité avec des contraintes particulières	21
2.2.3 Les prémices du projet en matière financières et comptables.....	23
2.3 L'implication des acteurs	24
2.3.1 La réduction de la lisibilité financière	25
2.3.2 La crainte d'une perte de contrôle sur l'activité et les processus ou l'espérance d'une organisation plus efficace pour tous	26

2.3.3	Les répercussions en termes d'organisation interne.....	26
2.4	Les éléments pratiques.....	28
2.4.1	La construction d'outils de collecte d'informations.....	28
2.4.2	L'établissement du budget du GCS.....	29
2.4.3	Le choix des modalités la gouvernance financière.....	30
3	Un plan d'action pour la construction des outils financiers et comptables du GCS.....	33
3.1	Une démarche projet à formaliser.....	33
3.1.1	L'étude d'opportunité.....	33
3.1.2	L'analyse des risques et aléas.....	34
3.1.3	Les avantages d'une étude médico-économique.....	36
3.2	Dépasser les résistances.....	38
3.2.1	L'évaluation des résistances aux changements.....	38
3.2.2	L'échange d'information.....	39
3.2.3	L'importance d'aborder au plus tôt les questions opérationnelles.....	40
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
EOH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène
EHESP	Ecoles des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
FMESPP	Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
GAPM	Groupement Audois de Prestations Mutualisées
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SAE	Statistique Annuelle d'Etablissement
SIH	Syndicat Inter Hospitalier
T2A	Tarifcation A l'Activité
TVA	Taxe à la Valeur Ajoutée
UTIL (GCS)	Unité de Traitement Inter-établissement de Linge

Introduction

La loi, dite Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST), conforte l'ère de la coopération des acteurs de santé en instituant une logique de complémentarité au niveau d'un territoire de santé, en permettant la mise en œuvre de stratégies communes. Cette reconfiguration de l'offre de soins est un enjeu majeur pour répondre au défi de l'égalité d'accès aux soins pour tous et à la pérennisation du modèle social français menacé par ses déficits.

La coopération entre établissements permet d'assurer une offre de santé efficiente, répondant aux enjeux de la loi HPST dont l'égal accès aux soins garanti pour tous au sein de tout le territoire. Les enjeux de la coopération sont à la fois économiques et démographiques. Elle doit permettre d'optimiser les moyens humains, les moyens matériels et de faire coexister des modèles juridiques et économiques différents. Pour certains, il s'agit d' « un partenariat structurel et d'un partage d'activités qui implique de part et d'autres des renoncements »¹, pour d'autres, c'est « remettre son avenir dans les mains d'autrui »². Le sujet ne laisse personne indifférent dans le monde de la santé en France à l'heure actuelle. Sans doute parce que le modèle de la concurrence, du partenariat, de la stratégie a longtemps été un peu tabou dans ce milieu. Et pourtant, l'imagination pour mettre en œuvre la coopération est débordante.

Ainsi, le rapport de la Cour des Comptes 2011³ sur la sécurité sociale ne dénombre pas moins de dix-neuf instruments de coopération différents. Cette variété des modèles cache pourtant des disparités : trois instruments sont en voie de disparition (le syndicat inter hospitalier, la clinique ouverte et la communauté d'établissements de santé) et il coexiste deux groupes de forme de coopération, les unes sont dites fonctionnelles et les autres organiques. Les modes de coopération fonctionnels ne permettent pas de créer des entités dotées de la personnalité juridique (cas de la communauté hospitalière de territoire), ce sont des accords d'association de fonctionnement. Par contre, les coopérations organiques permettent de créer des structures dotées de la personnalité morale pour exercer des missions communes.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) est un moyen de coopération organique qui permet à plusieurs entités de même nature juridique ou non de se regrouper en vue

¹ GUIMARD E., 23 mai 2008, « La Cité de Saint-Nazaire coûtera 280 millions d'euros », *Les Echos*, n°20178, page 6

²CHAUMONT C., Janvier 2012, « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », *Gestions hospitalières*, n° 512, P28

³ Cour des comptes, 2011, Rapport sur la sécurité sociale, chapitre 9, p262

de «faciliter, développer et améliorer l'activité des membres»⁴. Il s'inscrit dans une logique de performance du système de santé en particulier parce qu'il permet le rapprochement d'acteurs publics et privés.

Il n'en demeure pas moins qu'avant d'aboutir à la mise en œuvre d'un GCS, plusieurs étapes sont à respecter. L'analyse médico économique du projet est essentielle pour déterminer un certain nombre d'options relatives au financement du groupement, à sa fiscalité, à sa gouvernance. Souvent, il y a loin de l'idée de coopération à la convention constitutive du GCS. De plus, pour réussir une stratégie de groupe, il est fondamental que tous les acteurs connaissent les enjeux économiques et financiers de l'opération. En effet, l'un des facteurs clés de cette stratégie est la transparence des données entre les partenaires. Enfin, pour présenter une convention constitutive qui sert de base à l'approbation de la tutelle pour cette démarche, l'établissement d'un budget prévisionnel est nécessaire ainsi que les modalités d'évaluation de l'outil de coopération. Selon Catherine KELLER, directrice du pôle mutualiste St Nazairien, un des partenaires de la cité sanitaire de St Nazaire construite sur la base d'un GCS, l'étape de l'évaluation doit même être prévue dès le départ du projet⁵.

La dynamique coopérative peut ainsi se heurter à des considérations pragmatiques qu'il sera nécessaire de traiter. Le présent mémoire s'attache à savoir comment le faire en matière de finances.

L'étude de la réalisation d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) sur le Territoire de santé X permet d'analyser la mise en œuvre d'une stratégie d'établissement. En effet l'axe de coopération est un des enjeux majeur du projet d'établissement comme du contrat pluri annuel d'objectif et de moyen du Centre Hospitalier A, futur membre du GCS.

Ce projet nécessite la conception et l'utilisation d'outils pour effectuer une étude médico économique qui doit, non seulement appuyer l'étude d'opportunité du projet, mais aussi préparer la construction des outils de gestion financière et comptable du futur GCS.

Lors d'une réunion avec le directeur général du Centre Hospitalier A, il a été acté qu'il prenait en charge la rédaction de la convention constitutive et du règlement intérieur du GCS. Il a rappelé que le praticien (en l'occurrence une pharmacienne) qui était détachée pour le projet de GCS devait préparer le projet opérationnel et que la direction des affaires financières et particulièrement l'attaché, contrôleur de gestion, avait pour mission d'étudier les gains apportés par la création du GCS. C'est en mettant son expertise

⁴ Article L6133-1 du Code de la Santé Publique

⁵ KELLER C, Février 2012, Coopération hospitalière inter-établissement, Cours EHESP pour les élèves AAH, Rennes

financière au service de la construction du GCS que l'attaché, du service financier de cet établissement, est associé au projet.

Mais quels sont, en matière financières et comptables, les freins et les leviers de la construction d'un GCS ? Selon quels méthodes et outils, un attaché d'administration au service des finances peut il contribuer à la réalisation d'un GCS?

Afin d'apporter une réponse à la question initiale, une recherche bibliographique a été faite sur la base de mémoires de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), d'articles de périodiques, de rapports sur le sujet, de guides. La méthode de l'observation directe a été mise en pratique lors des différentes réunions relatives à la mise en place du GCS de territoire, afin de saisir directement les attentes et les contributions des acteurs du projet. Une démarche avec des entretiens exploratoires a permis de compléter les informations pour alimenter la réflexion. Ces entretiens ont contribué à définir les gains apportés (ou non) par la mise en place de la coopération. Mais aussi, à participer à la construction des outils de gestion financière et comptable du GCS. Enfin, les travaux du présent mémoire ont été complétés par des entretiens semi directifs auprès de différents professionnels concernés⁶ par la construction du GCS. Une grille d'entretien⁷ comportant plusieurs thématiques a été réalisée, elle était parfois adaptée en fonction du statut de la personne rencontrée (technicien, directeurs, médecins...). Cette méthode a paru plus facile qu'un questionnaire pour expliquer directement aux interlocuteurs la démarche et éviter les malentendus.

Dans un premier temps, il sera fait état du contexte réglementaire des groupements de coopérations sanitaires ainsi que des raisons qui ont présidées au choix de cet outil de coopération pour le Territoire X. Si les coopérations sont nombreuses et mises en œuvre depuis longtemps entre les acteurs du GCS, il aura fallu attendre la contrainte réglementaire liée à la transformation d'un Syndicat Inter-hospitalier, et la fermeté des politiques publiques en matière d'amélioration de l'offre de soins, pour concrétiser une coopération organique.

Dans un second temps, la démarche suivie pour faire aboutir ce projet sera présentée. Il s'agira d'analyser plus particulièrement la méthode suivie pour construire le budget du futur GCS. Le rôle des acteurs du futur GCS est particulièrement influencé par la crainte de perdre, non seulement la lisibilité financière de l'activité gérée en commun, mais aussi le contrôle de l'activité. D'où l'importance de clarifier la mise en œuvre pratique des outils.

⁶ Liste des personnes rencontrées Annexe I

⁷ Modèle grille d'entretien Annexe II

A partir de là, une démarche pour faciliter la construction des outils financiers et comptable du GCS sera proposée. Au travers de cette technique, la part de l'implication de l'attaché d'administration hospitalière sera soulignée.

1 Le Groupement de Coopération Sanitaire du Territoire X, réponse à des enjeux réglementaires et des contraintes économiques

Dans un contexte de raréfaction des ressources médicales et de contraintes financières, les mouvements de coopération entre établissements de santé ont du être encouragés et surtout disposer d'un cadre juridique mieux adapté. En effet, les établissements de santé sont restés longtemps dans une solitude consommatrice de ressources au détriment d'une offre de soins qui devrait être mieux coordonnée. Les réticences à coopérer sont aussi souvent le résultat de l'histoire des relations entre établissements.

1.1 Le contexte réglementaire

Depuis longtemps le législateur a tenté de favoriser le rapprochement des offreurs de santé. Un nombre de textes législatifs et réglementaires important est consacré à la coopération hospitalière, preuve de la tentative d'adapter l'outil aux contraintes du terrain.

1.1.1 Un outil ancien

En matière de santé, la volonté d'ordonner l'offre de soins, et de mutualiser les moyens, est ancienne, puisque dès les années 70 les pouvoirs publics instauraient un premier cadre juridique de coopération : les syndicats inter hospitaliers (SIH) créés par la loi du 31 décembre 1970⁸. Il faudra pourtant attendre la loi du 31 juillet 1991⁹, pour permettre aux établissements de santé de recourir à d'autres formes de coopération en adhérant à des groupements d'intérêt public (GIP) ou à des groupements d'intérêt économique(GIE) ou en utilisant des conventions de coopération. Cette loi Evin est la première où l'on parle de concurrence à propos des établissements de santé. Malgré la création de ces dispositifs, les coopérations tardent à se mettre en œuvre, très peu de syndicats sont créés (une trentaine).

Pour relancer la dynamique de coopération, les pouvoirs publics ont voulu instaurer un nouvel outil de décloisonnement entre établissements de statuts juridiques différents. L'ordonnance du 24 avril 1996¹⁰ permet la création du groupement de coopération sanitaire pour décloisonner en particulier le secteur public et le secteur privé. L'article L713-11-1 de la loi dispose que « Le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des

⁸ Loi n°7061318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

⁹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

¹⁰ Ordonnance n°966346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

plateaux techniques tels que des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux ». Cet outil va, dès sa création, être conçu pour s'adapter aux besoins des acteurs de santé et cela se traduira par une évolution juridique permanente de son statut.

1.1.2 Une évolution réglementaire nécessaire

Un continuum juridique s'instaure de 1996 à nos jours à propos du groupement de coopération sanitaire. Celui-ci est présenté, dès 2003 comme un outil adapté au monde médical et hospitalier. L'ordonnance du 4 septembre 2003¹¹ le définit comme « l'outil privilégié » de la coopération. C'est le même texte qui ouvre le GCS aux professionnels libéraux et au secteur médico-social et favorise ainsi un parcours de soins coordonné.

Auparavant, en 1999, le législateur a permis au GCS d'être porteur d'autorisations d'équipements lourds et l'autorise, en 2002, à exploiter des activités de soins pour le compte de ses membres. C'est également l'ordonnance de 2003 qui permet au GCS de devenir l'instrument privilégié des réseaux. De plus, le GCS peut être employeur et exercer les missions d'un établissement de santé sans en être un lui-même. Ces deux éléments devaient favoriser le rapprochement des établissements autour d'un outil juridique permettant d'élargir le champ des activités de coopération.

Malgré cela, le nombre de GCS peine à se développer et c'est ainsi qu'en 2007, il n'existe qu'à peine 128 GCS¹² contre 45 000 conventions et 400 associations¹³.

Pour autant, les pouvoirs publics, toujours dans le souci de rationaliser l'offre de soins et de garantir leur qualité, ont engagé une évolution des outils de coopération.

1.1.3 Une volonté d'adaptation

C'est la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 «Hôpital, Patients, Santé, Territoires » qui va procéder à un toilettage des outils de coopération auxquels un établissement de santé peut recourir. Cette loi permet ainsi au GCS de se voir attribuer par le directeur général d'une Agence Régionale de Santé (ARS), une ou plusieurs missions de services publics. Pour les exercer, sont nettement distinguées deux types de formes juridiques : le GCS de moyens et le GCS établissement de santé. L'objet de chaque catégorie de GCS est

¹¹ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'hospitalisation publique et privée.

¹² Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, 2010, Recensement annuel des GCS : bilan au 30 juin 2010,p3

¹³ CALVEZ P., 2010, La mutualisation inter-établissements : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social, Mémoire EHESP, Rennes, p7

clairement énoncé¹⁴. Les GCS établissement de santé sont titulaires d'une ou plusieurs autorisation de santé et fonctionnent quasiment comme un établissement de santé. Cependant, le plus grand nombre de GCS demeure celui des GCS de moyens permettant à des établissements de gérer, en mutualisation, une ou plusieurs activités avec la possibilité de mettre en commun des moyens humains, des locaux et des matériels.

Enfin, la loi n°2011-940 du 10 août 2011, dite « Fourcade »¹⁵ permet de choisir librement la nature juridique du groupement lorsque celui-ci est composé de personnes publiques et privées, disposition qui permet de revenir à la situation antérieure à la loi HPST. Cela peut parfois simplifier l'adhésion des uns ou des autres à un projet de coopération, surtout pour les partenaires du secteur privé, comme le soulignait le rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé¹⁶.

Ainsi, le GCS devient un outil souple aussi bien pour son objet que pour la qualité de ses membres et sa nature juridique.

1.2 Le contexte local

Le guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) sur les coopérations paru en 2011 souligne la nécessité de tenir compte des « particularités locales » en équilibre avec « l'efficacité économique et la qualité des prestations »¹⁷. Les priorités en santé publique sont présentées à l'échelle d'un territoire et l'offre de soins est organisée au travers d'un maillage à plusieurs niveaux : national, régional, infrarégional et territoire de santé de proximité. Le projet de GCS observé dans ce mémoire s'inscrit dans un cadre quasi départemental où coexistent des offreurs de santé et médico-sociaux de tailles et de natures juridiques différentes. La tutelle, comme sur l'ensemble du territoire national, encourage la mise en place de coopération organique afin de mieux planifier l'offre de soins et ainsi améliorer la réponse aux besoins de la population.

En ce qui concerne les établissements publics de santé, la loi HPST a quelque peu atténué le lien entre la structure et la collectivité d'implantation d'abord en ne les qualifiant plus d'établissements « communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux, ou nationaux » et surtout en élisant le président du Conseil de Surveillance parmi deux collègues au lieu d'attribuer la présidence au maire de la

¹⁴ BERGOIGNAN-ESPER C., 2009, « Le groupement de coopération sanitaire », Actualités Jurisanté, n°66

¹⁵ 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

¹⁶ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, juillet 2011, Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, p25

¹⁷ ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 1, Agence Nationale d'Appui à la Performance p41

commune d'implantation. De plus, la signature d'une convention de coopération avec des professionnels de santé ou d'autres établissements est un pouvoir propre du directeur qu'il exerce avec le directoire. Ces dispositions doivent contribuer à engager des actions de coopération pour lesquelles les élus des collectivités locales sont parfois réticents.

1.2.1 Un territoire de santé étendu et peu peuplé

Le territoire de santé, nommé Territoire X, où naît ce projet de GCS est un territoire rural, montagnard. La densité de population est très faible (24 habitants/km², moyenne régionale 157). La première ville du département compte moins de 40000 habitants. Ce territoire bénéficie, en outre, d'une forte attractivité touristique, avec des variations saisonnières de population importantes. Ces particularités liées à la population, combinées à une situation géographique avec des axes de circulations difficiles, expliquent en partie les caractéristiques de l'offre de soins de ce territoire.

L'offre sanitaire hospitalière est répartie entre 5 établissements publics de santé et 18 établissements privés essentiellement à but non lucratif qui ont principalement une activité de soins de suite et de réadaptation (seule une clinique privée est installée au chef lieu de département avec une activité de court séjour). En 2011, d'après les statistiques de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière, l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique pour l'ensemble du département représente 65 298 séjours ou séances (soit 2.8 % du total régional). En hospitalisation complète, le taux d'équipement en lit est de 3.7 lits pour 1000 habitants alors que la moyenne nationale est de 3.52¹⁸. En ce qui concerne le secteur médico social relatif aux personnes âgées (pour l'instant le secteur du handicap et de l'enfance n'est pas concerné par le projet de GCS), le Territoire X comporte un peu plus d'une vingtaine de structures avec une proportion importante d'établissements privés.

Certains établissements de santé du territoire ont dû, réglementairement, s'inscrire dans une démarche de coopération de type fédération médicale inter-hospitalière. C'est le cas pour un établissement ayant moins de 8000 passages dans son service d'urgences et dont l'autorisation d'activité est subordonnée à sa participation à une fédération.

D'autres établissements bénéficient d'autorisation d'activité, en particulier en oncologie, sous réserve d'accord cadre avec des centres de référence régionaux. Ces aménagements sont tous le fait de la volonté des pouvoirs publics de proposer une offre de soins de proximité sans négliger la qualité. De ces fragilités naissent aussi, parfois des relations peu sereines entre les établissements du territoire.

¹⁸ Source : diagnostics territoriaux de l'ARS du Territoire X

1.2.2 Des relations diverses et variées entre les établissements concernés par le GCS

La crainte du « petit » d'être absorbé par le « gros » n'est pas étrangère aux acteurs en santé du territoire. Pour l'instant le secteur médico-social semble épargné par ce phénomène.

Depuis longtemps, les établissements de ce territoire tissent des liens conventionnels souvent au gré des exigences réglementaires, parfois pour des questions de démographie professionnelle. Par exemple, l'activité de stérilisation n'est plus faite par un établissement qui a conclu une convention avec un autre, évitant ainsi une mise aux normes coûteuse et un processus onéreux pour le volume traité. Les mises à disposition de médecins, par convention, sont également fréquentes.

Certaines Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) se développent dans le cadre de conventions, les seuils de population étant très faible et le territoire étendu. C'est le cas, par exemple, pour l'organisation de l'activité de consultation mémoire, ce qui permet de positionner certains professionnels sur des activités multi-sites.

Ces nombreuses relations conventionnelles sont un frein, finalement, pour envisager d'autres formes de coopération. Une partie des acteurs du futur GCS peut être tentée par l'immobilisme. Cette attitude est aussi renforcée par certaines expériences malheureuses de partenariat. C'est le cas d'un établissement qui avait, avant la mise en place de la Tarification à l'Activité (T2A), une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) dont il partageait le personnel avec l'hôpital voisin. Cette équipe avait été construite avec l'aide de la tutelle sur la base de la couverture des deux bassins hospitaliers. Lorsque le financement de cette équipe s'est retrouvé inclus dans le financement des séjours hospitaliers, l'un des établissements a décidé unilatéralement l'arrêt de l'intervention de l'EOH dans l'autre établissement concerné. Ce procédé un peu cavalier a laissé perdurer une méfiance en matière de construction de projet de coopération. Sans une réelle confiance entre les acteurs, la coopération est vaine. Pour sa réussite, il faut que tous les partenaires aient un gain à coopérer et qu'aucun n'ait un profit particulier.

Enfin, des opérations de planification hospitalière sont en cours pour d'autres types d'activités que celles concernées par le futur GCS. Cette situation provoque une confusion dans les esprits et ne simplifie pas la démarche de coopération envisagée. Les objectifs de la coopération sont ici confondus avec la restructuration de l'offre de soins. L'implication des autorités de régulation est en la matière déterminante.

1.2.3 Une politique de l'offre de santé entre planification et coopération

La coopération est un des moyens de recombinaison de l'offre de soins, et il n'est pas le seul, comme l'affirme le rapport sur les fusions de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)¹⁹. Les ARS ont donc tout leur rôle à jouer sur le sujet puisqu'aux avantages trouvés par les établissements à coopérer s'ajoutent celui de la tutelle à la recherche « d'une répartition optimale des structures sur le territoire, voire celui d'une meilleure maîtrise de la dépense »²⁰.

Pour les rapprochements d'établissement, la loi permet au directeur de l'ARS de demander aux Conseils de Surveillance des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer une Communauté Hospitalière de Territoire, un Groupement de Coopération Sanitaire ou un Groupement d'Intérêt Public ou de fusionner. Si les Conseils de Surveillance refusent, il peut ensuite les contraindre à le faire²¹. En fait, ces procédés sont assez peu utilisés car les directeurs d'ARS privilégient le consensus au lieu de la coercition. C'est d'autant plus nécessaire que la réussite d'une coopération dépend essentiellement de l'adhésion des acteurs concernés, et en tout premier lieu de celle de la communauté médicale²². Pourtant, il faut s'attendre au développement d'un contrôle d'opportunité des conventions de coopérations et plus seulement à un contrôle de légalité.

Cependant, en période de restructuration hospitalière, la contrainte par la contractualisation (via les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) n'est déjà pas à négliger, tout comme l'octroi d'une autorisation d'activité subordonnée à l'engagement de s'inscrire dans une démarche de coopération. C'est d'autant plus facile lorsque les contraintes réglementaires de seuil minimum ou de qualification requise pour l'exercice d'une activité sont présentes dans la négociation.

La démarche de coopération est également encouragée financièrement puisque les établissements qui s'y engagent peuvent bénéficier de crédits du Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP). Ces financements peuvent tout aussi bien permettre, par exemples, un accompagnement par des cabinets conseils, l'affectation de personnel sur l'étude préparatoire.

Au 30 juin 2010, les ARS recensent 347 GCS, dont la nature juridique est presque équitablement répartie entre GCS de droit public (49,9 %) et de droit privé (50.1 %). Parmi

¹⁹ IGAS, mars 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années », p15 .

²⁰ Cour des Comptes, 2011, Rapport sur la sécurité sociale, Chapitre 9, p263

²¹ Article L6131-2 du code de la santé publique

²² IGAS, mars 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années », p116.

les GCS de moyens, une cinquantaine déclare gérer des activités de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) mais seuls 11 GCS sont titulaires d'une autorisation de PUI²³.

1.3 Des enjeux économiques immédiats et à plus long terme

La démarche de coopération s'inscrit dans celle de la rationalisation de l'offre de soins et la recherche de l'efficacité nécessaire au maintien d'un système de santé de qualité. Comme le recommande l'ANAP, le gain financier après mise en œuvre de la coopération doit être supérieur à la situation financière constatée avant coopération²⁴ pour tous les établissements partenaires.

1.3.1 Une gestion des ressources

La démographie des professionnels de santé est ainsi faite qu'ils sont souvent mal répartis sur le territoire. En milieu rural, la pénurie peut même s'installer. La qualité des soins ne peut être mise en péril par ce manque de professionnels. Aussi, la mutualisation de ressources humaines peut présenter des solutions pour attirer des professionnels qui ne veulent plus et/ou ne peuvent plus exercer seuls. En effet, à la recherche d'une qualité de vie professionnelle, il faut ajouter les impératifs liés à la permanence des soins, aux contraintes particulières de chaque activité.

Dans le cas de la gestion d'une PUI, la présence d'un pharmacien est obligatoire pour son fonctionnement. En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), l'évolution de la réglementation est en cours mais surtout la lutte contre l'iatrogénie est une priorité. La présence d'un pharmacien est le garant de cette démarche. C'est pourquoi de nombreuses structures de taille modeste n'ayant pas toujours une réponse appropriée en officine, recherchent des solutions au travers de la coopération.

Pour les contraintes de pharmacie, même si la réflexion, pour le projet de GCS du Territoire X, est en cours à l'heure de la rédaction de ce mémoire, une étude sera conduite pour l'organiser avec l'ensemble des praticiens des établissements membres du groupement. Cette démarche apportera même à certains membres une réponse aux recommandations faites par l'ARS dans le cadre de l'exécution des Contrats de Bon Usage où il n'est pas rare que la question de la permanence des pharmaciens soit abordée pour les structures de petites tailles.

²³ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, 2010, Recensement annuel des GCS : bilan au 30 juin 2010, 10 p

²⁴ ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 1, Agence Nationale d'Appui à la Performance, p57.

De plus, la fonction de pharmacien est complexe et requiert une grande disponibilité dont ne disposent plus actuellement les praticiens des structures membres du futur GCS. Dans les établissements de santé, la fonction achat des médicaments a progressivement été dévolue aux pharmacies. Certes, cette opération nécessite l'expertise du pharmacien mais sa gestion doit relever de personnel formé et spécialisé pour le métier d'acheteur. En effet, la négociation peut être renforcée et la politique d'achat mieux maîtrisée. Le regroupement de plusieurs acteurs peut permettre de mettre en place une politique de formation ou de recrutement en ce sens. Dès lors, le concours du pharmacien ne sera requis que pour la partie technique de l'achat pendant que la fonction administrative et commerciale sera assurée par d'autres personnels. Le temps ainsi dégagé pour le pharmacien pourra être par exemple utilisé pour la mise en œuvre de l'analyse pharmaceutique²⁵ afin de sécuriser la prescription.

1.3.2 La recherche d'économies d'échelle

L'intérêt de mutualiser dans le domaine des fonctions logistiques et achats est reconnu pour les raisons suivantes :

- la massification des flux physiques est source d'économie ;
- une mutualisation des activités relatives à l'approvisionnement et à la gestion des stocks peut être mise en œuvre ;
- il est envisageable d'étudier de nouvelles formes de stockage, plus adaptées, permettant une meilleure productivité ;
- l'atteinte d'un seuil critique peut favoriser de nouveaux projets ;
- les relations avec d'autres professionnels sont sources d'amélioration des process.

C'est la théorie des rendements d'échelle croissants qui peut être mise en œuvre: le coût unitaire des unités produites diminue avec le volume d'unités produites. Mais cela suppose la suppression de doublons, l'harmonisation des outils et des procédures. Ce n'est pas toujours le cas et la création d'un groupement de coopération sanitaire ne peut être fondée seulement sur cette théorie.

Dans le projet étudié, deux axes sont privilégiés pour la PUI unique née du GCS :

²⁵ Selon le référentiel de pharmacie hospitalière de la Société Française de Pharmacie Clinique, 1997, l'analyse pharmaco-thérapeutique (ou analyse pharmaceutique) des prescriptions consiste à vérifier a minima, la posologie, les interactions médicamenteuses, les rythmes d'administration, les incompatibilités physico-chimiques, l'adéquation avec la présentation commerciale prescrite et à émettre des conseils pharmaceutiques de bon usage. L'historique médicamenteux peut entre autres, aider à la recherche éventuelle d'équivalents thérapeutiques. La traçabilité de l'analyse est assurée et sa validation est effectuée compte tenu des éléments raisonnables disponibles. Toute intervention pharmaceutique visant à optimiser ou sécuriser le traitement du patient est tracée.

- centraliser et automatiser un magasin pharmacie
- effectuer une dispensation globale vers tous les membres du GCS ayant opté pour l'activité PUI.

Ce projet permet de rationaliser les fonctions achat, approvisionnement et distribution des médicaments. Le regroupement des acteurs facilitera l'acquisition d'un robot de stockage des médicaments qui générera des gains de productivité. L'unicité du lieu permettra de mettre en œuvre la technique de « cross-docking » (les marchandises transitent des quais d'arrivée aux quais de départ sans passage par le stock. Le fournisseur prépare une seule commande en répartissant les différentes quantités commandées pour chaque établissement)²⁶.

Autre axe d'économie, la mise en place de la dématérialisation de la commande (e-procurement), n'est possible que sur des volumes d'achat conséquents. L'effet seuil critique joue là aussi. En ce qui concerne le GCS étudié les commandes concerneront environ 1700 lits et places.

1.3.3 Des organisations plus efficaces

L'un des avantages de la mutualisation de personnel dans le cadre d'une coopération est l'effet d'apprentissage, c'est-à-dire que l'on fait mieux ce que l'on fait souvent. Des gains de productivité peuvent ainsi être générés. Le groupement de coopération sanitaire, lorsqu'il a pour objet de mutualiser des moyens, doit permettre d'augmenter la capacité d'une équipe à prendre en charge un processus de production en ayant des compétences plus élargies (la taille peut permettre d'attirer de nouveaux talents ou de mieux former les acteurs existants), de mettre en place des processus mieux identifiés. C'est d'autant plus vrai si la coopération concerne des fonctions logistiques.

Dans le cas du projet de GCS observé pour ce mémoire, au-delà de l'activité de pharmacie, des activités de blanchisserie, de biologie médicale et de soins palliatifs seront ultérieurement mutualisées pour quasiment l'ensemble des acteurs de santé et médico sociaux du territoire. Les acteurs devront coordonner leurs actions et bénéficieront de l'expérience des autres. A moyen terme, la coopération permet de développer des protocoles communs, ce qui sera le cas pour le circuit du médicament, la pharmacie étant la première activité mutualisée. Le projet s'appuiera sur l'uniformisation maximale du livret thérapeutique qui sera ciblé par spécialité médicale, par patient à risque.

Pour une activité de PUI, l'automatisation de certaines tâches permettra de « libérer du temps de préparateur qui par son intervention dans les unités de soins soulagera

²⁶ Schéma GCS PUI réalisé par la pharmacienne, chef de projet – Annexe III

l'infirmier lui permettant de se consacrer à l'administration des médicaments injectables, les plus à risques. De la même façon, une partie du temps consacrée par le pharmacien à des tâches administratives, dans le cadre de la fonction achats, peut être plus utilement consacrée à effectuer l'analyse pharmaceutique des ordonnances pour sécuriser la prescription ».²⁷

Si poser le diagnostic des raisons qui conduisent à choisir la mutualisation de l'activité de PUI est assez aisé, il est plus difficile de passer à la phase conceptuelle de la démarche au travers de la réalisation d'un projet de budget du groupement.

²⁷ • IGAS, mai 2011, « Le circuit du médicament », synthèse p VI.

2 Construire le budget d'un GCS : une démarche complexe dans le cadre d'une PUI

Plusieurs établissements du Territoire de santé X sont concernés par la transformation juridique de leur syndicat inter hospitalier (SIH) fondé, entre autres, pour l'activité de pharmacie. En effet, la loi HPST du 21 juillet 2009 impose la transformation des SIH, dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi. Ces syndicats sont transformés, «*sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle*», en communauté hospitalière de territoire, Groupement d'intérêt public ou en Groupement de coopération sanitaire²⁸.

Par ailleurs, des établissements médico-sociaux publics comme privés n'ont pas d'autorisation de pharmacie à usage intérieur et éprouvent des difficultés pour leur approvisionnement en médicaments et la gestion pharmaceutique en général. C'est dans ce contexte que les établissements du territoire ont choisi de privilégier la construction d'un GCS avec une activité de PUI. L'un des établissements, futur membre du projet a été choisi pour engager les premières démarches pour la construction de cet outil de coopération et a confié, à un attaché d'administration hospitalière des services financiers, la mission de construire un budget. Avant de proposer un projet de fonctionnement comptable et financier, l'attaché a du préalablement s'informer sur le fonctionnement d'un GCS avec PUI et rechercher l'état de la réglementation.

2.1 La recherche d'information

Le corolaire de la souplesse de l'outil de coopération qu'est le GCS c'est qu'il a mille visages. Lorsque le temps est venu de se pencher sur sa construction et sa mise en œuvre pratique, c'est souvent l'expérience des précurseurs qui prévaut. Les monographies de l'ANAP²⁹ sont enrichissantes mais comme la majorité de la littérature sur le sujet, elles révèlent un cadre réglementaire parfois imprécis.

2.1.1 L'absence d'un modèle pré défini

Des responsables financiers de plusieurs établissements ont été rencontrés et chaque modèle de GCS présenté avait des caractéristiques assez différentes. Un GCS de moyens est quasiment construit « au cas par cas ». Cela est du, comme évoqué infra, au choix du régime fiscal mais aussi aux activités qui font l'objet de la mutualisation, à la variété de la nature juridique des membres du groupement. Cette souplesse d'organisation fait aussi la force de l'outil. Les acteurs peuvent modéliser le support de la

²⁸ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, III de l'article 23

²⁹ • ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Monographie, Agence Nationale d'Appui à la Performance, 28 p.

coopération et ainsi mieux répondre à leurs besoins. Toutefois, pour qui cherche à construire son outil, malgré les avis de cabinets conseils spécialisés, l'expérience d'autres acteurs dans le même domaine est une ressource à ne pas négliger. Parce que des processus déjà mis en place sont déjà évaluables, parce que des écueils ont déjà du être surmontés, le témoignage d'autres établissements, ayant déjà conduit une opération de coopération avec une pharmacie à usage intérieur, est précieux.

2.1.2 Partage d'expérience : l'exemple du groupement audois de prestations mutualisées

Le GCS Groupement Audois de Prestations Mutualisées (GAPM) est un GCS de moyens qui regroupe une vingtaine d'adhérents publics et privés pour des prestations médico-logistiques (pharmacie, blanchisserie, unité centrale de production alimentaire et transport). Pour la pharmacie, le GCS est titulaire d'une autorisation de PUI qui lui permet :

- de passer des marchés ;
- d'émettre des commandes émanant des services des établissements, de réceptionner les livraisons des fournisseurs et d'effectuer une facturation mensuelle aux établissements ;
- de ranger les livraisons dans les différentes zones de stockage de la PUI et de préparer, de façon automatisée, des approvisionnements bihebdomadaires aux unités de soins ;
- de procéder à une dispensation nominative en cas d'analyse pharmaceutique par les services ou dispensation globale dans les autres cas ;
- d'effectuer, avec des camions disposants de compartiments séparés, des approvisionnements dans le cadre d'un ravitaillement général.

La plateforme médico pharmaceutique a permis de sécuriser le circuit du médicament avec un approvisionnement plus fiable des petites structures, la possibilité d'analyse pharmaceutique et de dispensation nominative. A cela s'ajoute une fiabilisation du stockage et de la redistribution grâce au codage numérique, ainsi qu'une harmonisation des livrets thérapeutiques.

Dans le cadre de la préparation du projet de GCS du Territoire X, la direction de l'établissement en charge de l'étude, ainsi que le chef de projet, se sont rendu dans un premier temps auprès du GAPM pour connaître le fonctionnement global de cet outil. Dans une seconde démarche, ce sont des personnels des services financiers des différents futurs membres qui ont rencontré, le comptable et l'attaché d'administration, contrôleur de gestion, du GAPM pour préparer une étude financière et un projet de budget.

Les interlocuteurs rencontrés ont immédiatement insisté sur la nécessaire qualité du travail préparatoire. Une équipe de préfiguration doit être constituée sans omettre d'identifier le coût de son intervention (qui peut être d'ailleurs considéré comme un apport de l'établissement d'origine des personnels au GCS). La présentation de l'organisation administrative et financière a confirmé la complexité de la construction du GCS mais a néanmoins permis de déterminer les points essentiels à traiter pour la préparation d'un tel projet : la gestion des ressources humaines, l'urbanisation des systèmes d'information, la gestion des flux, les processus transversaux (service achat, service liquidation mandatement, service qualité et diététique).

Le budget initial du GAPM a été réalisé sur la base de données historiques estimées. La prévision budgétaire est fortement dépendante du respect par les membres du GCS des consommations annoncées.

Autre analyse importante présentée, la situation fiscale du GCS qui conditionne, en partie, le coût de ses prestations. Comme d'autres GCS, le GPAM est en cours de négociation avec la DGFIP. Une révision, même partielle, de sa fiscalité lui permettra de faire évoluer plus favorablement sa situation financière mais aussi d'envisager à terme des prestations de service non assujetties à la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA). De façon générale aussi bien l'attaché contrôleur de gestion que l'agent comptable ont insisté sur le nécessaire travail en amont (au moins un an avant la mise en œuvre du GCS) avec les services de la DGFIP.

La richesse de l'expérience Audoise pourrait faire l'objet d'une monographie comme cela a été le cas d'autres GCS.

2.1.3 Une littérature abondante pour un cadre réglementaire parfois imprécis

Avec le nouveau souffle donné par la loi HPST à la coopération, mais aussi depuis que de plus nombreuses tentatives ont été mises en œuvre, ce sujet fait l'objet de divers ouvrages et rapports. Des outils opérationnels d'accompagnements des opérations de coopérations ont été mis à disposition sur le site du Ministère³⁰ dans le cadre d'un dossier thématique mis à jour en avril 2012. Une quinzaine de fiches avec démarche projet sont présentées ainsi que des conventions types. Quant aux fiches techniques proposées, elles sont rédigées conjointement avec la Direction Générale des Finances Publiques. Certaines fiches, comme celle concernant la fiscalité, sont précédées d'un avertissement relatif à l'évolution possible de la réglementation. Une future mise à jour est prévue. Les rédacteurs, prévoyants, ont pris soin de signaler que les documents sont à jour réglementairement en septembre 2011.

³⁰ <http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales-modalites-d-accompagnement.html>

Le dossier propose également, le guide méthodologique de l'ANAP³¹. L'approche est basée sur l'identification des raisons conduisant à la coopération, l'étude préalable à la mise en place et enfin sur une proposition de conduite de projet. A cela, s'ajoute vingt monographies qui permettent d'aborder la question sous un angle plus concret avec l'usage de différentes formes de coopérations pour des acteurs aussi bien publics que privés, du secteur sanitaire comme du secteur médico social. Ces ouvrages permettent d'engager la procédure mais, la limite de leur usage c'est qu'il n'y a pas de mise à jour avec l'évolution réglementaire. De plus, il serait intéressant d'avoir un suivi du développement des coopérations présentées avec un point sur l'atteinte des objectifs initiaux, les écueils rencontrés, les modifications d'organisation. Ceci étant dit, le dossier de l'ANAP est un formidable outil de partage d'expérience que l'on peut poursuivre directement avec les établissements mis en exergue. Cela a été le cas ici, par exemple, avec le GCS du Territoire de Belfort, dont le Directeur a partagé d'autres informations que celles produites dans l'ouvrage et à même proposé une rencontre.

Par ailleurs, plusieurs rapports de l'IGAS et de la Cour des Comptes sont aussi des ressources sur le sujet, tout comme un certain nombre d'articles de périodiques. La fréquentation de certains blogs de cabinet d'avocats alimente également la réflexion.

2.2 L'état des lieux

Le projet de GCS du Territoire X s'inscrit dans un environnement fiscal assez incertain pour une activité de pharmacie plutôt très encadrée réglementairement. C'est dans ces circonstances que sont posées les premières décisions relatives à la gestion financière et comptable de ce groupement.

2.2.1 Une fiscalité peu claire

Une instruction récente de la Direction Générale des Finances Publiques relative à la détermination des droits à déduction des assujettis à la TVA³² porte à la connaissance des comptables des établissements publics de santé (mais aussi des collectivités locales, des établissements publics locaux) les règles applicables en la matière. Jusque là la démarche s'appuyait sur la qualité de l'assujetti et la nature du bien. Désormais c'est la notion « d'opération économique » qui est mise en œuvre. Plusieurs auteurs se sont émus de la variété des interprétations fiscales, voire d'une application du régime fiscal au

³¹ Op. cit.

³² MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, Instruction n° 12-016-MO du 9 juillet 2012, relative à la refonte des règles de droit à déduction en matière de TVA, disponible sur internet site <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/> (visité le 12.09.12)

cas par cas en matière de coopération³³. L'étude préalable à la mise en œuvre du GCS doit aussi tenir compte de cette « inflation » possible de taxe sur des activités parfois au détriment de l'adhésion de membres non assujettis qui ne pourront pas, par exemple, récupérer la TVA.

Pour illustrer ce propos, l'exemple du GCS du Territoire de Belfort est significatif d'une démarche volontariste qui a su innover et dépasser certains écueils. Ce sont les fondateurs du GCS qui ont apporté une proposition aux services fiscaux. Ils étaient précurseurs à l'époque pour un GCS titulaire d'une PUI et le ministère des finances avait initialement proposé de tout soumettre à la TVA. Mais, les concepteurs du GCS ont choisi l'option suivante : l'accessoire suit le principal c'est-à-dire que les frais de personnel et les frais fixes (accessoire) sont taxés à due concurrence des taxes versées pour les frais de médicaments, dispositif médicaux implantables et molécules onéreuses (principal). Pour cela, une proportion de chaque taux utilisé (2.1 %; 5.5 % et 7 % maintenant) pour le principal est calculée et elle est ensuite appliquée à l'accessoire. Mais le problème c'est que ce « taux moyen » est inconnu de l'administration fiscale ce qui rendait l'opération caduque. Finalement, c'est une autre solution qui a été retenue :

Les frais variables (achat de médicaments pour le compte des établissements) sont taxés selon le taux applicable à la TVA déductible. Un produit acheté avec une TVA à 2.1 % est refacturé à l'adhérent au même taux de 2.1 %.

Les frais fixes sont répartis entre les trois taux de TVA selon leur importance respective dans les consommations de l'adhérent. Par exemple, si 70 % des consommations de l'adhérent sont des produits taxés à 2.1 % alors 70 % des frais fixes seront taxés à 2.10%. Cette pratique provoque un décalage entre la TVA déductible (payée par le GCS) et la TVA collectée (par le GCS auprès de ses adhérents) : les frais fixes sont payés avec 19.6 % de TVA et refacturés aux adhérents majoritairement au taux de 2.1%. L'administration fiscale va donc « rembourser » au GCS cette différence. Si l'opération est neutre budgétairement, elle a toutefois une incidence sur la trésorerie du GCS.

Paradoxalement, le guide de l'ANAP met en garde « les candidats coopérants » sur la nécessaire prudence en matière de déduction de la TVA tout en insistant sur le fait que l'exonération liée aux activités de santé amoindrit considérablement la récupération de cette taxe³⁴. Là encore, et en l'absence de jurisprudence, une clarification est demandée à l'administration sous forme de rescrit (document par lequel l'administration s'engage sur la réponse à une question relative à une situation fiscale) ou avec une instruction.

³³ LAROSE D., octobre 2011, « La métamorphose constamment inachevée des outils de coopération », Finances hospitalières, p 27

³⁴ Opus cité, tome 3 P90

En ce qui concerne l'impôt sur les sociétés et la contribution économique territoriale (ancienne taxe professionnelle), les choses ne sont pas clairement définies. En effet, l'administration fiscale a souvent tendance à considérer que l'activité d'un GCS est exercée selon des modalités de gestion similaire à celles du secteur concurrentiel. Hors, les instruments de coopération dotés de la personnalité morale ne sont pas soumis à l'impôt société lorsqu'ils poursuivent un but non lucratif. Selon la doctrine³⁵, le caractère lucratif d'un organisme est déterminé en examinant :

- le caractère intéressé ou non de l'organisme,
- l'activité de l'organisme au niveau de la concurrence
- les conditions d'exercice de l'activité (produit, public, prix, publicité).

L'objet du GCS considéré est la mise en commun de moyens, le produit n'est pas déterminant dans l'approche. Le public visé est composé majoritairement d'hôpitaux et d'organismes à but non lucratif. Les prix pratiqués sont fonction des charges du groupement. Selon les statuts, les membres du groupement participent aux pertes et cette pratique n'est pas une pratique de la concurrence. C'est la distinction essentielle entre un groupement de coopération et une entreprise du secteur concurrentiel.

Quand bien même, le GCS poursuivrait un but lucratif, il relève d'un régime fiscal similaire à celui d'une société de personne³⁶. Il peut faire l'option à Impôts Société, mais s'il ne le fait pas, ce sont ses membres qui sont personnellement passibles de l'impôt en fonction de leur propre fiscalité.

La contribution économique territoriale est due lorsque l'activité est exercée à titre professionnel. Le caractère professionnel suppose la recherche d'un bénéfice, ce qui exclut les activités à but non lucratif. Le caractère non lucratif du GCS de moyens est affirmé par la loi, car selon l'article L6133-1 du Code de la santé publique :

« Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres.

Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour :

1° Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, ...

(...)

Ce groupement poursuit un but non lucratif. »

³⁵ Ministère de l'économie et des finances, Instruction du 18 avril 1995, Impôt sur les sociétés, exonérations et régimes particuliers (en ligne). Bulletin Officiel des Impôts 4H-5-95 n°80 du 26 avril 1995 ; Instruction du 18 décembre 2006, Impôt sur les sociétés, TVA, taxe professionnelle, collectivités autres que les sociétés (en ligne). Bulletin Officiel des Impôts 4H-5-06 n°208 du 18 décembre 2006 (visité le 24.09.12), disponible sur internet :

<http://www.impots.gouv.fr/portal/dgi/public/professionnels.applications>

³⁶ Code général des impôts article 239 quater D

La détermination de la fiscalité applicable au GCS sera décisive pour les travaux préparatoires relatifs à la comptabilité et aux finances de l'outil de coopération. Bien des structures tentent de faire valoir leur droit à exonération comme c'est le cas du CHU d'Amiens qui devait déposer un rescrit national suite aux réponses apportées par l'administration fiscale concernant le régime fiscal applicable au GCS « Unité de Traitement Inter-établissements de Linge »³⁷(UTIL).

2.2.2 Une autorisation d'activité avec des contraintes particulières

Les pharmacies à usage intérieur existent dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux, les groupements de coopération sanitaire, les hôpitaux des armées³⁸. Leur implantation doit répondre à des critères de lieux mais aussi de répartition de l'activité. Une PUI peut disposer de locaux implantés sur plusieurs emplacements situés dans un ou plusieurs sites géographiques bien que l'article R.5126-2 précise qu'il ne « *peut être autorisé qu'une pharmacie à usage intérieur par site géographique d'implantation d'un établissement de santé, de chirurgie esthétique ou médico-social, d'un hôpital des armées ou des établissements membres d'un syndicat inter hospitalier ou d'un groupement de coopération sanitaire* ».

Les missions des PUI sont essentiellement d'assurer la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, des dispositifs médicaux stériles. Elles permettent également d'assurer la sécurité du circuit du médicament et des dispositifs médico-stériles et surtout d'assurer la qualité de la prise en charge pharmaceutiques des patients et des résidents. La PUI peut également avoir une activité de rétrocession de médicament c'est-à-dire la vente au public de certains médicaments déterminés par une liste. La stérilisation est une autre mission facultative de la PUI. Le principe d'unicité de l'autorisation peut être une contrainte pour un établissement qui souhaiterait conserver une partie de l'activité pour une activité facultative de la PUI comme la stérilisation. Toutefois, la réglementation prévoit un mode dérogatoire au principe d'unicité³⁹. Cette question de la subsistance d'une activité de stérilisation hors activité PUI du GCS est un frein important au développement du projet du Territoire X.

Toutes ces activités se déroulent sous la responsabilité d'un pharmacien gérant de la PUI qui doit exercer personnellement sa profession. C'est ainsi que la présence du

³⁷ Ministère du budget, Direction régionale des Finances publiques de Picardie, courriers relatifs au GCS UTIL (en ligne, visité le 24/09/12) disponibles sur internet : http://www.chu-amiens.fr/marches/autre_service/fichiers/Annexe%201%20Reponse%20TVA%20FISCAUX%20GCS%20UTIL.pdf ; http://www.chuamens.fr/marches/autre_service/fichiers/Annexe%202%20Reponse%202%202011-130%20reponse%20GCS%20UTIL.pdf

³⁸ Articles L. 5127-1, R 5126-13 du Code de la Santé Publique

³⁹ Article R.5126-5 du Code de la Santé Publique

pharmacien est réglementairement définie en établissement de santé à cinq demi journées hebdomadaires et au moins deux demi journées hebdomadaires en établissement médico social. Les conditions de nomination du pharmacien gérant varient en fonction du statut de l'établissement où il exerce. Dans les GCS de droit public, la gérance est confiée à l'un des pharmaciens mis à disposition du groupement par les établissements qui en sont membres.

L'organisation générale de la PUI repose sur des personnels spécialisés mais comme cette notion n'est pas définie réglementairement, le monopole des préparateurs en pharmacie hospitalière n'est pas garanti. Les personnels attachés à la PUI exercent de toute façon sous la responsabilité du pharmacien. Là intervient la notion de « contrôle effectif » lors de la délivrance des médicaments⁴⁰. Dans le cadre d'une pharmacie à usage unique pour un territoire étendu avec des établissements éloignés les uns des autres, l'effectivité du contrôle du pharmacien aura toute son importance et sera coûteuse en déplacement et en temps. Cet élément sera à prendre en compte lors de l'étude de faisabilité.

Les missions d'une PUI pour un EHPAD contribuent à parvenir à une réduction de la fréquence des prescriptions inadaptées chez la personne âgée et surtout à éviter l'iatrogénie médicamenteuse source de nombreuses hospitalisations. La réglementation pour la prise en charge financière des médicaments en EHPAD est en constante évolution du fait de différentes réformes de la tarification. Avant 1999, les résidents considérés comme simples hébergés achetaient leurs médicaments auprès des pharmacies d'officine et bénéficiaient du tiers payant avec l'assurance maladie. Puis, avec la médicalisation des maisons de retraites, le financement a été corrélé avec la dépendance dans une démarche de conventionnement tripartite (entre l'hébergé, le conseil général et l'assurance maladie). C'est à ce moment là qu'a été créé le tarif global (comprenant les médicaments) et le tarif partiel (ne les comprenant pas). Les premières PUI au sein des EHPAD sont apparues alors que les marchés avec des pharmacies d'officine perduraient. En 2002, avec la loi Kouchner⁴¹, se produit un arrêt de création de PUI sans suppression de celles qui existent. La loi de financement de la Sécurité Sociale du 18 décembre 2009 instaure une expérimentation de réintégration des médicaments

⁴⁰ Ministère de la santé. Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration de médicaments soumis à la réglementation vénéneuse dans les établissements de santé, les syndicats interhospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur (en ligne). Journal officiel, n°77 du 1^{er} avril 1999 (visité le 8.10.02) disponible sur internet :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1D5B282D3F7F33B3A3FCE32F005DBE6C.tpdjo15v_3?cidTexte=JORFTEXT000000393107&categorieLien=id

⁴¹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite loi Kouchner

dans le forfait soins mais surtout un assouplissement des règles de création des GCS et de mutualisation des PUI.

Le projet de GCS du Territoire X s'inscrit dans cette nouvelle démarche et plus généralement dans le développement de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les médicaments et dispositifs médicaux. En effet, l'arrêté du 6 avril 2011⁴² impose des critères en matière de prise en charge médicamenteuse auxquels la mutualisation permettra de mieux répondre.

Enfin, l'activité de PUI est considérée comme une activité médico-technique et, à ce titre, il existe un lien important entre l'activité et la prise en charge du patient. Cette prise en charge induit l'utilisation, la gestion voire le partage d'informations médicales nominatives dont le secret doit être garanti. Hors, le GCS de moyens constitué pour cette PUI unique va utiliser des données médicales dont l'hébergement demandera une procédure d'agrément plutôt complexe.

2.2.3 Les prémices du projet en matière financières et comptables

Le choix du GCS comme instrument de coopération pour le Territoire X s'est effectué sans vraiment avoir fait d'analyse préalable médico économique. Les raisons de cette absence d'état des lieux précis avant le formalisme juridique sont :

- un calendrier réglementaire contraint lié à la transformation des syndicats inter hospitaliers « sans dissolution ni création d'une personne morale nouvelle » soit en communauté hospitalière de territoire soit en groupement de coopération sanitaire, soit en groupement d'intérêt public.
- l'absence d'un projet médical de territoire
- l'influence d'autres restructurations en cours pour lesquelles certains acteurs de la future coopération se sentent « dépouillés » au profit d'un autre.

La construction financière et comptable du GCS doit reposer sur l'équipe des finances d'un des établissements qui a souhaité associer à cette démarche, le plus rapidement possible, les équipes financières des autres partenaires du futur GCS.

Préalablement, la construction juridique du GCS a été présentée essentiellement par un cabinet spécialisé dans le conseil juridique pour les coopérations hospitalières. Ensuite, une phase d'observation (décrite supra) a été conduite auprès d'un établissement qui a mis en œuvre une coopération dans le cadre d'une PUI. Là encore, la démarche a été

⁴²Ministère du travail, de l'emploi et de la santé arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. Journal officiel, n°0090 DU 16 AVRIL 2011, 6687-6698

conduite de façon collégiale avec des membres des équipes administratives de plusieurs établissements fondateurs du GCS.

Le recueil d'information auprès des futurs adhérents a été également une étape importante : l'absence de stratégie affirmée en matière de gouvernance a tout d'abord freiné la circulation de l'information. Le chef de projet (un pharmacien hospitalier mis à disposition du projet par le biais de financements du FMESPP) a pu dès le début du projet visiter toutes les PUI. Cependant, il n'a pas obtenu l'ensemble des éléments nécessaires à un réel état des lieux (nombre d'équivalent temps plein, charges directes et indirectes, flux, etc...). C'est seulement à moins d'un mois de la relecture critique de la convention constitutive que le service des finances a pu lancer une requête officielle auprès des autres structures pour initier une analyse de faisabilité économique. Diverses informations ont été demandées :

- les charges directes de l'exercice N-1 consacrées à la pharmacie, selon un modèle fourni sous tableau Excel,
- le questionnaire Q03D de la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE) année N-1, intitulé « pharmacie et stérilisation »,
- le retraitement comptable pharmacie de l'exercice N-1.

Dès la première mise en commun des données, la nécessité d'une harmonisation de la répartition des charges est apparue. La démarche retenue par ailleurs est de calculer de façon sincère et précise toutes les charges liées au fonctionnement des pharmacies de chaque établissement. Cependant, cela ne suffit pas à déterminer un budget pour l'activité de PUI dans le cadre du GCS car au moment de la première rencontre des acteurs financiers, la convention constitutive n'a pas encore été arrêtée complètement et surtout le modèle organisationnel retenu n'est pas connu. C'est précisément ce paradoxe qui invite à réfléchir sur le positionnement des acteurs dans la démarche de coopération.

2.3 L'implication des acteurs

Le déploiement d'une démarche de coopération nécessite une implication, pour la majorité des établissements concernés, à tous les niveaux de la structure. Le succès dépend bien sûr de la conduite de projet par les directions fonctionnelles mais aussi, et surtout désormais, de l'attitude du corps médical et en tout premier lieu de l'intérêt que les Présidents de CME et les responsables médicaux portent au projet. Cette participation de l'ensemble des acteurs est d'autant plus importante que la démarche connaît une phase de perte de lisibilité, voire de contrôle, préalables à un changement des organisations.

2.3.1 La réduction de la lisibilité financière

Le projet de GCS du Territoire X concerne des établissements de taille hétérogène et de nature d'activité différente, répartis entre sanitaire et médico social. Le préalable de certains partenaires est que l'opération soit « gagnant-gagnant », c'est-à-dire par exemple que dans le cadre de la gestion pharmaceutique, s'il y a perte de l'autorisation par la structure au profit d'une autorisation de PUI unique, cela doit se faire pour une économie substantielle et un accroissement de la qualité de la prestation. Hors, la démonstration de ces économies n'est pas toujours aisée surtout dans le cas de l'achat de médicament qui bénéficie déjà de prix négociés dans le cadre d'un groupement d'achat existant.

De plus, les économies d'échelle sur les fonctions supports comme la blanchisserie, la restauration, la logistique ne sont pas toujours bien mesurées. Une gestion multi sites est parfois complexe et la reconversion des personnels n'est pas forcément bien étudiées ni dans son coût ni en terme de calendrier précis. Ces facteurs peuvent annuler les bienfaits d'une mutualisation des moyens. A cela s'ajoute un problème d'identification des charges (par exemple, lorsque le quai de livraison n'est pas affecté aux seules livraisons de la PUI du GCS, comment les charges d'entretien seront-elles affectées ?).

Par ailleurs, la mise en place d'un GCS nécessite un changement de nomenclature comptable. Comme le GCS est un Etablissement Public Industriel et Commercial (EPIC), c'est la nomenclature M9-5 qui doit être mise en œuvre au lieu de la M21, instruction comptable des établissements publics de santé ou la M22, outil comptable des EHPAD. Outre que la numérotation de compte diffère, la M9-5 ne permet pas de travailler directement avec les services de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) puisque l'outil d'interface informatique Hélios ne reconnaît pas cette instruction budgétaire. L'application Hélios concerne les organismes publics dont les comptes sont tenus par un comptable de la DGFIP et ce n'est pas le cas du GCS de moyens dont les comptes sont tenus par un agent comptable⁴³. C'est ainsi qu'il est recommandé à l'agent comptable et à l'ordonnateur du GCS de « *de se procurer sur le marché privé des applicatifs informatiques utilisant la M9-5* »⁴⁴.

Enfin, si un suivi des flux générés par la coopération est fortement recommandé, le déploiement effectif de ce suivi se heurte parfois à la difficulté d'identifier tous les éléments mis à disposition du GCS par exemple. Dans le projet étudié, se pose la question de reconnaître la mise à disposition totale ou partielle de certains

⁴³ Code de la Santé Publique Article R6133-4

⁴⁴ Ministère de la Santé, DGOS, DGFIP, Fiche Technique 5, Les règles budgétaires et comptables du GCS p4 (en ligne, visité le 12/07/12) disponibles sur internet http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_5_Les_regles_budgetaires_et_comptables_des_GCS_-_DGOS_DGFIP_A_jour_reglementation_09-2011-2.pdf

professionnels : le préparateur et le pharmacien qui gèrent la commande devraient être à disposition du GCS mais au moment de la dispensation au sein des services peut être que non (de plus, fiscalement, leurs rémunérations seraient soumises à TVA quand ils sont à disposition du GCS et à la taxe sur les salaires lorsqu'ils relèvent de l'établissement, avec un différentiel de taux important).

2.3.2 La crainte d'une perte de contrôle sur l'activité et les processus ou l'espérance d'une organisation plus efficace pour tous

La mise en commun de moyens et d'équipements est source d'inquiétude. D'abord parce que pour divers acteurs dans les structures, la perte du contrôle de l'activité s'apparente à une remise en cause du pouvoir au sein de la structure. Une certaine méfiance liée à l'histoire des relations inter établissement peut apparaître, comme évoquée supra. Ensuite, parce que naît la crainte d'une perte de réactivité par rapport aux besoins et celle de voir s'imposer des contraintes sans discussions possibles (protocoles unifiés, choix des variétés de médicaments, des modes de conditionnement). Un certain nombre de concessions de part et d'autre est nécessaire sans redouter la perte d'autonomie inhérente à ce type de projet. C'est le prix à payer à une meilleure organisation de l'activité garantissant l'amélioration de la qualité de la prise en charge et l'optimisation des moyens. Le rapport de la Mission Hôpital Public 2011-2012 relève la question des jeux d'acteurs dans les opérations de coopération : l'échec est assuré en cas de désaccord ou de rivalité entre les directeurs et/ou les présidents de CME⁴⁵. Les auteurs soulignent même parfois la nécessaire intervention de la tutelle.

Cependant, classiquement, en faisant preuve de rationalité et avec la persévérance des dirigeants, mais aussi d'autres acteurs des structures impliquées, ces obstacles ne sont pas insurmontables.

Pour le projet de GCS du Territoire X, c'est le constat de la nécessaire mise aux normes de l'activité de pharmacie de certains établissements qui est finalement le moteur du changement. L'outil de coopération, même s'il est encore ressenti comme menaçant par certains, permet, par les modalités de mise en œuvre proposées, de répondre au besoin d'efficacité. Cette démarche s'accompagne d'une modification inévitable de l'organisation interne.

2.3.3 Les répercussions en termes d'organisation interne

L'objectif du GCS en projet, en ce qui concerne la PUI, est de permettre, par la mise en commun de moyens, une amélioration de la qualité du service rendu. En s'organisant sur

⁴⁵ Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, janvier 2012, Rapport de la Mission hôpital public 2011-2012, P21

deux sites géographiques, des gains en temps de préparateurs en pharmacie vont être dégagés pour l'approvisionnement, le stockage, et le tri des médicaments et des dispositifs médicaux. Ces professionnels pourront utiliser le temps dont ils disposeront à l'issue de cette réorganisation pour exercer pleinement leur métier qui est d'agir au plus près de la dispensation des médicaments c'est-à-dire au sein des services et non plus dans une pharmacie hospitalière. Les actes de manutention, réception, de contrôle des livraisons relèveront d'équipes plus adaptées et moins coûteuses (cariste, chauffeur livreur, etc...). L'implication des préparateurs au cœur des services permettra en outre, et ce n'est pas le moindre des gains de ce projet, aux infirmiers de retrouver du temps pour d'autres tâches que celle de la préparation des médicaments.

Les pharmaciens de chaque structure, hormis ceux des deux zones de stockage, verront leur rôle considérablement évoluer car ils seront déchargés, entre autres, de tâches administratives dans lesquelles ils étaient souvent impliqués comme la fonction achat.

Les fonctions supports demandent des compétences administratives en matière d'achat de plus en plus pointues. La fonction achat, dans un contexte budgétaire difficile devient un levier important d'économies. Du personnel spécialisé permet d'assurer, a minima, la sécurité juridique des procédures d'achat. La coopération devrait permettre d'optimiser la fonction achat en adaptant la formation des agents qui s'y consacrent et/ou en axant le recrutement sur des acheteurs déjà formés.

Les circuits de livraisons devront être construits et surtout les règles d'approvisionnement devront être définies au plus juste. Cela induira également au sein de chaque structure une réorganisation de la commande et de la distribution.

Un des objectifs, de la mise en place du GCS, est donc la centralisation et l'automatisation du « magasin pharmacie ». L'usage de robot de stockage et de distribution permet de diminuer les tâches à faible valeur ajoutée. Avec le robot, un seul préparateur peut assurer les tâches de plusieurs autres. Le temps de préparateur ainsi libéré permet d'organiser la distribution des médicaments et dispositifs médicaux par les préparateurs directement au cœur des services. De plus, pour les membres du GCS qui vont perdre leur stock et compte tenu des distances entre les établissements, l'usage d'automates de distribution de médicament (appelés également « armoires à pharmacie sécurisées) sera sans doute nécessaire.

Enfin, élément essentiel au déploiement de la coopération, les systèmes d'information devront être sinon harmonisés du moins compatibles quand ils existent. Certains établissements ne sont pas informatisés et la gestion de la circulation de l'information

devra être précisément traitée afin d'éviter tout dysfonctionnement. Une attention particulière concernera les « modes de communication sécurisés entre les prescripteurs et la PUI, mais également entre les différents systèmes informatiques relatifs aux dossiers médicaux et à la facturation' »⁴⁶.

L'étendue de ces réorganisations fonctionnelles nécessite, a minima, des éléments de préfiguration.

2.4 Les éléments pratiques

Pour pouvoir construire le budget du GCS, il est nécessaire de connaître précisément les charges et les produits d'une entité dont la construction n'est pas aboutie. Ce qui revient à apprécier de futures dépenses et recettes sur la base des usages actuels en y incluant celles qui sont prévisibles avec la nouvelle structure. La démarche est d'autant plus délicate que la question de la gouvernance n'est pas clairement abordée.

2.4.1 La construction d'outils de collecte d'informations

La mise en place d'une coopération nécessite la confiance et le partage d'information. Rien n'est moins évident dans un contexte déjà présenté plus haut. Pourtant, sans démarche volontariste, l'opération peut rapidement se solder par un statu quo qui au mieux laissera perdurer des situations fragiles au pire conduira à des mesures de planification coercitive.

Dans la démarche observée, si la rédaction d'un cahier des charges de collecte des données a été envisagée, elle n'a pu être réalisée faute de temps. Une défiance initiale dans la communication des données financières étant prévisible, l'attaché du service financier a suggéré de joindre au courrier de demande des informations financières, le tableau déjà complété de sa structure. Une démarche participative a été ainsi encouragée par mise à disposition des données de l'établissement demandeur des informations.

Le calendrier de collecte des informations est contraint du fait d'une période d'ambiguïté quand à la participation de certains acteurs. Cela ne favorise pas l'émergence sereine des données et c'est une difficulté pour la poursuite de la construction du projet comptable et financier. Une démarche type aurait pu être conduite telle que celle proposée par PEA Consulting pour l'étude d'optimisation de réseaux logistiques⁴⁷ mais il eu fallu plus de temps. En effet cette démarche prévoit trois phases (stratégique, tactique et

⁴⁶ ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 3, Agence Nationale d'Appui à la Performance, p69.

⁴⁷ • ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 1, Agence Nationale d'Appui à la Performance, p40.

opérationnelle) se déroulant entre 4 et 7 mois. L'opération conduite dans l'exemple étudié pour ce mémoire devait se dérouler en 2 mois. Finalement, à l'issue d'une nouvelle réunion du comité de pilotage du projet, au regard de la première collecte d'informations aussi bien organisationnelles que financières, le choix de faire appel à une étude par un logisticien a été arrêté. Ce professionnel est un gestionnaire de l'ensemble des flux d'informations, physiques et financiers relatifs à l'approvisionnement, la planification des opérations, l'entreposage, la gestion des stocks, le transport, la distribution. Il travaille en mode projet avec des méthodes de résolution de problème.

2.4.2 L'établissement du budget du GCS

Le projet de recrutement d'un logisticien demande un certain délai (ne serait ce que pour tenter d'obtenir une aide financière de la tutelle pour son financement). Cependant, le projet de GCS du Territoire X doit avancer pour ne pas abandonner la dynamique mise en place. Aussi, la construction de l'ébauche du budget du GCS est encouragée. En outre, le premier budget prévisionnel et l'équilibre financier global du groupement sont des annexes de la convention constitutive⁴⁸.

Le projet étudié concerne un GCS de droit public, c'est donc un Etat Prévisionnel des Recettes et de Dépenses (EPRD) qui doit être construit. Il devra être voté en équilibre. Pour construire cet outil, toutes les informations relatives aux dépenses du futur groupement (personnel, équipement et matériel, locaux, maintenance, consommation de produits, frais de logistique et de gestion) devraient être disponibles. C'est de la précision du projet opérationnel que dépend la majeure partie de ces informations. Il est donc très difficile de présenter un prévisionnel comptable si le degré de maturation du projet n'est pas suffisant pour déterminer les futures dépenses. Cependant, pour ne pas cesser de « nourrir » le projet, les partenaires ont souhaité s'inscrire dans une démarche participative en commençant par harmoniser les données qu'ils ont transmises pour initier une production financière. Par exemple, à la lecture des dépenses de chaque établissement, il apparaît des différences d'identification de coût relatives aux assurances, aux transports, à l'usage de logiciel etc...

L'ensemble des participations en nature des membres au groupement, qu'elles soient sous forme de mise à disposition de locaux ou de personnels, doit être identifié. Pour être valorisées et comptabilisées, ces participations se traduisent par des écritures de charges pour le GCS et de produits pour l'établissement membre.

⁴⁸ Ministère de la Santé et des Sports. Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire. Journal officiel, n°0170 du 25 juillet 2010, page 13771

En ce qui concerne les recettes qui sont principalement constituées des contributions des membres, leur détermination est précisée dans la convention constitutive. Ici, la participation des membres est proportionnelle à leur consommation des services rendus par le GCS avec correction en fin d'exercice sur la base de la consommation réelle.

Autre élément à prendre en compte pour la construction de l'EPRD : est-il constitué avec ou sans capital ? De nombreux groupements font le choix d'un capital symbolique (1000 € par exemple) qui est en réalité un instrument de répartition des droits sociaux (dont les droits de vote). Cette solution présente l'avantage de la stabilité, alors qu'une répartition par rapport à la participation aux charges peut évoluer avec une modification de la composition du GCS. Cependant, un apport en capital au démarrage du GCS permet l'acquisition de biens et le paiement des premiers achats pour le fonctionnement. Sans capital, le GCS doit trouver un apport de trésorerie pour les premières dépenses de fonctionnement. Certains GCS, comme le GAPM, bénéficie d'une ligne de trésorerie avancée par l'un des membres pour commencer à fonctionner.

2.4.3 Le choix des modalités la gouvernance financière

Pour le déploiement d'un projet de GCS, il est indispensable de déterminer les modalités de mise en œuvre opérationnelle et leur articulation avec le pilotage de la coopération. Bien sûr certaines sont réglementairement définies mais d'autres doivent être formalisées de telle sorte que la gouvernance soit assurée de façon transparente. Ce formalisme est le garant de l'efficacité de la coopération et surtout de l'entente de ses membres.

Trois éléments réglementaires régissent la gouvernance financière et comptable d'un GCS :

- l'assemblée générale des membres du GCS,
- l'administrateur du GCS,
- l'agent comptable.

L'assemblée générale est l'organe décisionnel du GCS. Elle est habilitée à prendre toute décision dans les conditions prévues par la convention constitutive. Elle délibère notamment sur :

« (..)

4° Le budget prévisionnel ou l'état des prévisions des dépenses et des recettes ;

5° L'approbation des comptes de chaque exercice et l'affectation des résultats ; (...)

19° Le rapport d'activité annuel ainsi que les comptes financiers transmis au directeur général de l'agence régionale de santé ; »⁴⁹

⁴⁹ Article R6133-21 du Code de la santé publique

L'assemblée générale désigne en son sein un administrateur qui prépare et exécute ses délibérations. Celui-ci assure, entre autres, l'exécution de l'EPRD. Pour le GCS du Territoire X, il a la qualité d'ordonnateur des recettes et des dépenses puisque c'est un groupement soumis aux règles de la comptabilité publique. A l'étape actuelle de la construction de ce GCS, la désignation de l'administrateur n'est pas une évidence car le projet de GCS de territoire s'inscrit dans l'élargissement d'un GCS initial créé pour répondre à la problématique de la transformation d'un SIH. C'est-à-dire que trois acteurs de santé du territoire sont déjà membres d'un premier GCS qui a donc déjà choisi sa gouvernance. La difficulté c'est que l'échéance de transformation des SIH a été repoussée in extremis au 31 décembre 2012 au lieu du 23 juillet 2012. Ce qui fait qu'au moment de l'achèvement de la rédaction de ce mémoire les modalités de la construction du GCS du Territoire X sont partiellement arrêtées.

De même, le choix de l'agent comptable du GCS sera différent selon que le GCS du Territoire X sera un élargissement du GCS issu de la transformation du SIH ou bien si c'est un GCS nouveau. Dans tous les cas, ce GCS sera une personne morale de droit public donc les dispositions du décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général de la comptabilité publique relatives aux établissements publics à caractère industriel et commercial doté d'un agent public sont applicables. L'agent comptable est nommé par arrêté du ministre chargé du budget. Pour procéder à cette nomination, l'arrêté préfectoral d'approbation de la convention constitutive doit être adressé à la DGFIP ainsi qu'un document indiquant le montant du budget prévisionnel de fonctionnement du GCS⁵⁰. L'agent comptable est chargé principalement du recouvrement des recettes, du paiement des dépenses et d'établir un compte financier visé par l'ordonnateur, approuvé par l'assemblée générale et transmis à la Cour des comptes.

Au-delà des éléments réglementaires présentés ci dessus, il s'avère indispensable de prévoir dans le règlement intérieur du GCS, de façon très précise, les règles de contribution de chaque membre, les modalités de valorisation des participations en nature, la circulation de l'information entre les membres et le pilotage opérationnel du GCS. Dès l'étude financière, les premiers éléments du règlement intérieur peuvent être dégagés. Des engagements discutés, a priori, empêchent des errances gestionnaires.

La mise en place d'un contrôle de gestion, même s'il n'est pas obligatoire, est indispensable pour vérifier l'adéquation entre les moyens mis en œuvre et les résultats de la coopération et donc pour émettre une opinion motivée sur la gestion du groupement.

⁵⁰Ministère de la Santé, DGOS, DGFIP, Fiche Technique 7, (en ligne visité le 10 juillet 2012) disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_7_-_L_agent_comptable_des_GCS_de_moyens_-_DGOS_DGFIP_-_221211.pdf

Cette fonction devrait être assurée de préférence par le contrôleur de gestion de l'établissement qui réalise la majeure partie des apports en nature⁵¹ souvent sources de complexité dans leur suivi selon leur volume et la nature des activités du GCS.

Dans le cadre du GCS du Territoire X, le travail préparatoire commence à se faire sur la base d'une cellule finance informelle constituée par des représentants des services financiers de quatre établissements futurs membres. Ce groupe en lien avec les directions des établissements et le chef de projet PUI ne peut faire l'économie d'un plan d'action pour la construction des outils financiers et comptables du futur GCS.

⁵¹ KERSAUZE P., octobre 2010, « Le GCS, une opportunité pour renforcer le contrôle de gestion », *Finances hospitalières*, n°40 (visité en ligne le 20 juillet 2012) disponible sur internet : http://finances-hospitalieres.fr/gcs-opportunite-renforcer-controle-gestion_67984F873A77B8.html

3 Un plan d'action pour la construction des outils financiers et comptables du GCS

La mise en place d'un GCS de territoire doit mobiliser une grande partie des cadres des structures concernées et à tous les niveaux hiérarchiques. Pour cela, il ne peut être fait l'économie d'une démarche projet qui permettra en particulier de dépasser les résistances aux changements et favorisera la mise en place d'un outil qui fait le pari de l'efficience. C'est du point de vue financier et comptable que ces thématiques sont ici abordées.

3.1 Une démarche projet à formaliser

L'opération de coopération envisagée pour le Territoire X, bien que d'envergure (environ 1700 lits et places sont concernés), ne présente pas, a priori, plus de difficultés à conduire que celles citées supra (GCS GPAM et EHPAD Territoire de Belfort). Cependant, ce projet ne peut faire l'économie d'une étude d'opportunité. De plus, la définition des risques et aléas du projet et son partage avec les parties prenantes serait la garantie d'une démarche efficace. Enfin, la production d'une étude médico-économique permettrait d'objectiver la décision.

3.1.1 L'étude d'opportunité

L'adoption d'une politique de coopération nécessite une connaissance pointue du contexte (actions déjà conduites, coopérations en cours) mais aussi une étude précise des besoins actuels et une évaluation de ceux à venir. Le projet du CGS du Territoire X comporte un certain nombre d'études conduites par le chef de projet, avec plus ou moins de succès, auprès des principaux établissements futurs membres. Ces études doivent être complétées pour faciliter la prise de décision. L'étude d'opportunité d'un projet doit permettre de valider ou non le bien fondé du dit projet. Elle s'effectue lors de la première étape de la démarche projet qui est une phase de cadrage.

Pour déterminer l'atteinte des objectifs du projet, un certain nombre d'indicateurs devraient être construits comme par exemple le ratio du nombre de distribution de médicaments par les préparateurs directement au sein des services, nombre d'analyses pharmaceutique réalisées par rapport au nombre de patients/résidents admis. Les gains attendus doivent être clairement identifiés : dans le cadre de la PUI, ce sont des gains en qualité, en coût des produits pharmaceutiques qui doivent être mis en avant.

Cette étude doit être conduite pour chacun des établissements futurs membres. Elle doit tenir compte des facteurs internes et des facteurs externes. En effet, pour atteindre

l'objectif, chacun doit mesurer quelles sont les faiblesses et les forces de son organisation ainsi que les opportunités et les menaces de son environnement. Le chef de projet peut alors présenter une synthèse de ces études et proposer, sous une forme unifiée, le projet de groupement. Chacun des futurs partenaires a ainsi une plus grande lisibilité. Mais pour en arriver là, il est nécessaire d'obtenir une collecte et un traitement de l'information fiable et homogène. Si ce n'est pas fait par un expert, la participation de cadres administratifs intermédiaires tels que les attachés d'administration hospitalière est recommandée pour être l'interface entre le terrain opérationnel et les directions fonctionnelles impliquées.

La comparaison avec d'autres structures ayant la même activité, peut être un élément de détermination des choix. La pratique du benchmarking, étalonnage comparatif (à l'origine, concept industriel), est en vogue dans le monde hospitalier notamment avec le déploiement de la comptabilité analytique qui s'appuie sur des bases de références telle que la base d'Angers et l'échelle nationale des coûts commune. Cependant, il reste toujours délicat de s'appuyer sur ces bases pour cause d'incertitudes méthodologiques et certains auteurs⁵² préconisent de construire d'autres outils de comparaison mais surtout de relativiser le résultat des comparaisons en analysant les paramètres quantitatifs et qualitatifs. Ces précautions prises, il pourrait être calculé des indicateurs prévisionnels de productivités et de coûts du GCS à comparer avec des établissements qui auraient un volume annuel traité similaire (pour environ 1700 lits et places). Le rapport du volume annuel traité par rapport au nombre d'agent en équivalent temps plein nécessaire à la production est un autre exemple d'indicateur permettant d'analyser la pertinence de l'opération.

Cependant, l'étude d'opportunité ne peut se limiter à une appréciation financière. L'amélioration de la qualité et de la sécurité, par exemple, ici, de la prestation pharmaceutique, est déjà en soi un gain. De même que l'amélioration de l'organisation et des conditions de travail.

L'étude d'opportunité doit permettre de clarifier le changement attendu et donc en particulier les risques et aléas liés à ce projet.

3.1.2 L'analyse des risques et aléas

Toujours dans la phase de cadrage du projet, mais déjà dans la préparation du lancement, l'analyse des risques doit se faire sur le plan organisationnel, fonctionnel, technique et humain. Il est indispensable de déterminer un calendrier de réalisation afin

⁵² CALMES G., KEUNEBROEK J., janvier 2012 « Apports et limite du benchmarking », Gestions hospitalières, n°512, pp 43-45

de permettre au chef de projet et au comité de pilotage de réajuster si nécessaire les actions engagées. Un risque majeur dans ce type de dossier est l'enlisement lié à la complexité d'un projet de coopération qui tant sur le plan juridique, organisationnel, technique engendre des effets.

Les premières estimations des risques ou incertitudes dans la conduite du projet peuvent être formulées dès la rédaction du dossier d'étude d'opportunité en analysant les avantages et les inconvénients de la démarche. Tout l'art du collecteur d'information sera d'obtenir une analyse sincère et exhaustive de la situation.

Un nombre important de thématiques est listé par l'ANAP⁵³ et permet d'avoir un panorama des « points de vigilance » à mettre en œuvre. Cela représente une bonne base de départ pour une réflexion sur les aléas et les risques d'un projet de coopération.

Un tableau d'analyse peut être dressé pour déterminer, pour chaque tâche nécessaire, les aléas, leur probabilité de survenance, l'impact généré et les actions de prévention, de régulation qui peuvent être entreprises pour limiter leur apparition ou leurs effets. Cette étape, au moment de la rédaction de ce mémoire, est absente de la démarche du GCS du Territoire X vraisemblablement par manque de temps et de ressources pour accomplir un tel recensement. Cependant, certains aléas sont connus, comme le degré d'engagement du corps médical (en particulier les pharmaciens), l'absence de projet médical de territoire, la méconnaissance de la date de réalisation définitive du GCS issu de la transformation du SIH.

De nombreuses coopérations sont le fait de relations personnelles entre acteurs. Cela représente un risque majeur pour la pérennité de la coopération en cas de changement de personnes. Pour éviter cela, il est nécessaire de construire des outils solides avec des organisations stables⁵⁴, indépendants de la mobilité des acteurs. Le travail de préfiguration du GCS est donc fondamental en la matière.

Quant à l'aléa financier, il ne peut être analysé qu'à l'aide d'une solide étude médico-économique.

⁵³ ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 3, Agence Nationale d'Appui à la Performance, 140 p

⁵⁴ SABINE F., 2010, Quelle politique de coopération pour la psychiatrie ? L'exemple du Centre Hospitalier Charles Perrens Mémoire EHESP, Rennes, p51

3.1.3 Les avantages d'une étude médico-économique

Même si l'intérêt d'une coopération va bien au-delà des aspects financiers, il n'en demeure pas moins essentiel de produire une étude des coûts engendrés par un tel projet mais aussi des gains générés.

Dans l'exemple étudié, une évaluation préalable de la situation de chacune des pharmacies des établissements futurs membres du GCS a été engagée. Ce diagnostic de l'existant doit permettre de préciser les axes d'amélioration attendus avec la création du GCS. Pour poursuivre la démarche, la présentation d'un modèle organisationnel précis de la future PUI unique est nécessaire. C'est en effet à partir d'un tel document que l'évaluation des coûts de la future structure ainsi que des prestations qu'elle fournira est possible. Chaque objectif opérationnel doit être examiné sous l'angle des coûts directs (ex : investissement) et des coûts indirects (ressources humaines, assurance, etc...). Si plusieurs scénarii sont proposés, ils doivent être suffisamment précis pour permettre une simulation financière. C'est la rigueur de cette phase du projet qui permettra par ailleurs de le défendre car il s'appuiera sur des données objectivées.

Toutefois, il sera nécessaire d'être vigilant à mesurer tous les effets de la coopération, pas seulement les coûts et les gains à court terme. Et toute la difficulté est de prévoir des gains sur des process qui ne sont pas mis en œuvre : quel sera exactement le temps que l'infirmier, dans le service ou l'EHPAD, ne passera plus à préparer les médicaments, comment évaluer la plus value apportée par l'analyse pharmaceutique ?

A l'occasion de cette étude, bien des processus internes vont être analysés ce qui devrait permettre une information correcte sur les flux générés par la coopération. Chacun veillera à calculer le juste coût de ce qu'il met à disposition pour le fonctionnement du GCS afin de ne pas supporter indument des charges.

Les engagements en cours au moment de la mise en œuvre du GCS ne doivent pas être négligés : chaque établissement doit produire le recensement des contrats de maintenance ou d'entretien en œuvre, de la valeur nette comptable des biens non encore amortis en totalité et cédés ou non au GCS, etc...

Finalement c'est un véritable cahier des charges fonctionnel du GCS qui doit être rédigé à partir des données organisationnelles délivrées par le chef de projet. Les services financiers des futurs adhérents du GCS pourraient formaliser un plan d'action financier prévisionnel avec le comité de pilotage du GCS. A charge pour chacun de coordonner les informations provenant des autres directions fonctionnelles de l'établissement. Là aussi un calendrier doit être déterminé et partagé pour que tous les éléments soient disponibles à une date précise. Cette date devra d'ailleurs tenir compte du temps consacré à la synthèse faite par l'établissement porteur de la démarche.

Pour permettre une vision à moyen terme, l'activité du GCS devrait être présentée sur au moins trois exercices à venir. Les moyens mis en œuvre doivent être détaillés. Pour les investissements, une présentation des biens à acquérir ou à louer (cas de mise à disposition de matériel par les établissements membres) ainsi que leur amortissement doit être réalisée. En ce qui concerne le matériel préexistant plusieurs solutions sont envisageables pour leur amortissement :

- le matériel peut être vendu au GCS pour sa valeur comptable résiduelle, le GCS assurera dès lors son amortissement et en répartira la charge entre les membres
- le matériel peut être mis à disposition du GCS contre remboursement à l'établissement propriétaire des frais d'amortissements et des frais financiers.

Cette dernière solution est retenue de préférence jusqu'au renouvellement du matériel par le GCS. D'où l'intérêt d'avoir un inventaire complet des biens nécessaires au fonctionnement du GCS y compris avec la montée en charge de son activité.

En matière d'investissement, la seule analyse coût/bénéfice semble perfectible par le calcul de la rentabilité de l'acquisition comme le démontre un auteur à propos de l'achat d'automate de distribution de médicaments⁵⁵.

L'ensemble des financements du GCS doivent être connus. Le financement au long cours de la coopération sera assuré essentiellement, dans l'exemple du GCS du Territoire X, par ses membres. En effet, des financements extérieurs issus de l'assurance maladie, de l'Etat, des collectivités territoriales, de dons, de mécénat, sont possibles mais pour l'instant peu abondants. La contribution des établissements membres devrait être, de préférence, basée au prorata de leur participation à un capital plutôt que celle de leur contribution aux charges qui fluctue chaque année.

Les moyens humains sont à préciser et leurs coûts avec les charges salariales doivent être évalués. De plus, les établissements facturent au GCS auxquels ils adhèrent un coût de gestion de la mise à disposition qui peut aller jusqu'à 900 € par agent par an. Ce calcul doit être ramené à la proportion précise du temps de mise à disposition. C'est en tout cas un point à éclaircir dans la construction du GCS du Territoire X : si le temps de pharmacien consacré à la commande est naturellement imputé au GCS, il n'en n'est pas aussi certain du temps consacré directement dans les services, auprès du patient ou avec les médecins prescripteurs.

Enfin, les ventes et les charges de productions, aussi difficiles soient elles à apprécier, doivent faire l'objet de données chiffrées sur une période donnée. Cela revient à

⁵⁵ ALBOUY M., 2011, « Evaluation financière : La mise en place d'automates de distribution de médicaments », *Gestions hospitalières*, n°508, p439-442

construire un compte de résultat prévisionnel, outil que maîtrisent parfaitement les services financiers des établissements de santé mais dont la fiabilité des données dépend de la circulation de l'information. Celle-ci est souvent mise à mal par la résistance opposée à tout changement.

3.2 Dépasser les résistances

Avec l'incertitude croissante de l'offre de soins, le manque d'information sur les enjeux et objectifs des établissements, une partie du personnel des structures impliquées dans des processus de coopération doute beaucoup. Ce scepticisme, renforcé parfois par des expériences antérieures, engendre des réticences à changer une organisation. Le partage de l'information est la pierre angulaire de l'accompagnement au changement induit par la coopération. Aborder les questions opérationnelles avec l'ensemble des parties prenantes, au plus tôt, est un facteur de réussite de l'opération.

3.2.1 L'évaluation des résistances aux changements

Dans le cadre de l'évolution induite par un projet de coopération, les causes de résistance peuvent être aussi bien d'origine individuelle qu'organisationnelle. Le projet de GCS du Territoire X concerne, pour commencer, une activité de PUI unique et partagée des membres qui aura pour conséquence de leur faire perdre leur autorisation individuelle. La valeur symbolique d'une autorisation conduit certains futurs partenaires à vivre cette perte comme une « dépossession irréversible »⁵⁶. De là à penser que d'autres activités peuvent subir un sort funeste, il n'y a qu'un pas rapidement franchi par les acteurs internes aux établissements mais également par la population des territoires concernés comme le souligne le rapport de l'IGAS sur les fusions⁵⁷.

De plus, avec l'activité de PUI, se noue un changement de périmètre du pouvoir des pharmaciens mais aussi, la crainte de remettre en cause la liberté de prescription des médecins. Pour le projet du GCS du Territoire X c'est une pharmacienne hospitalière, avec un temps dédié, qui a conduit les rencontres avec les praticiens pour la partie relative à la PUI. Dans le même ordre d'idée, le préalable à la démarche de coopération est un dessaisissement consenti de chacun des partenaires qui n'ont plus la maîtrise économique et organisationnelle d'une activité⁵⁸.

La question de la représentativité, au sein du GCS, peut également être source de réticence à formaliser une coopération où l'un des acteurs par sa contribution ou ses

⁵⁶ TANGUY H., SEGUI-SAULNIER S., mars 2011, «Les (dures) réalités du terrain », Actualités JuriSanté, n° 73, p. 10 à 19

⁵⁷ Op.cit., p53

⁵⁸ DE LARD B., janvier-fevrier 2011, « GCS et coopération en matière d'activités médico-techniques : l'âge de la maturité ? » Revue Hospitalière de France, n° 538, p42-43

apports est majoritaire de facto⁵⁹. Pour les établissements minoritaires, le renoncement à l'autorisation d'activité se double, comme déjà évoqué supra, de la crainte d'une perte de lisibilité sur les process. Certains GCS recourent à « des règles de majorité qualifiée avec pondération des droits de vote, afin garantir aux membres de taille moyenne ou petite qu'ils ne se verraient pas imposer des décisions au sein des instances de la structure de coopération »⁶⁰.

Toutefois, il est difficile d'identifier toute les résistances aux changements car le porteur du projet n'a pas toujours la capacité et le temps d'écouter l'expression des impliqués (bénéficiaires ou/et acteurs du changement). Pour comprendre les difficultés, la parole donnée aux personnels des services concernés par la coopération (pour le GCS du Territoire X : pharmaciens, préparateurs, magasiniers, agents administratifs) doit être recueillie pendant la phase de diagnostic mais aussi pour l'élaboration des scénarii possibles. Cette approche participative nécessite une grande rigueur méthodologique. Quoiqu'il en soit, lorsque les messages sont entendus et compris, il est urgent d'adapter sa communication sur le projet.

3.2.2 L'échange d'information

Pour anticiper les résistances liées à la conduite de projet et aux changements induits, la formalisation de la communication du projet est recommandée. Pour construire un plan de communication plusieurs préalables sont nécessaires :

- le comité de pilotage du projet définit ses souhaits en matière de communication pour chaque étape du projet
- la communication habituelle de chaque structure doit être sollicitée
- une liste des destinataires doit être arrêtée ainsi que les dates clefs de diffusion de l'information⁶¹.

Un point essentiel en la matière est de reconnaître les besoins en matière d'information de toutes les catégories d'acteurs aussi bien interne qu'externe. Une attention particulière doit être apportée à la communication externe au projet mais interne à la structure afin d'éviter les phénomènes de rumeurs propices à la résistance au changement. En effet, de nombreuses raisons sont avancées pour résister au changement et faire échouer le projet : « perte d'une autorisation, changement de lieu de travail des agents, changement

⁵⁹ LYANNAZ, 2009, Contraintes et leviers de la coopération inter-établissements. Eléments de réflexion à partir de l'exemple de CHU de GRENOBLE, Mémoire EHESP, Rennes, p48

⁶⁰ FELLINGER F., BOIRON F., janvier 2012, Rapport de la Mission hôpital public 2011-2012, p53

⁶¹ POUMES M., mai 2012, Formation gestion de projet, élèves AAH, Rennes

de logiciel, nouvelles organisation de l'activité, inadaptation des textes juridiques. La liste est longue... »⁶².

En matière de données économiques et financières, les réticences à communiquer sont fréquentes et si un climat de confiance n'est pas établi, des retards de production d'analyses sont inévitables. Dans le cadre de ce mémoire, plusieurs entretiens, conduits sur la base d'un guide (annexes I et II)⁶³, laissent apparaître une méconnaissance du projet porteuse de difficultés. Plusieurs acteurs internes ont laissés poindre leur scepticisme mais aussi leur crainte d'être tardivement associé à la démarche ce qui aura pour conséquence une moindre qualité de leurs apports ou un délai de rendu incompatible avec les étapes déjà arrêtées du projet. Pour les acteurs d'autres établissements futurs membres, le degré d'implication est variable selon qu'ils sont concernés ou pas par l'échéance liée à la transformation du syndicat inter hospitalier.

Chaque acteur doit connaître précisément son rôle ainsi que les grands niveaux de décision. Les échéances des phases du projet doivent être connues également afin que chacun respecte le délai de rendu des informations. Pour clarifier cela, une lettre de mission pour les membres de l'équipe projet ainsi que des fiches de tâches pour la majorité des personnes sollicitées sont préconisées. Ces documents renseignent sur l'objectif de la mission ou de la tâche, sur les délégations reçues (surtout si ces activités ne sont pas pratiquées habituellement), sur le retour d'information attendu et sur les délais impartis.

Cependant, communiquer ne suffit pas en soi, pour convaincre, il est nécessaire de s'appuyer sur des éléments factuels. Pour engager un processus d'adhésion, il vaut mieux partir du terrain, du concret et si ce n'est pas possible c'est que le changement est à réévaluer.

3.2.3 L'importance d'aborder au plus tôt les questions opérationnelles

Ce qui crispe les personnes concernées par le changement est bien souvent la façon brutale dont il est conduit. Les capacités d'adaptation des individus sont annihilées par la rapidité imposée empêchant la construction de nouveaux repères.

En stimulant la participation, les acteurs s'approprient le processus de changement. Les premiers échanges entre les services financiers des futurs établissements membres du

⁶² SEGUI-SAULNIER S., 2012, « Comment fêter ses noces d'or », Gestions hospitalières, n°512, p62

⁶³ Page II et III

GCS ont produit leur lot de doutes mais, petit à petit en associant les interlocuteurs, des solutions sont recherchées, adoptées ou rejetées. Dans tous les cas, un dialogue s'installe et permet de mettre en commun les difficultés comme les solutions aux problèmes posés. L'implication de l'encadrement de proximité des établissements permet la diffusion de l'idée de changement et l'appropriation du projet.

La phase de préfiguration du projet de GCS du Territoire X peut être conduite par un attaché d'administration hospitalière interlocuteur du chef de projet et des différentes directions des structures futures membres du GCS. Opérateur de terrain et relais de la mise en œuvre des stratégies de l'établissement de santé, l'attaché a toute sa place dans la construction opérationnelle du GCS. Cela va d'ailleurs dans le sens du rapport de Chantal de Singly, cité par l'ANAP⁶⁴, selon lequel « le pari de l'efficience dans les établissements (...) de santé » est indubitablement lié à la pleine association des cadres, « c'est-à-dire tous ceux qui se trouvent dans une situation de concevoir, de fédérer, de piloter et de décider dans les organisations de travail hospitalières. ». Certes, le rôle de l'attaché ne sera pas de décider mais de contribuer fortement à formaliser des propositions pour la réussite du projet sur la base du projet opérationnel élaboré par les praticiens pharmaciens. Le recours à un groupe de travail piloté par le chef de projet, également pharmacienne d'un des futurs établissements membres, a contribué à impliquer pleinement le corps médical dans la démarche. Mais celui-ci a besoin d'une présentation plus précise des conditions d'exécution de cette nouvelle organisation.

En abordant les questions opérationnelles, de préférence par groupes de travail sur des thématiques précises (organisation du circuit du médicament, ressources humaines, logistique, finances,...) les principaux intervenants sont sensibilisés aux changements requis. Il est nécessaire que chaque catégorie de professionnel soient représentée dans les groupes, a minima un pharmacien ou un préparateur devraient y participer. L'association, au projet, des bénéficiaires du changement permet d'établir un meilleur recensement de ses effets. En suscitant la motivation de chacun des acteurs du futur GCS, une dynamique de construction se met en œuvre.

De même, en apportant des réponses précises aux interrogations relatives à la mise en œuvre de la nouvelle PUI, les réticences à s'engager se défont. L'aspect financier et comptable, s'il n'est pas le seul moteur de la coopération (l'amélioration de la qualité et la sécurisation de la prestation en étant les plus essentiels), contribue à éclairer la prise de décision, à justifier le changement, à alimenter la réflexion. C'est pour cela que l'association des services financiers des principaux établissements partenaires de la

⁶⁴ Op. cit ; p 85

démarche de coopération devrait se faire le plus tôt possible. En effet, l'ensemble des choix qui prévaut à la construction du GCS a une incidence économique. Plusieurs scénarii doivent même être étudiés, particulièrement en matière fiscale.

Pour le GCS du Territoire X, les premiers travaux relatifs à ce dossier ont eu lieu 9 mois avant l'association des services financiers des établissements. A ce temps de gestation, il faut rajouter celui du délai inconnu de la mise en œuvre du GCS issu de la transformation du SIH⁶⁵. Autant dire un certain temps, qu'il faudra mettre à profit pour, entre autre, finaliser l'étude médico économique, organiser le travail préparatoire avec les services départementaux de la DGFIP, former les agents à la nouvelle nomenclature comptable (la compréhension de la M9-5 est recommandée pour le contrôleur de gestion qui assistera l'administrateur du GCS). Ce temps, si précieux, permettra également de mettre en œuvre le modèle de management participatif déjà décrit supra, donc d'affiner au plus juste le modèle organisationnel choisi. Finalement d'une contrainte devrait naître une organisation qui répondra aux aspirations des professionnels concernées mais surtout une amélioration de la prise en charge des patients et des résidents de ce territoire de santé.

⁶⁵ Au moment de l'achèvement de la rédaction de ce mémoire, la parution d'un décret relatif à la transformation des SIH est imminente.

Conclusion

La stratégie de groupe publique, encouragée par la Fédération Hospitalière de France⁶⁶, permet, aux établissements publics de santé et médico sociaux, de répondre de façon coordonnée et efficace aux besoins de la population. Cette stratégie doit se traduire par le renforcement de la coopération inter-établissements.

Le GCS du Territoire X représente la réponse collective des acteurs de santé et médico social d'un territoire rural aux défis de la qualité et la sécurité des prises en charges alors que les moyens humains et financiers se font rares. Cette nouvelle façon, quasi entrepreneuriale, d'appréhender les fonctions supports à l'activité de soins ou d'hébergement est souvent source de scepticisme essentiellement parmi les acteurs internes des établissements. Une analyse financière pertinente et préalable à la mise en œuvre de l'outil de coopération est porteuse d'un message qui permet de lever une grande partie des doutes. Afin de réaliser cette analyse, l'implication des services financiers des établissements concernés par la création du GCS doit être précoce dans le processus de gestion de projet. Processus dont il ne faut écarter aucune des étapes sinon en prenant le risque d'une issue fatale. Le réalisme économique de l'opération et son partage sont facteurs de réussite du projet. D'où l'intérêt de disposer d'informations fiables qui ne seront disponibles que si un réel climat de confiance s'établit entre tous les partenaires du projet.

Parmi les acteurs du projet, l'attaché, contrôleur de gestion, devra contribuer, par son analyse et sa production de données, à arbitrer certains choix sur l'organisation de l'activité du GCS. Cette expertise conduira également à enrichir la rédaction de la convention constitutive et du règlement intérieur du GCS.

Cependant, l'étude du projet de GCS n'a pu être menée avec suffisamment de recul puisque à l'heure de cette conclusion, bien des choix n'ont pas été réalisés et surtout l'idée d'envisager une opération d'envergure telle que la construction d'une plateforme médico logistique fait son chemin. Par ailleurs, les entretiens conduits n'ont pas pu bénéficier de suffisamment de temps pour permettre aux acteurs d'exprimer complètement leur positionnement vis-à-vis de la coopération.

Pourtant, il s'avère que la visibilité du projet de coopération doit beaucoup à la qualité des analyses financières conduites pour la construction du groupement. Il faudra du temps pour que ce type d'opération soit réellement au point et permette de prouver toute sa

⁶⁶ VINCENT G, 2010, Atlas des coopérations La stratégie des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics, Edition HERAL pour FHF, Vitry sur Seine, 160 p.

pertinence pour permettre l'accès aux soins de qualité pour tous et sur tout le territoire. L'objectif n'est pas en soi de coopérer pour répondre à « l'air du temps » mais bel et bien de défendre un modèle de prise en charge sanitaire et médico sociale qui doit s'adapter aux changements économiques et sociaux actuels.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit
- 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
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- 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
- Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire
- Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration de médicaments soumis à la réglementation vénéneuse dans les établissements de santé, les syndicats inter hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur
- Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé
- Instruction du 18 avril 1995, Impôt sur les sociétés, exonérations et régimes particuliers (en ligne). Bulletin Officiel des Impôts 4H-5-95 n°80 du 26 avril 1995
- Instruction du 18 décembre 2006, Impôt sur les sociétés, TVA, taxe professionnelle, collectivités autres que les sociétés, Bulletin Officiel des Impôts 4H-5-06 n°208 du 18 décembre 2006
- Instruction fiscale n°12-016-MO du 9 juillet 2012 relative à la détermination des droits à déduction des assujettis à la TVA

- Code général des impôts article 239 quater D

Rapports

- Cour des Comptes, 2011, Rapport sur la sécurité sociale, Chapitre 9, 29p
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, juillet 2011, Rapport au Parlement du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, 75p.
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, janvier 2012, Rapport de la Mission hôpital public 2011-2012, 103 p.
- IGAS, mai 2011, « Le circuit du médicament », 113 p.
- IGAS, mars 2012, « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années », 273 p.

Documents officiels

- Direction Générale de l'Offre de Soins et Direction générale des Finances Publiques, fiches techniques relatives aux CHT et GCS n°5, n°6
- Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Direction générale de l'offre de soins, 2010, Recensement annuel des GCS : bilan au 30 juin 2010, 10 p

Ouvrages

- ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 1, Agence Nationale d'Appui à la Performance, 90 p.
- ARNAUD A., LEHERICEY H., TASSERY M., 2011, Guide méthodologique des coopérations territoriales – Tome 3, Agence Nationale d'Appui à la Performance, 140 p.
- VINCENT G., 2010, Atlas des coopérations La stratégie des hôpitaux et établissements médico-sociaux publics, Edition HERAL pour FHF, Vitry sur Seine, 160 p.

Publications et revues

- ALBOUY M., août/septembre 2011, « Evaluation financière : La mise en place d'automates de distribution de médicaments », Gestions hospitalières, n°508, pp.439-442
- BERGOIGNAN-ESPER C., 2009, « Le groupement de coopération sanitaire », Actualités Jurisanté, n°66
- CALMES G., KEUNEBROEK J., janvier 2012 « Apports et limite du benchmarking » Gestions hospitalières, n°512, pp. 43-45
- CHAUMONT C., Janvier 2012, « Le paradoxe de la coopération en milieu hospitalier », Gestions hospitalières, n° 512, pp.26-30

- DE LARD B., janvier-février 2011, « GCS et coopération en matière d'activités médico-techniques : l'âge de la maturité ? » Revue Hospitalière de France, n° 538, pp. 42-43
- GUIMARD E., 23 mai 2008, « La Cité de Saint-Nazaire coûtera 280 millions d'euros », Les Echos, n°20178, pp. 6
- LAROSE D., octobre 2011, « La métamorphose constamment inachevée des outils de coopération », Finances hospitalières, pp. 24-27
- SEGUI-SAULNIER S., janvier 2012, « Comment fêter ses noces d'or », Gestions hospitalières, n°512, pp. 61-63
- TANGUY H., SEGUI-SAULNIER S., mars 2011, « Les (dures) réalités du terrain », Actualités JuriSanté, n° 73, pp. 10-19

Mémoires

- CALVEZ P., 2010, La mutualisation inter-établissements : un défi managérial pour le directeur d'établissement sanitaire et médico-social, Mémoire EHESP, Rennes, 76p
- LYANNAZ, 2009, Contraintes et leviers de la coopération inter-établissements. Eléments de réflexion à partir de l'exemple de CHU de GRENOBLE, Mémoire EHESP, Rennes, 51p
- SABINE F., 2010, Quelle politique de coopération pour la psychiatrie ? L'exemple du Centre Hospitalier Charles Perrens Mémoire EHESP, Rennes, 66p

Sites Internet

- Ministère de la santé <http://sante.gouv.fr>
- Agence Nationale d'Appui à la performance <http://www.anap.fr/>
- CHU d'Amiens <http://www.chu-amiens.fr>

Liste des annexes

Liste des personnes rencontrées	Annexe I
Modèle grille d'entretien	Annexe II
Schéma GCS PUI réalisé par la pharmacienne, chef de projet	Annexe III

ANNEXE I

Liste des personnes rencontrées

Avec la grille d'entretien :

Etablissement	Fonction	Date entretien	Durée en mn
CH A	Responsable logistique	19/07/2012	20
CH A	Adjoint des Cadres Hospitaliers contrôle et analyse de gestion	23/07/2012	30
CH A	Adjoint des Cadres Hospitaliers cellule budgétaire et financière	10/09/2012	15
CH A	AAH gestion des ressources humaines	12/09/2012	20
CH A	Adjoint administratif cellule d'analyse de gestion	28/09/2012	15
CH A	Adjoint des Cadres Hospitaliers SIH	03/10/2012	20
CH A	Coordinatrice générale des soins	19/10/2012	30
CH B	Directeur	11/07/2012	45
CH B	AAH affaires générales en charge des coopérations	16/07/2012	30
CH C	Directeur	08/09/2012	20
CH C	Directeur adjoint services financiers	25/09/2012	20
CH E	Directeur	04/09/2012	20
CH E	AAH services économiques	25/09/2012	20

Autres :

Etablissement/ organisme	Fonction
CH A	Directeur
CH A	Directeur-adjoint des affaires financières, du système d'information et de la gestion des pôles
CH A	Directrice-adjointe de l'offre de soins, de la qualité et de la communication
CH A	Attaché, service financier, contrôle et analyse de gestion
ARS	Pharmacien inspecteur de santé publique
ARS (direction territoriale)	Délégué territorial adjoint
ARS (direction territoriale)	Inspectrice de l'action sociale et sanitaire, département offre de soins
CH E	Présidente de CME
GAPM	Attaché, contrôleur de gestion
GAPM	Agent comptable

EHESP- Mémoire élève AAH
GRILLE D'ENTRETIEN

Présentation de la démarche : Cet entretien se déroule dans le cadre de la construction d'un mémoire professionnel relatif à la mise en place d'outils financiers et de gestion du GCS HA. Le but de l'entretien est de connaître l'intérêt, en ce domaine, de divers professionnels concernés. Il s'agira également de savoir si les processus mis en place leur permettront de s'impliquer pleinement dans ce projet.

I - Liens de l'interviewé avec le GCS

Le projet de GCS HA est-il un sujet de préoccupation pour vous ?

Avez-vous été contacté par le groupe projet du GCS HA ?

Si oui, à quel moment, pour quelle raison ?

A l'issue de cette sollicitation avez-vous recherché des informations sur les GCS, les futurs partenaires, les autres acteurs de la construction de cet outil ?

Si non, à quel moment serez-vous sollicité ?

Que pensez-vous de cette démarche ? Pouvez-vous en déterminer l'objet ?

De quelle façon pensez-vous être associé à ce projet ? Quel impact sur votre pratique professionnelle ?

II – Connaissance de l'outil de coopération

Connaissez-vous les phases de création de cet outil de coopération ?

Selon vous, comment est financé le groupement ?

Quelles activités seront concernées par le GCS ?

- la logistique (à préciser)
- la pharmacie
- les activités de soins
- les fonctions transversales (CLIN, CLUD, EOH, qualité/gestion des risques)

III – Informations et mise en oeuvre

De votre point de vue, les informations relatives à la création du GCS sont-elles partagées ? Le devraient- elles ?

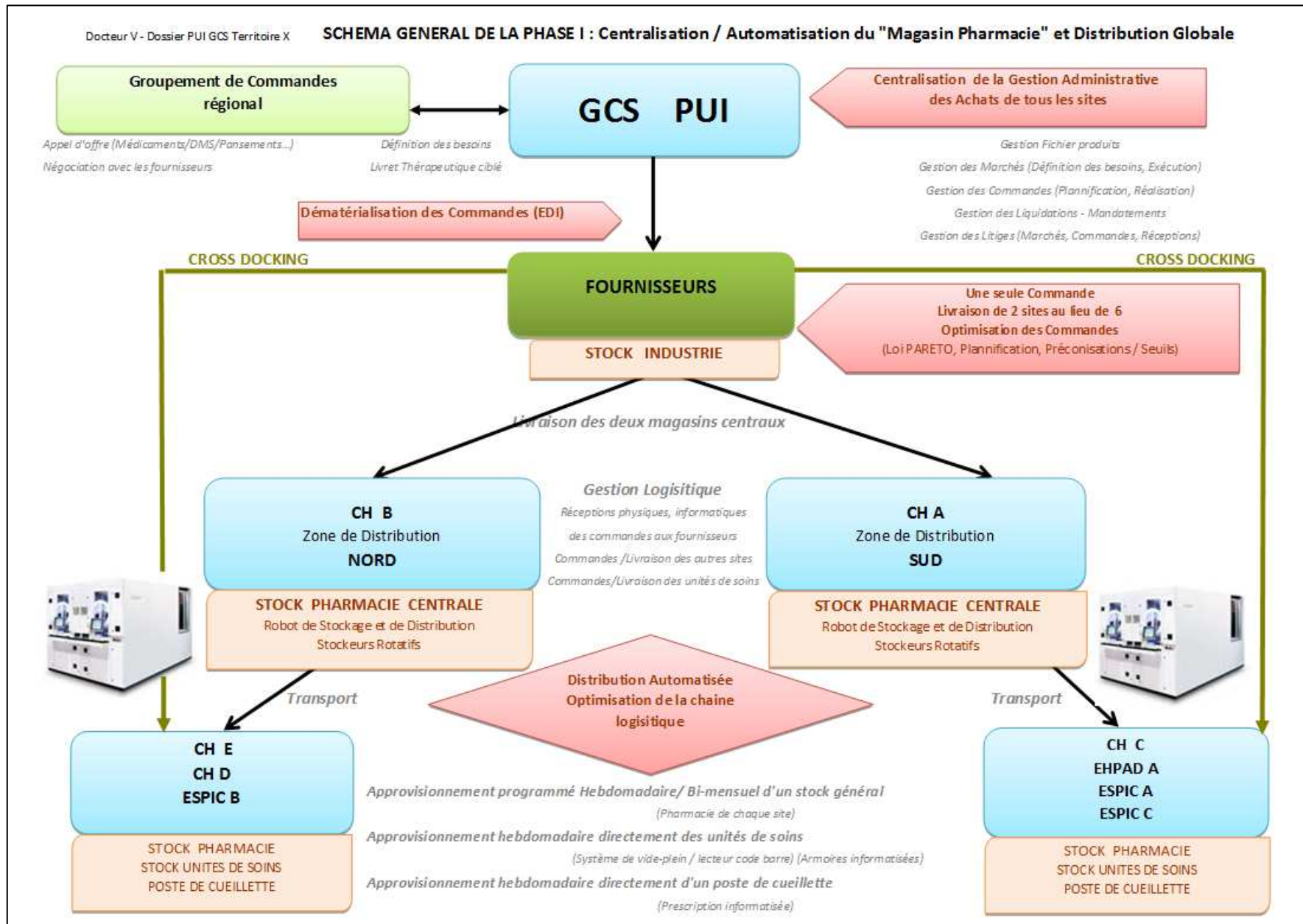
Si oui, de quelle façon et sur quels aspects ?

Si non, comment eut-il fallu procéder pour qu'elles le soient?

Aurez-vous de nouveaux processus à mettre en place dans votre unité, direction, lors de la création de ce GCS ?

Comment allez-vous communiquer sur le GCS en projet avec votre équipe ?

Comment voyez-vous votre implication et celle de votre équipe dans ce projet ?



GENSUL

Véronique

Décembre 2012

ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Promotion 2012

Des obstacles à la construction d'un groupement de coopération sanitaire : aspects financiers et comptables

Résumé :

La construction du groupement de coopération sanitaire de moyens, pour des activités logistiques et médico-logistiques du Territoire de santé X, est l'occasion d'observer, à la fois, les freins et les leviers de la coopération. Ce futur GCS sera un outil au service de plusieurs établissements de santé et établissements médico-sociaux tant du secteur public que du secteur privé.

Après l'analyse des raisons qui motivent la création de ce groupement, il sera souligné la complexité de la construction budgétaire d'un GCS, a fortiori lorsqu'il concerne en premier lieu une activité de pharmacie à usage intérieur unique pour l'ensemble du territoire.

Dans l'optique de favoriser la réalisation du projet, le présent travail souligne l'intérêt d'engager une démarche projet rigoureuse tout particulièrement dans le domaine financier et comptable.

Mots clés :

Groupement de coopération sanitaire, pharmacie, fiscalité, convention, coopération, démarche projet, changement, syndicat inter-hospitalier

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.