



HAL
open science

Application de l'ingénierie de conduite du changement socio-économique à la définition d'un projet de coopération pharmaceutique dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire

Joan Stuck

► To cite this version:

Joan Stuck. Application de l'ingénierie de conduite du changement socio-économique à la définition d'un projet de coopération pharmaceutique dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire. Sciences pharmaceutiques. 2016. dumas-01535729

HAL Id: dumas-01535729

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535729>

Submitted on 9 Jun 2017

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2016

N°

**APPLICATION DE L'INGÉNIERIE DE CONDUITE DU CHANGEMENT
SOCIO-ÉCONOMIQUE À LA DÉFINITION D'UN PROJET DE
COOPÉRATION PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA
CRÉATION DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE**

**MÉMOIRE DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PHARMACIE
HOSPITALIÈRE**

Conformément aux dispositions du décret N° 90-810 du 10 septembre 1990, tient lieu de THÈSE

Joan STUCK

[Données à caractère personnel]

**MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE**

Le : 10/10/2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Pr Benoît ALLENET, Pharmacien PU-PH, Pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes

Membres :

Dr Luc FORONI, Pharmacien PH, Chef du Pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes

Dr Marc FRACHETTE, Consultant-Chercheur, Centre Euginov, IAE de Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, ISEOR

M. Christian VILLERMET, Directeur Adjoint préfigurateur GHT, CHU Grenoble Alpes

Dr Bruno MICHEL, Pharmacien MCU-PH, Responsable Pharmacie du Nouvel Hôpital Civil, Pôle Pharmacie-Pharmacologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE PHARMACIE DE GRENOBLE**

Année : 2016

N°

**APPLICATION DE L'INGÉNIERIE DE CONDUITE DU CHANGEMENT
SOCIO-ÉCONOMIQUE À LA DÉFINITION D'UN PROJET DE
COOPÉRATION PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA
CRÉATION DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE**

**MÉMOIRE DU DIPLÔME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES DE PHARMACIE
HOSPITALIÈRE**

Conformément aux dispositions du décret N° 90-810 du 10 septembre 1990, tient lieu de THÈSE

Joan STUCK

[Données à caractère personnel]

**MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE PHARMACIE DE
GRENOBLE**

Le : 10/10/2016

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

Pr Benoît ALLENET, Pharmacien PU-PH, Pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes

Membres :

Dr Luc FORONI, Pharmacien PH, Chef du Pôle Pharmacie, CHU Grenoble Alpes

Dr Marc FRACHETTE, Consultant-Chercheur, Centre Euginov, IAE de Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, ISEOR

M. Christian VILLERMET, Directeur Adjoint préfigurateur GHT, CHU Grenoble Alpes

Dr Bruno MICHEL, Pharmacien MCU-PH, Responsable Pharmacie du Nouvel Hôpital Civil, Pôle Pharmacie-Pharmacologie, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

La Faculté de Pharmacie de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

Doyen : SEVE Michel

Vice-doyenne : DEMEILLIERS Christine

Année 2015-2016

ENSEIGNANTS A L'UFR DE PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BAKRI	Aziz	Pharmacie Galénique et Industrielle, Formulation et Procédés Pharmaceutiques (TIMC-IMAG)
BOUMENDJEL	Ahcène	Chimie Organique (D.P.M.)
BURMEISTER	Wim	Biophysique (U.V.H.C.I)
DECOUT	Jean-Luc	Chimie Inorganique (D.P.M.)
DROUET	Christian	Immunologie Médicale (TIMC-IMAG)
DROUET	Emmanuel	Microbiologie (U.V.H.C.I) -
GODIN-RIBUOT	Diane	Physiologie-Pharmacologie (HP2)
LENORMAND	Jean Luc	Ingénierie Cellulaire, Biothérapies (THEREX, TIMC, IMAG)
MARTIN	Donald	Laboratoire TIMC-IMAG (UMR 5525 UJF-CNRS)
MOINARD	Christophe	LABFA (U Inserm 1055)
PEYRIN	Eric	Chimie Analytique (D.P.M.)
RIBUOT	Christophe	Physiologie – Pharmacologie (HP2)
WOUESSIDJEWE	Denis	Pharmacotechnie (D.P.M.)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALLENET	Benoit	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
CORNET	Murielle	Parasitologie – Mycologie Médicale (LAPM, PU-PH)
DANEL	Vincent	Toxicologie (SMUR SAMU / PU-PH)
FAURE	Patrice	Biochimie (HP2/PU-PH)
MOSSUZ	Pascal	Hématologie (PU-PH-THEREX-TIMC)
SEVE	Michel	Biochimie – Biotechnologie (IAB, PU-PH)

PROFESSEURS EMERITES

CALOP	Jean	
GRILLOT	Renée	
ROUSSEL	Anne-Marie	

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ALDEBERT	Delphine	Parasitologie-Mycologie (L.A.P.M)
BATANDIER	Cécile	Nutrition et Physiologie (L.B.F.A)
BELAIDI-CORSAT	Elise	Pharmacologie Physiologie –(HP2)
BOURGOIN	Sandrine	Biochimie – Biotechnologie (IAB)
BRETON	Jean	Biologie Moléculaire / Biochimie (L.C.I.B – LAN)
BRIANCON-MARJOLLET	Anne	Physiologie Pharmacologie (HP2)
BUDAYOVA SPANO	Monika	Biophysique (I.B.S)
CAVAILLES	Pierre	Biologie Cellulaire et génétique (L.A.P.M)
CHOISNARD	Luc	Pharmacotechnie (D.P.M)
DELETRAZ-DELPORTE	Martine	Droit Pharmaceutique (Equipe SIS « Santé, Individu, Société »-EAM 4128)
DEMEILLIERS	Christine	Biochimie (L.B.F.A)
DURMORT-MEUNIER	Claire	Biotechnologies (I.B.S)
GEZE	Annabelle	Pharmacotechnie (D.P.M)
GILLY	Catherine	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
GROSSET	Catherine	Chimie Analytique (D.P.M)
GUIEU	Valérie	Chimie Analytique (D.P.M)
HININGER-FAVIER	Isabelle	Biochimie (L.B.F.A)
JOYEUX-FAURE	Marie	Physiologie - Pharmacologie (HP2)
KHALEF	Nawel	Pharmacie Galénique (TIMC-IMAG)
KRIVOBOK	Serge	Biologie Végétale et Botanique (L.C.B.M)
MELO DE LIMA	Christelle	Biostatistiques (L.E.C.A)
MOUHAMADOU	Bello	Cryptogamie, Mycologie Générale (L.E.C.A)
NICOLLE	Edwige	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
OUKACINE	Farid	Chimie Thérapeutique (D.P.M)
PERES	Basile	Pharmacognosie (D.P.M)
PEUCHMAUR	Marine	Chimie Organique (D.P.M.)
RACHIDI	Walid	Biochimie (L.C.I.B)
RAVELET	Corinne	Chimie Analytique (D.P.M)
SOUARD	Florence	Pharmacognosie (D.P.M)
TARBOURIECH	Nicolas	Biophysique (U.V.H.C.I.)
VANHAVERBEKE	Cécile	Chimie (D.P.M)

MAITRES DE CONFERENCE DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

BEDOUC	Pierrick	Pharmacie Clinique (THEMAS TIMC-IMAG/MCU-PH)
BUSSER	Benoit	Pharmacie (IAB-INSERM)
GERMI	Raphaëlle	Microbiologie (U.V.H.C.I)

PROFESSEURS CERTIFIES

FITE	Andrée
GOUBIER	Laurence

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCE ASSOCIES (PAST/MAST)

BELLET	Béatrice	Pharmacie Clinique
RIEU	Isabelle	Qualitologie (Praticien Attaché – CHU)
TROUILLER	Patrice	Santé Publique (Praticien Hospitalier – CHU)

PROFESSEURS AGREGES (PRAG)

GAUCHARD	Pierre-Alexis	(D.P.M)
-----------------	---------------	---------

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIB : Centre d'Innovation en Biologie

DPM : Département de Pharmacochimie Moléculaire

HP2 : Hypoxie Physiopathologie Respiratoire et Cardiovasculaire

IAB : Institut Albert Bonniot, Centre de Recherche « Oncogénèse et Ontogénèse » **IBS** : Institut de Biologie Structurale

LAPM : Laboratoire Adaptation et Pathogénèse des Microorganismes

LBFA : Laboratoire Bioénergétique Fondamentale et Appliquée

LCBM : Laboratoire Chimie et Biologie des Métaux

LCIB : Laboratoire de Chimie Inorganique et Biologie

LECA : Laboratoire d'Ecologie Alpine

LR : Laboratoire des Radio pharmaceutiques

TIMC-IMAG : Laboratoire Technique de l'Imagerie, de la Modélisation et de Cognition

UVHCI : Unit of Virus Host Cell Interactions ²

Dernière mise à jour : NM 16/02/2016

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier **Pr Benoît ALLENET**, qui a accepté de présider ce jury et qui m'a guidée tout au long de la rédaction de ce manuscrit. Merci de m'avoir proposé de travailler sur ce sujet, pour votre aide tout au long du projet, et pour votre disponibilité et votre patience infaillible face à ma nervosité. Je tâcherai de me souvenir qu'il y a souvent « urgence à ne pas se presser ».

Un très grand merci ensuite à **Dr Luc FORONI** qui m'a encadrée dans la réalisation du projet, tout en me laissant la liberté de proposer et d'appliquer la méthodologie que je voulais. Merci pour le temps consacré aux préparations de réunions, aux relectures de comptes rendus, aux diverses discussions concernant le projet... Et pour votre réactivité à mes multiples sollicitations.

Après cela, je tiens à remercier **Dr Marc FRACHETTE**, qui m'a permis d'approfondir mes réflexions en me faisant prendre du recul par rapport à l'ensemble du projet. Merci pour votre disponibilité et pour tous les conseils que vous m'avez donnés et que je tâcherai d'appliquer dans ma vie professionnelle future.

Je remercie ensuite sincèrement **M. Christian VILLERMET** qui me fait l'honneur de participer à ce jury. Merci d'avoir accepté de commenter mon travail et d'apporter votre expertise et votre connaissance du domaine des GHT.

De même, un grand merci à **Dr Bruno MICHEL** qui me fait l'honneur et le plaisir de participer à ce jury, me permettant de faire un lien avec Strasbourg où j'ai commencé mes études de Pharmacie. Merci d'avoir accepté de juger mon travail et d'apporter votre vision du sujet.

Un merci tout particulier aux Pharmaciens responsables des PUI du GHT Alpes-Dauphiné, membres du groupe plénier : **Dr Marie-Christine ALBERTO-GONDOUIN**, **Dr Jocelyne ARTIGUE**, **Dr Pierre-Alexandre BOURBON**, **Dr Annick BRUN-PATOUX**, **Dr Jean-Denis COUPE**, **Dr Sophie COUPE**, **Dr Laurence MINISCHETTI**, **Dr Justine SUBTIL-PONS** et **Dr**

Mélanie VAN HOLLEBEKE. Merci pour votre gentillesse et surtout pour votre remarquable dynamisme qui a facilité l'ensemble du projet.

Et merci aussi bien évidemment aux autres acteurs qui ont participé aux différents groupes de travail : **Mme Béatrice AGUILAR, Dr Pierrick BEDOUCH, Dr Aurélie BRULEBOIS, Dr Pascale BRUTIN-MAGRON, Dr Mathieu COLLOMB, Dr Marie-Dominique DESRUET, Dr Maxime DETAVERNIER, Mme Sandrine GONZALEZ, Dr Catherine GUIMIER-PINGAULT, M. Benoît MERCEY, Dr Anne-Sophie MICHALSKI, M. Marc POULET, M. Denis SEAUME et Dr Caroline TRIVIN.** Merci pour votre implication et votre réactivité tout au long du projet.

Un merci spécial ensuite aux Secrétares de la Pharmacie du CHUGA et du CHAI, **Martine PELLISSIER, Pascale GONDRAND, Bénédicte CHEREIL DE LA RIVIERE, Chantal MEUNIER et Elizabeth GROZ** pour m'avoir aidée du point de vue logistique, avec la gestion des agendas, les réservations de salles et les multiples branchements de vidéoprojecteurs et d'ordinateurs.

Je souhaite aussi remercier **Pr Véronique ZARDET** pour avoir accepté ma candidature en Master 2 CTERSAMS, ce qui a engendré mon implication dans ce projet. Merci de m'avoir autorisée à découvrir un nouveau domaine de connaissance et permis de développer un autre regard sur mon futur univers de travail.

Après cela, je tiens à remercier **Dr Marie-Reine MALLARET et Dr Caroline LANDELLE,** ainsi que tous les membres de l'unité d'hygiène hospitalière du CHUGA pour avoir accepté que j'assiste à la fin des cours et que je participe aux dernières réunions, ce qui m'a permis de finaliser et de poursuivre mon implication dans le projet.

De même, merci à mes co-Internes et collègues de bureau tout au long de ce projet : **Jean-Didier, Laure, Mayssam, Armida, Carine, Marie, Antoine, Ha, Meghann et Virginie** pour m'avoir supportée et soutenue même quand je vous noyais de parole...

Mes remerciements suivants s'adressent à **toutes les équipes, de Grenoble, Saint-Egrève et Chambéry, avec qui j'ai eu la chance de travailler au cours de mon Internat** et qui m'ont montré la richesse du métier de Pharmacien hospitalier.

De la même manière, merci à **tous mes co-Internes** durant ces 4 années, en particulier **Ariane** (et **Nicolas**), **Marion, Thomas, Romain, Charles, Johanne, Catherine**, et **Ingrid** pour tout ce qu'on a pu partager et découvrir ensemble.

De manière plus générale et plus personnelle ensuite, un grand merci à toute **ma Famille** de m'avoir toujours accompagnée et d'avoir cru en moi tout au long de ces années. Merci à **ma Maman, mon Papa, Jacques, Christelle, Jean, Paul, Allycia, mes grands-parents** et tous les autres, **marraines, parrains, tantes, oncles, cousines et cousins**, bien trop nombreux pour que je vous cite tous ! Merci d'avoir été présents pour moi, et pour ceux qui ont pu venir, merci d'être là aujourd'hui !

Un merci très spécial à **Godefroy**, mon Compagnon, que je ne remercierai jamais assez pour sa présence à mes côtés. Merci de m'avoir aidée dans mon travail, de m'avoir poussée dans certaines réflexions, merci de m'avoir supportée et épaulée, et merci d'avoir toujours cherché à me faire rire quand je n'en avais pas envie...

Merci aussi à ma **Belle-Famille** qui m'a accompagnée et encouragée durant ces années d'Internat.

Dans le prolongement de la Famille, parce qu'après 12 ans d'amitié, ça s'en approche fortement, merci à **Charlotte** qui me motive depuis tout ce temps par son sourire et sa joie de vivre inébranlable. Merci pour tout ce qu'on a vécu et tout ce qu'on vivra encore toutes les 2 !

Et merci à **Laurence** et **Patrick** pour leur soutien et leurs encouragements.

Pour mes 5 premières années de Pharmacie, un grand clin d'œil à la **promo 2013 de Strasbourg**.

Merci plus spécialement à **Alice, Aurélie, Camille, Caroline, Claire, Laura, Marielle** et **Morgane** pour tous les bons moments passés ensemble.

Un merci tout particulier à **Vincent** avec qui j'ai tout partagé durant ces premières années, les meilleurs comme les pires moments. Même si nos routes se sont un peu éloignées, j'espère qu'elles continueront à se croiser avec toujours autant de joie !

Et un clin d'œil à **David** sans qui la première année aurait vraiment été moins drôle !

Une jolie révérence à **Maud** pour nos 3 ans, mémorables, de colocation. Encore merci de m'avoir facilité la vie pendant cette fameuse première année...

Et un grand merci à ma deuxième Famille, de cœur et de coiffe, **Jean-Christophe, Laurence, Mélanie, Christophe, Aurélie, Nicolas, Pierre-Adrien, Amélie**, et par extension **Delphine** et **Guillaume**. Merci de m'avoir fait découvrir la vie étudiante autrement que par son côté studieux, merci d'avoir toujours été là pour moi, en espérant que les liens que nous avons tissés se resserreront encore !

Avant de terminer, merci à **toute l'équipe de la Pharmacie d'Ingersheim** de m'avoir fait découvrir et apprécier le métier de Pharmacien.

Et pour finir, mes derniers remerciements, mais non des moindres, s'adressent à **Dr Laurence FRAYSSE, Pr Daniel MAITROT** et **Pr Pierre KEHRLI**, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui.

Table des matières

Table des figures	10
Table des tableaux.....	10
Liste des abréviations	11
Introduction générale	13
Application de l'ingénierie de conduite du changement socio-économique à la définition d'un projet de coopération pharmaceutique dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire	24
1. Introduction.....	27
2. Matériel et méthodes.....	28
2.1. Présentation du terrain d'étude	28
2.2. Méthodologie de conduite du changement employée	30
3. Résultats.....	32
3.1. Une cartographie détaillée des 9 PUI	32
3.2. Une analyse SWOT du projet de coopération	33
3.3. Les mutualisations envisagées par le groupe de projet.....	35
4. Discussion.....	37
4.1. Analyse de la méthodologie employée.....	37
4.2. Analyse des résultats	39
4.3. Les 7 points clés de la réussite du projet de coopération.....	39
5. Conclusion	41
6. Remerciements.....	41
Conclusion générale	42
Bibliographie.....	45
Annexes.....	49
Table des annexes.....	49
Serment de Galien	77

Table des figures

Figure 1 : Historique des réformes liées à la coopération sanitaire	14
Figure 2 : Le Trièdre de l'intervention socio-économique	21
Figure 3 : Carte des 9 établissements du GHT Alpes Dauphiné	29
Figure 4 : Méthode employée et comparaison au processus de conduite du changement socio-économique	30
Figure 5 : Organisation globale du projet GHT	32

Table des tableaux

Tableau 1 : Composition d'un groupe de projet socio-économique	22
Tableau 2 : Analyse SWOT du projet de coopération pharmaceutique	34
Tableau 3 : Axes de mutualisation envisagés dans le pré-projet	36
Tableau 4 : Comparaison des étapes de la méthode de conduite du changement socio-économique et de son application aux PUI du GHT Alpes Dauphiné	38

Liste des abréviations

- ANAP = Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ARS = Agence Régionale de Santé
- AS = Aide-Soignant
- CAPN = Contrat d'Activité Périodiquement Négociable
- CC = Convention Constitutive
- CH = Centre Hospitalier
- CHU = Centre Hospitalier Universitaire
- CHT = Communauté Hospitalière de Territoire
- CSS = Conférences Sanitaires de Secteur
- DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soins
- DIM = Département d'Information Médicale
- DJIN = Dispensation Journalière Individuelle Nominative
- DRH = Directeur des Ressources Humaines
- EPIH = Établissement Public Inter-Hospitalier
- FMIH = Fédération Médicale Inter-Hospitalière
- GCS = Groupement de Coopération Sanitaire
- GIE = Groupement d'Intérêt Économique
- GIH = Groupement InterHospitalier
- GIP = Groupement d'Intérêt Public
- GHT = Groupement Hospitalier de Territoire
- Loi HPST = Hôpital, Patient, Santé, Territoire
- IDE = Infirmier Diplômé d'État
- ISEOR = Institut Socio-Économique des entreprises et Organisations

- JORF = Journal Officiel de la République Française
- LMSS = Loi de Modernisation de notre Système de Santé
- PAP = Plan d'Actions Prioritaires
- PASINTEX = Plan d'Action Stratégique Interne et Externe
- PDA = Préparation des Doses à Administrer
- PMP = Projet Médical Partagé
- PUI = Pharmacie à Usage Intérieur
- SIH = Syndicat Inter-Hospitalier
- SWOT = Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats = Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
- VAE = Validation des Acquis d'Expérience
- UTEP = Unité Transversale d'Éducation thérapeutique du Patient

Introduction générale

Depuis le début des années 1970, les gouvernements successifs ont cherché à réviser le droit en matière de santé, de manière à encourager la coopération entre les hôpitaux (1). Par ce biais, ils espèrent améliorer la qualité de la prise en charge des patients et augmenter la performance économique des établissements de santé, notamment grâce aux économies d'échelle induites par des achats plus volumineux. Les différentes réformes liées à la coopération sanitaire depuis cette période sont présentées sur la Figure 1.

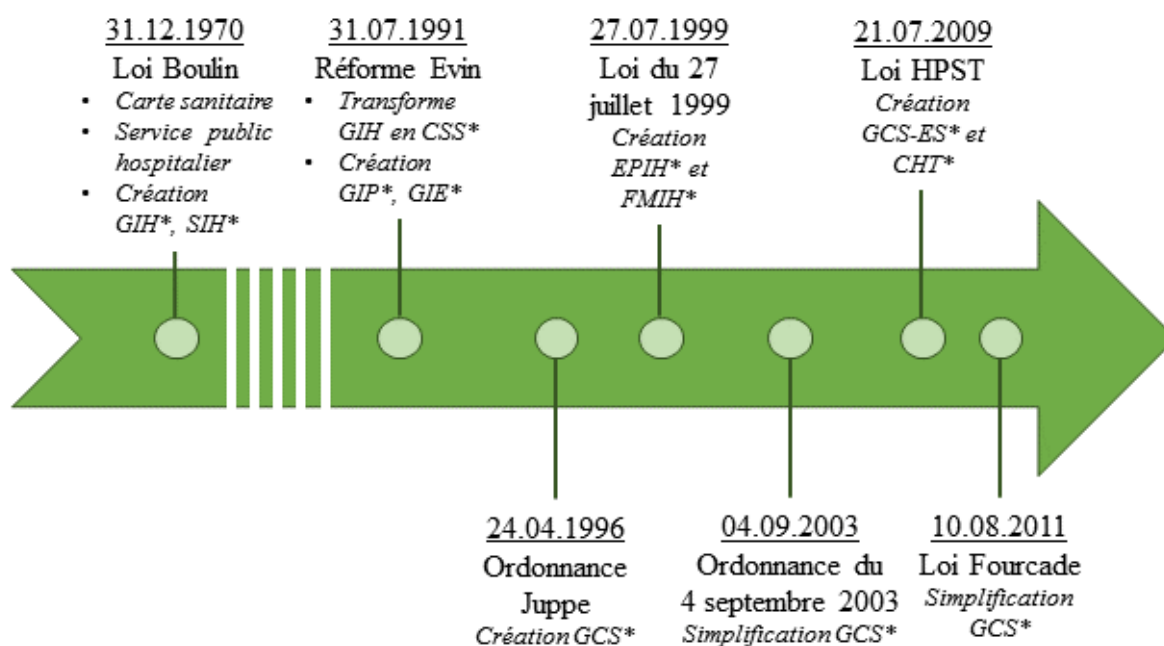


Figure 1 : Historique des réformes liées à la coopération sanitaire (1)

*GIH = Groupement Inter-Hospitalier	*GIE = Groupement d'Intérêt Économique	*FMIH = Fédération Médicale Inter-Hospitalière
*SIH = Syndicat Inter-Hospitalier	*GCS = Groupement de Coopération Sanitaire	*GCS-ES = Groupement de Coopération Sanitaire – Établissement de Santé
*CSS = Conférence Sanitaire de Secteur	*EPIH = Établissement Public Inter-Hospitalier	*CHT = Communauté Hospitalière de Territoire
*GIP = Groupement d'Intérêt Public		

La notion de coopération a ainsi été introduite dans la législation sanitaire par Robert BOULIN, Ministre de la santé publique et de la sécurité sociale sous la présidence de Georges POMPIDOU, à la fin de l'année 1970. La loi BOULIN est ensuite restée en vigueur jusque dans les années 1990 où la réforme EVIN, l'ordonnance JUPPE et la loi du 27 juillet 1999 ont complètement restructuré et complexifié la réglementation. Suite à cela, les années 2000 ont été marquées par une volonté de simplification des textes pour rendre plus accessibles les dispositifs de coopération proposés.

Au total, d'après un bilan dressé par la Cour des Comptes, il existait ainsi 19 modes de coopération différents en 2011 (2). Ces dispositifs étaient répartis en 2 catégories : d'une part les modes de coopération organiques ou institutionnels, dotés d'une personnalité morale propre et, d'autre part, divers types de coopérations fonctionnelles moins contraignants. Mais, malgré ces multiples modalités disponibles et les efforts faits par les tutelles pour encourager les rapprochements, un faible niveau de coopération inter-hospitalière a été constaté.

En conséquence, pour accélérer le développement de liens entre les hôpitaux, le gouvernement actuel a décidé d'imposer aux établissements publics de santé d'un même territoire géographique de coopérer. Cette obligation découle de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) publiée au Journal Officiel de la République Française (JORF) le 26 janvier 2016 (3).

D'après l'article 107 de ce texte (*Annexe 1*), l'adhésion à un GHT est obligatoire pour tous les hôpitaux publics dans le but de développer la coopération entre établissements de santé (3). Une grande liberté d'organisation est laissée aux structures concernant les mutualisations à mettre en œuvre. Peu d'éléments explicatifs sont fournis dans le texte, si ce n'est une volonté globale de raisonnement par filières de soins. Les seuls domaines de mutualisation clairement identifiés concernent le développement d'un Système d'Informations convergent, la création d'un Département d'Information Médicale (DIM) de territoire, la mutualisation de la fonction achat et

la coordination des écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue des personnels.

Une date butoir est par contre posée, à laquelle la Convention Constitutive (CC) du GHT doit être transmise à l'ARS : le 1^{er} juillet 2016. Un Projet Médical Partagé (PMP), présentant les axes stratégiques du GHT et les mutualisations envisagées, doit être annexé à cette CC. Cela laisse donc moins d'un semestre aux établissements pour créer un projet de coopération et le formaliser au sein d'un document de synthèse.

Ce délai ambitieux est confirmé par le décret d'application relatif aux GHT (*Annexe 2*), publié le 27 avril 2016 (4). Le contenu du PMP y est présenté et prévoit l'intégration d'un projet de pharmacie. Différentes échéances sont définies concernant le niveau de détail attendu de ce projet : la définition des grandes orientations du PMP et donc du projet pharmaceutique est fixée au 1^{er} juillet 2016 avec le rendu de la CC, mais la précision des filières prioritaires de prises en charge des patients est décalée au 1^{er} janvier 2017 et le rendu d'un PMP conforme aux textes de loi est reporté au 1^{er} juillet 2017.

Dans le domaine de la pharmacie, les précisions apportées concernent principalement la mutualisation des achats de produits pharmaceutiques. Le détail des éléments inclus dans cette mutualisation est expliqué, et il est notamment notifié que malgré la mutualisation de la fonction achats, l'approvisionnement des produits pharmaceutiques est exclu du champ des approvisionnements à mutualiser obligatoirement. Le délai du 1^{er} janvier 2017 est exprimé pour l'élaboration du plan d'action des achats, mais il ne figure pas de date précise à partir de laquelle la mutualisation complète doit être effective. Aucune autre préconisation n'est faite concernant l'organisation des activités de pharmacie, si ce n'est qu'elle peut se faire par le biais d'un pôle inter-établissement.

Des éléments de réponse sont par contre fournis dans les autres documents mis à disposition par le Ministère de la Santé. Jacqueline HUBERT, Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), et Frédéric MARTINEAU, Président de la Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Établissement de Centres Hospitaliers, ont été mandatés pour mener une « Mission GHT » ayant pour objectif de préciser les outils et modalités de mise en œuvre du dispositif. D'après les rapports intermédiaire et définitif de cette mission, la mutualisation de certaines activités pharmaceutiques devrait permettre de gagner du temps pour développer la pharmacie clinique (5,6). Par ailleurs, des pistes d'organisation de la gouvernance de la mutualisation des PUI sont proposées, en évoquant la publication future d'une ordonnance réformant la législation actuelle sur les PUI et précisant les possibilités offertes. Ce texte n'a pas encore été publié au jour de la rédaction de ce manuscrit. La « boîte à outils », et plus précisément le vade-mecum publié par le Ministère fin mai 2016 n'apportent que peu d'éléments supplémentaires concernant la mutualisation des PUI (7). Il fournit simplement quelques informations complémentaires à propos de l'harmonisation des achats au sein du GHT, notamment des produits pharmaceutiques.

La problématique principale liée à la mise en œuvre de la coopération imposée par les GHT, réside en la forte propension du milieu sanitaire à résister au changement. La notion de résistance au changement peut être définie de diverses manières. Hermine GIRISIT en propose une synthèse descriptive (8) : « La résistance au changement est un phénomène psychologique chez certains salariés habitués depuis de longues années à effectuer le même type de travail dans les mêmes conditions. Ils refusent par tous les moyens possibles les innovations qu'on leur propose, même si elles ont pour but de simplifier leur travail ou de le rendre plus attractif ». Cette résistance peut trouver son origine à la fois dans des causes individuelles ou organisationnelles et peut s'exprimer par différentes attitudes, les principales étant l'inertie, l'argumentation, la révolte et le sabotage (9).

Dans le milieu sanitaire, la résistance au changement est due notamment à la complexité des coopérations interprofessionnelles. Comme le décrivent MINTZBERG et GLOUBERMAN, 4 mondes différents cohabitent à l'hôpital, ayant chacun leurs organisations et leurs valeurs (10) : le « Cure », univers du traitement occupé par les Médecins ; le « Care », formé des Soignants, Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et Aides-Soignants (AS) principalement, qui prennent soin des patients ; le « Control » composé de la Direction et des Administratifs et la « Community » qui englobe les organes de tutelle. Ces 4 mondes sont mélangés et évoluent simultanément dans une même structure, en ayant évidemment des points communs. Mais chaque monde est organisé selon sa propre hiérarchie et ses propres règles de fonctionnement, ce qui les déconnecte les uns des autres de manière plus ou moins marquée. Une étude plus récente menée par l'équipe de Véronique ZARDET au sein de différents hôpitaux, a placé ce manque de coopération interprofessionnelle comme facteur explicatif principal des dysfonctionnements relevés dans les établissements sanitaires (11).

En parallèle de cette déconnexion entre les professionnels, des difficultés liées à la nomination des chefs de projets accentuent la résistance au changement à l'hôpital (12). Peu de professionnels de santé sont formés aux sciences de gestion au sein des établissements de santé et les acteurs ne disposent que de peu d'outils méthodologiques pour les guider dans leur démarche. Les études de médecine ou de pharmacie ne préparent pas à la gestion de projet ou au management ; seuls les Chefs de Pôle sont dans l'obligation de se former à ces pratiques (13). La problématique de la légitimité de ces chefs de projet accroît encore davantage les difficultés liées à leur nomination (12). Les chefs de projet transversaux sont considérés comme extérieurs aux services, pas réellement impliqués, et peinent à trouver leur place face à des Chefs de Service ou de Pôle à l'autorité reconnue. Cela limite leur pouvoir d'action et donc leur efficacité dans la mise en œuvre du projet. Ce manque de légitimité semble moins présent lorsque ce sont des intervenants extérieurs qui mènent le changement, mais leur présence est souvent limitée dans le temps et ne suffit pas à transmettre les compétences aux acteurs internes.

Du fait de cette résistance, la conduite du changement est complexe à l'hôpital. Quelle que soit l'organisation, le changement a besoin d'être conduit (14). Cette nécessité résulte de multiples facteurs, dont seuls les plus importants sont cités ici. Tout d'abord, le résultat attendu du changement n'est qu'une idée abstraite pour ses destinataires. Du fait de la difficulté générale des individus à se projeter et à imaginer un futur différent de leur situation actuelle, et de la peur que cela peut engendrer, il est nécessaire d'accompagner la mise en œuvre du changement pour qu'elle se produise et atteigne l'objectif visé. De plus, les organisations actuelles sont soumises à de multiples changements simultanés. Leur gestion est ainsi impérative pour qu'il soit possible de tous les traiter en parallèle en permettant aux destinataires de les intégrer. Enfin, le changement a aussi besoin d'être conduit pour donner aux acteurs les outils nécessaires à son application, notamment en termes de formation et d'information et ne pas les laisser désemparés devant un projet qu'ils ne savent pas mettre en œuvre. La conduite du changement vise à préparer puis à faciliter son déploiement pour que ses effets bénéfiques soient ressentis au plus vite.

Il existe 3 leviers principaux de la conduite du changement, rappelés par AUTISSIER et MOUTOT (14). La base d'un changement repose sur un diagnostic précis et complet qui permet de cadrer les éléments à faire évoluer et de trouver la manière optimale de le faire en utilisant les outils appropriés. Une fois cette phase accomplie, il est possible d'actionner les leviers de communication et de formation. Il s'agit ainsi d'informer les acteurs et les destinataires du changement à venir et de les former si nécessaire, de manière à rendre possible sa réalisation. Le troisième levier inclut l'accompagnement et le pilotage du changement, depuis son initiation jusqu'à la fin de sa concrétisation. Des indicateurs doivent ainsi être définis et suivis tout au long du projet pour évaluer son niveau de mise en œuvre, mais aussi d'acceptation, et les résultats qu'il fournit. Dans tous les cas, les leviers actionnés doivent être adaptés aux acteurs en présence (15).

La théorie socio-économique propose une méthode complète de conduite du changement (16). Cette théorie a été créée par Henri SAVALL en 1975, puis développée en collaboration avec Véronique ZARDET au sein de l'Institut de Socio-Économie des Organisations (ISEOR) rattaché à l'université Jean Moulin Lyon 3. Par son aspect « socio », qui place l'humain, et le développement de son potentiel, au centre de la problématique organisationnelle, le management socio-économique est adapté au milieu sanitaire. De plus, son aspect « économique » permet son application dans le cadre budgétaire contraint dans lequel évoluent les hôpitaux.

En parallèle du développement du potentiel humain, la théorie socio-économique repose sur l'observation à la fois des comportements humains et de leurs interactions avec les structures présentes (16). Cinq types de structures sont ainsi définis, physiques, technologiques, organisationnelles, démographiques et mentales, qui donnent lieu à des comportements individuels, mais aussi de groupe, d'activité, d'affinité, catégoriels ou collectifs de la part des acteurs. L'interaction entre ces structures, rigides, et ces comportements, instables, impose une dynamique au sein de l'organisation, mais a aussi pour conséquence potentielle la création de dysfonctionnements qui engendrent des coûts visibles mais aussi cachés.

Pour implanter le management socio-économique, un processus d'innovation socio-économique est proposé, basé sur 3 axes schématisés par un trièdre (Figure 2).

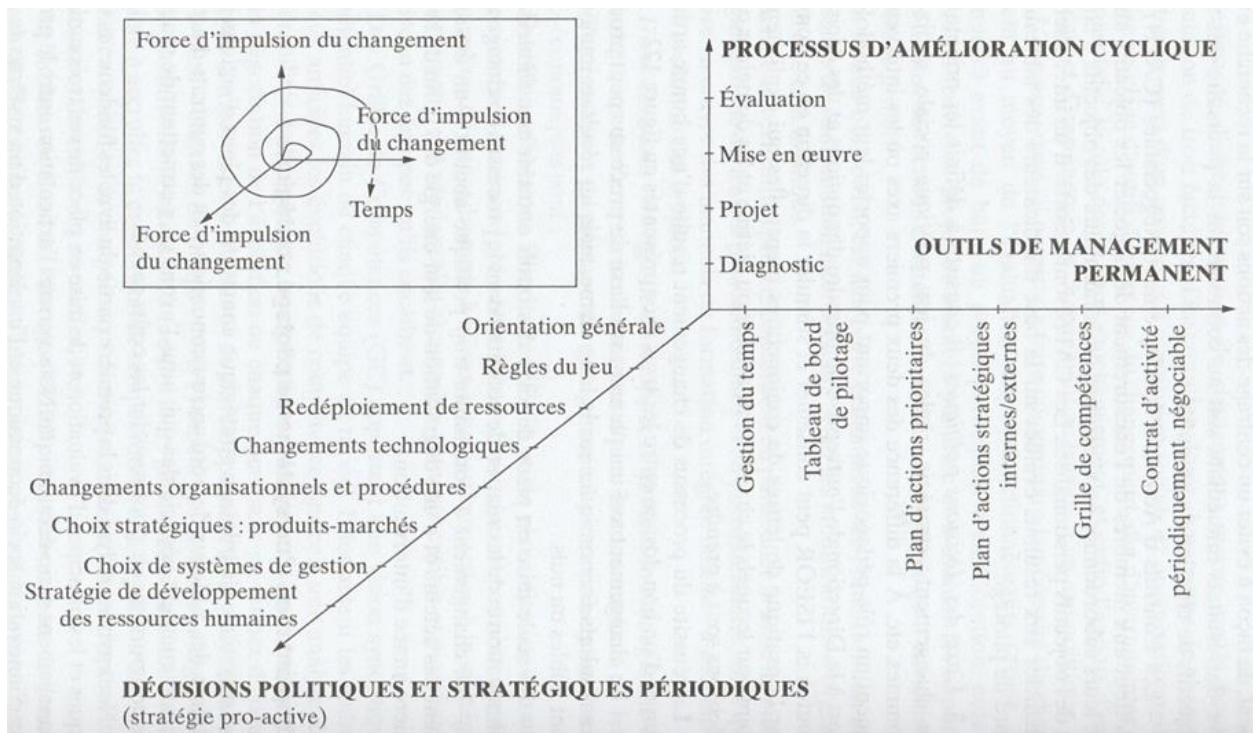


Figure 2 : Le Trièdre de l'intervention socio-économique (16)

Le premier axe du Trièdre, horizontal, représente les 6 outils principaux développés par l'équipe de l'ISEOR pour structurer la mise en œuvre du management socio-économique :

- Une grille d'autoanalyse du temps de travail pour optimiser la gestion du temps
- Un tableau de bord de pilotage pour suivre l'évolution de l'activité de l'organisation grâce à des indicateurs qualitatifs, quantitatifs et financiers appropriés
- Un Plan d'Action Stratégique Interne et Externe (PASINTEX) qui précise les axes stratégiques de l'organisation sur le long terme (3 à 5 ans)
- Un Plan d'Actions Prioritaires (PAP) qui s'étend quant à lui sur une durée de 6 mois en déclinant les axes du PASINTEX en actions prioritaires
- Une grille de compétences qui permet de visualiser les zones de vulnérabilité de l'organisation en définissant les compétences des acteurs
- Un Contrat d'Activité Périodiquement Négociable (CAPN) qui implique les acteurs en engageant une part de rémunération variable dépendant des résultats obtenus en regard des objectifs fixés

Ces outils principaux sont accompagnés d'outils secondaires non présentés ici. Ils forment l'aspect technique du management socio-économique. Bien qu'il soit important de les employer correctement, l'utilisation de ces outils doit être articulée avec les 2 autres axes du schéma.

Il est en effet indispensable que des décisions politiques et stratégiques soient prises de manière périodique pour permettre à l'organisation d'évoluer. L'orientation stratégique générale doit être définie clairement, et les règles du jeu posées. Le déploiement des ressources doit aussi être précisé. Les choix faits par le management doivent être clairement établis et assumés pour que l'organisation ait une ligne directrice à suivre et que chacun en ait connaissance.

Le dernier axe, vertical, du Trièdre, présente les différentes phases successives et répétitives par lesquelles passe l'organisation au fil de son évolution. Un processus de conduite du changement en 4 étapes est proposé. Il débute par la réalisation d'un diagnostic pour dresser un bilan initial de la situation. S'en suit la phase de construction d'un projet d'innovation socio-économique qui vise à définir un plan d'amélioration des dysfonctionnements mis en évidence par le diagnostic. Cette étape implique la formation d'un groupe de projet, composé de différents sous-groupes aux rôles précisés dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Composition d'un groupe de projet socio-économique (16)

Sous-groupe	Composition	Rôle
Groupe restreint	Chef de projet Responsable(s) hiérarchique(s) du chef de projet Directeur des Ressources Humaines (DRH)	Suivi de l'avancement des travaux du groupe plénier Vérification de la cohérence des solutions proposées avec les objectifs et les contraintes stratégiques de l'organisation
Groupe plénier	Chef de projet Personnel d'encadrement interne Responsables d'autres services à l'interface de celui concerné	Recherche de solutions Étude des conséquences potentielles de l'application de ces idées
Groupes de travail thématiques	Chef de projet Personnels non hiérarchiques	Proposition de solutions sur des thématiques particulières

Après avoir été établi, le projet doit être mis en œuvre puis évalué. Une fois la quatrième phase achevée, un nouveau diagnostic s'enclenche, et ainsi de suite pour permettre à l'organisation d'évoluer en permanence de manière structurée.

En prenant en considération ces différents éléments, l'objectif de ce travail a été de tester l'ingénierie de conduite du changement socio-économique pour définir un projet de coopération entre les PUI d'un GHT. Cette méthode a ainsi été appliquée aux 9 PUI du GHT Alpes Dauphiné qui regroupe 9 hôpitaux autour du CHUGA, positionné comme établissement support. Le détail du travail ainsi que les conclusions qui peuvent en être tirées sont présentés dans l'article suivant.

**Application de l'ingénierie de conduite du
changement socio-économique à la définition
d'un projet de coopération pharmaceutique
dans le cadre de la création des Groupements
Hospitaliers de Territoire**

Titre

Application de l'ingénierie de conduite du changement socio-économique à la définition d'un projet de coopération pharmaceutique dans le cadre de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire

Auteurs

Joan STUCK¹, Marc FRACHETTE², Christian VILLERMET¹, Luc FORONI¹, Benoît ALLENET^{1,3}

Affiliations

1. CHU Grenoble Alpes
2. Centre Euginov, IAE de Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, ISEOR
3. Université Grenoble Alpes, ThEMAS TIMC-IMAG (UMR CNRS 5525)

Nombre de signes

17 996 caractères (espaces inclus)

Nombre de figures et tableaux

Nombre de figures : 3

Nombre de tableaux : 3

Résumé

La création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) impose aux hôpitaux de coopérer, notamment dans le domaine des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). L'objectif de ce travail consiste à tester l'ingénierie de conduite du changement socio-économique pour fonder un projet de coopération pharmaceutique au sein d'un GHT. Une méthodologie adaptée de conduite du changement socio-économique a été appliquée à un GHT comptant 9 PUI. Entre décembre 2015 et juin 2016, une cartographie des PUI a été établie, une analyse SWOT du projet a été réalisée et le groupe de projet a développé 5 axes de mutualisation et plusieurs idées complémentaires. La méthode de conduite du changement socio-économique a ainsi permis de définir un projet de coopération entre les 9 PUI et 7 points clés de la réussite de ce projet ont été identifiés.

Mots clés

- Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)
- Coopération
- Pharmacies à Usage Intérieur (PUI)
- Conduite du changement
- Management socio-économique

1. Introduction

En janvier 2016, la Loi de Modernisation de notre Système de Santé a créé les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) (3). Ce texte impose une coopération entre les établissements publics de santé d'un même territoire, l'objectif étant d'assurer une égalité d'accès à des soins de qualité pour tous les patients (17). Concernant les mutualisations à mettre en œuvre, la loi laisse une grande liberté aux hôpitaux. Elle précise toutefois que les axes de coopération envisagés doivent être formalisés en un Projet Médical Partagé (PMP) annexé à la convention constitutive du GHT, ce avant le 1^{er} juillet 2016. Le décret du 27 avril 2016 confirme ce délai ambitieux et précise un grand nombre d'activités à mutualiser, parmi lesquelles figure le domaine de la Pharmacie (4).

La pharmacie hospitalière se compose de diverses activités transversales mettant en relation de nombreux professionnels. Concernant les activités pharmaceutiques à mutualiser dans le cadre des GHT, les textes sont peu précis. Des pistes sont évoquées dans les rapports de la mission GHT menée par Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU (5,6). Ils proposent de mutualiser certaines activités afin de dégager du temps pour développer la pharmacie clinique. La boîte à outils publiée par le Ministère de la Santé pour faciliter la mise en place des GHT rappelle que le projet de pharmacie fait partie intégrante du PMP (7). Elle précise que les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) doivent s'organiser en commun notamment pour les achats de produits pharmaceutiques.

Au sein du GHT Alpes Dauphiné, qui regroupe 9 hôpitaux Isérois autour du Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), la problématique a été de définir des axes de coopération entre les PUI. Cela visait à répondre à l'obligation légale tout en respectant les besoins et attentes des professionnels.

La théorie socio-économique, créée en 1975 par Henri SAVALL et développée avec Véronique ZARDET au sein de l'Institut de Socio-Économie des Organisations (ISEOR), propose un mode

de management intégratif (16), tel que préconisé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) (18). La méthode de conduite du changement qui en découle est présentée comme permettant de favoriser la coopération entre les acteurs en stimulant l'interaction structures-comportements (19). C'est pour cela qu'elle a été choisie pour définir le projet de coopération entre les PUI de notre GHT.

L'objectif de ce travail est ainsi de tester l'ingénierie de conduite du changement socio-économique dans le cadre de la définition d'un projet de coopération pharmaceutique au sein d'un GHT.

2. Matériel et méthodes

2.1. Présentation du terrain d'étude

Notre GHT se compose de 9 hôpitaux de tailles et types variés pour une population de 800 000 personnes. Ils regroupent 4 500 lits et places, englobant toutes les spécialités médico-chirurgicales et tous les modes d'hébergement. L'établissement support du GHT est le CHUGA, de plus de 2 000 lits et places. Les autres hôpitaux membres sont le Centre Hospitalier (CH) polyvalent de Voiron, le CH Alpes-Isère (CHAI) spécialisé en psychiatrie, le CH rhumatologique d'Uriage de 90 lits et les CH de St-Laurent-du-Pont, St-Geoire-en-Valdaine, Rives, Tullins et La Mure, 5 CH de taille intermédiaire (180 à 400 lits et places) composés principalement de lits de soins de suite et réadaptation et d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La distance entre 2 établissements n'excède pas 100 km par voie routière, mais des contraintes géographiques existent du fait des montagnes environnantes (Figure 3).



Figure 3 : Carte des 9 établissements du GHT Alpes Dauphiné

Chacun de ces 9 établissements dispose d'une PUI indépendante. Une coopération est déjà engagée entre les 9 PUI concernant la pharmacotechnie et la stérilisation. Parmi les 9 structures, 3 ont une activité de cancérologie avec administration de chimiothérapies injectables, qui sont toutes préparées dans l'unité centralisée du CHUGA. De même, des dispositifs médicaux stériles réutilisables sont utilisés dans 4 établissements, mais seuls 2 disposent d'une unité de stérilisation. Des sous-traitances sont donc déjà opérantes dans ce domaine.

2.2. Méthodologie de conduite du changement employée

La méthodologie employée est une application de la méthode de conduite du changement socio-économique, adaptée aux contraintes de notre GHT (16). Ses caractéristiques, comparées au processus de conduite du changement socio-économique, sont présentées sur la Figure 4.

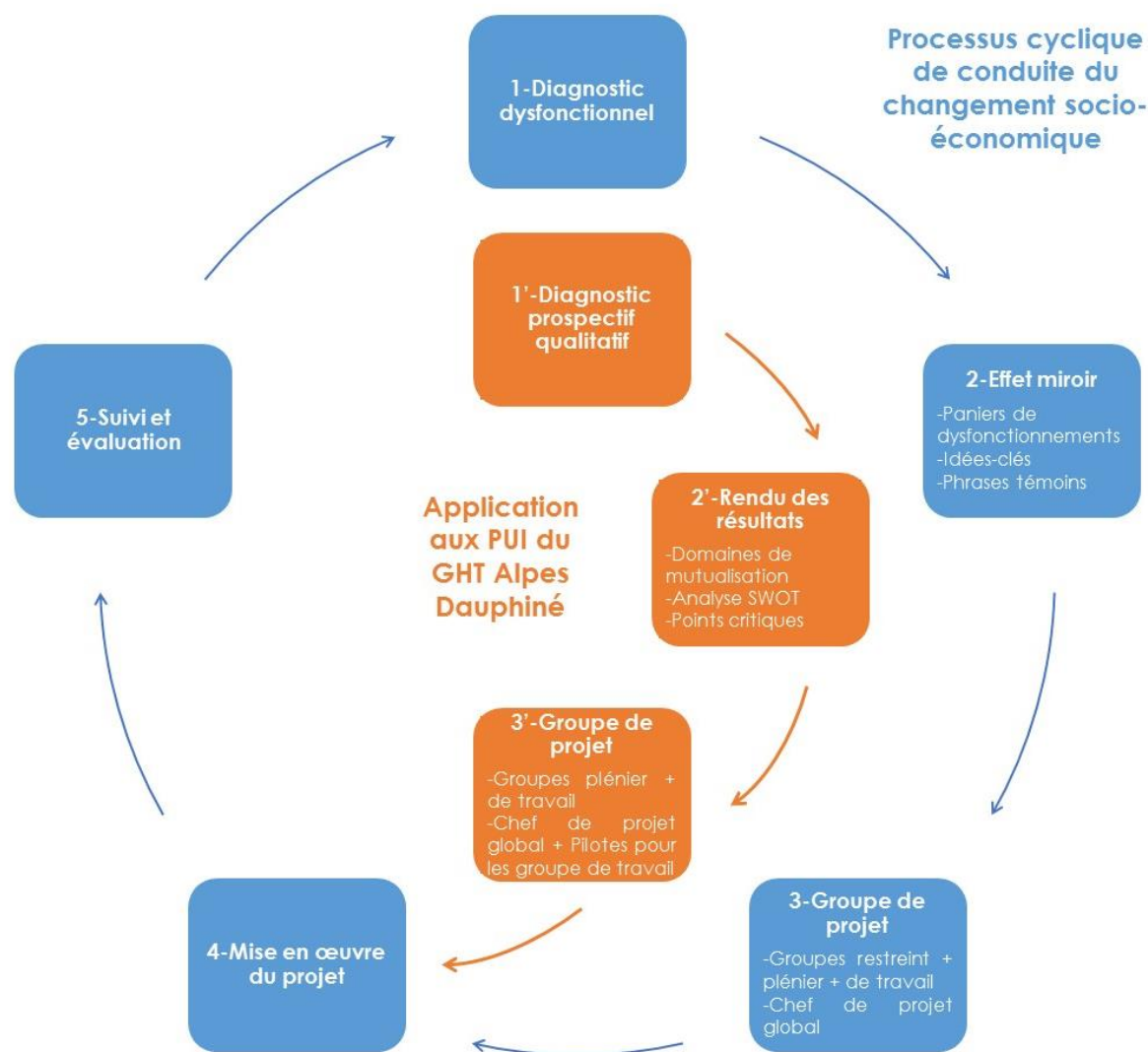


Figure 4 : Méthode employée et comparaison au processus de conduite du changement socio-économique

La première étape consiste en un diagnostic (Figure 4, étape 1') basé sur une cartographie des PUI et sur des entretiens avec les Pharmaciens responsables des PUI. La cartographie recense les activités et ressources disponibles, pour développer une vision commune entre les Pharmaciens et

permettre une réflexion intégrant les différences. Elle a été construite à partir d'informations collectées par mails et synthétisées dans un fichier Excel. Des entretiens prospectifs qualitatifs semi-directifs ont ensuite été réalisés avec les Pharmaciens responsables des 9 PUI. Ces interviews avaient pour objectif de définir les domaines de mutualisation potentiels en autorisant la libre expression de chacun. Ils ont aussi permis d'analyser les facteurs internes et externes facilitant et limitant le projet de coopération, synthétisés dans une matrice SWOT (« Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats ») présentant les forces, faiblesses, opportunités et menaces de ce projet. L'organisation de ces entretiens était variable, les lieux de rencontre étant laissés à la convenance des Pharmaciens. Une durée d'une heure était fixée pour chaque entretien. Les échanges étaient enregistrés pour favoriser la fluidité de la conversation et limiter la perte d'informations. Les retranscriptions de ces entretiens ont ensuite été anonymisées et les résultats rendus aux Pharmaciens interviewés (Figure 4, étape 2').

Pour créer le projet de coopération pharmaceutique, la méthodologie repose dans un second temps (Figure 4, étape 3') sur une démarche de projet d'innovation socio-économique adaptée (16). Un groupe de projet a été créé, composé d'un groupe plénier (GP) et de groupes de travail (GT) thématiques correspondant à chacun des domaines de mutualisation envisagés pendant le diagnostic. Le GP regroupait les Pharmaciens responsables des 9 PUI. Luc FORONI et Benoît ALLENET, Chef et Adjoint au Chef du pôle Pharmacie de l'établissement support, ont endossé conjointement le rôle de Chef de projet. Des pilotes étaient nommés pour mener chacun des GT, des notes de cadrage définissant leurs objectifs. Joan STUCK, une Interne formée au management socio-économique occupait la fonction de coordonnateur de projet. Elle avait un rôle d'intervenant interne, notamment de réaliser les entretiens, d'organiser et animer les réunions avec les Chefs de projet ou le pilote du GT, de rédiger les comptes rendus et de synthétiser les informations nécessaires à l'avancement des travaux. Par rapport au modèle socio-économique, le groupe de projet était réduit par l'absence de groupe restreint impliquant la Direction du CHUGA.

Au total, notre application respecte les itérations participatives-directives caractéristiques du modèle abductif (alternativement inductif et hypothético-déductif) proposé par la recherche-intervention socio-économique : l'organisation du groupe de projet a été imposée mais le contenu du projet a été défini par concertation des acteurs (16).

Le déroulement global du projet est résumé sur la Figure 5.

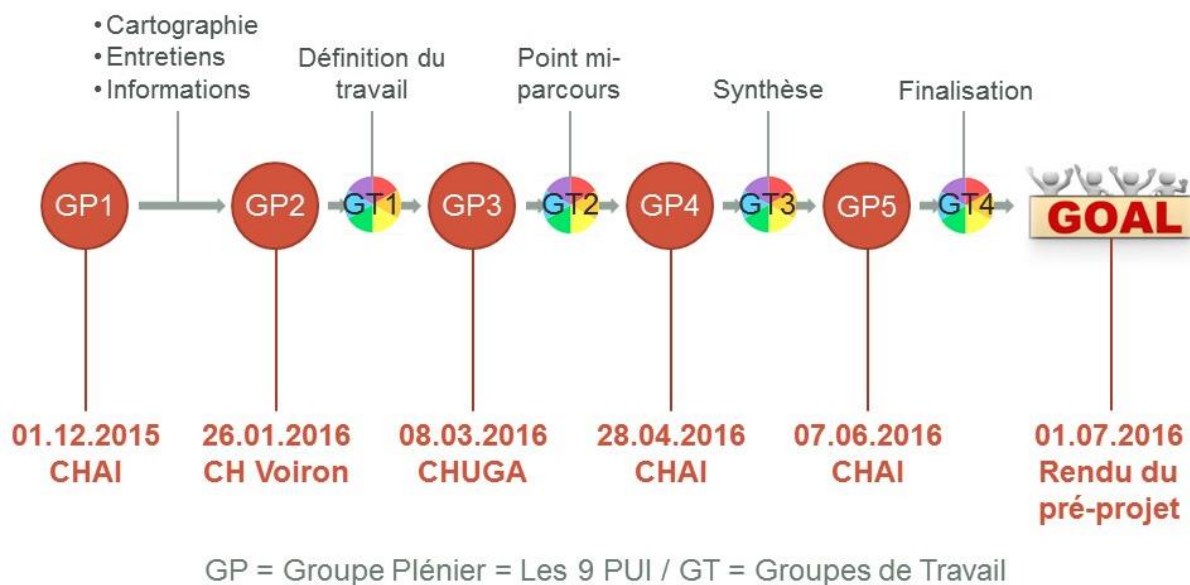


Figure 5 : Organisation globale du projet GHT

3. Résultats

3.1. Une cartographie détaillée des 9 PUI

La cartographie précise les activités et ressources des 9 PUI : autorisations optionnelles, organisation du circuit du médicament et de la permanence pharmaceutique, activités de pharmacie clinique, pharmacotechnie, enseignement et recherche, ressources humaines, dépenses en produits pharmaceutiques et logiciels informatiques.

De grandes disparités existent au sein du GHT. Trois PUI seulement ont l'autorisation de rétrocession. Tous les modes de dispensation et de stockage sont représentés. Les 9 PUI mobilisent 4 groupements d'achats. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est très inégalement

déployée. La conciliation médicamenteuse, l'éducation thérapeutique des patients et les activités d'enseignement et recherche sont développées principalement au CHUGA. La permanence pharmaceutique est organisée sous forme d'astreintes ou de gardes. Les équipes pharmaceutiques varient de moins d'un équivalent temps plein à 23 Pharmaciens ; le nombre de Préparateurs en pharmacie est compris entre 2 et 51, encadrés ou non par un Cadre. Trois établissements disposent d'Internes et d'Externes en Pharmacie. Les ressources informatiques divergent dans tous les domaines.

3.2. Une analyse SWOT du projet de coopération

Les facteurs facilitant et limitant le projet de coopération pharmaceutique extraits des entretiens avec les Pharmaciens responsables des 9 PUI sont synthétisés dans une matrice SWOT (Tableau 2).

Les principales forces du projet concernent ses bénéfices potentiels pour les patients, les possibilités de mutualisation des connaissances et compétences et la motivation de certains acteurs. À l'opposé, ses faiblesses majeures résultent des différences entre les 9 PUI et des craintes de certains acteurs concernant le projet, sources de résistances.

En parallèle, des éléments externes influencent le projet. Le texte de loi fondateur des GHT laisse une grande liberté d'organisation aux établissements, permettant d'adapter les mutualisations à leurs besoins. La coopération entre PUI est une opportunité de prétendre à des financements réservés aux projets de grande ampleur. Des menaces planent également sur le projet, notamment les incertitudes liées à l'évolution des textes sur les PUI et à la volonté des tutelles suite à la mise en place des GHT. Un manque de preuves de l'intérêt de cette réforme est à déplorer.

Tableau 2 : Analyse SWOT du projet de coopération pharmaceutique

SWOT	Positif	Négatif
Interne	<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Belle initiative en théorie -Bénéfices pour le patient : conciliation médicamenteuse, échange d'informations, sécurisation, facilitation des mutations, rôle clé du Pharmacien -Modèles connus : coopérations internes (directions communes...), UniHA, UTEP -En pratique : échanges, transports existants, robots PDA indépendants au niveau informatique, certification, traçabilité, développement de la pharmacie clinique -Simplification du travail et gain de temps (petites structures) -Economies : préparations, pouvoir de négociation -Favorisation des relations entre établissements et intérêt d'un travail commun par spécialités -Mutualisation des connaissances et des compétences, voire des humains -Facteur humain : culture commune, liens préexistants, réflexion, vision positive, bonne volonté, motivation! 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Différences : taille, spécialités, intérêts, niveau de formations -Contraintes : temps, économiques, potentielles nouvelles contraintes -Dégradation de situation : achats, puissance, postes -En pratique : reconduction des marchés, reprises de produits plus difficile, éloignement, transports, informatique, dépendance de tiers -Organisation : manque de temps, cas par cas impossible -Peurs : coopération, changement, inconnu, pertes de moyens -Facteur humain : visions négatives, relations, crainte du développement de guerres de pouvoirs, difficultés de projection et de perception de la cohérence de certaines décisions, résistance au changement
Externe	<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Légalité et tutelles : <ul style="list-style-type: none"> *Loi : obligation légale mais texte large → Liberté d'organisation *« Agir plutôt que subir! » *Régularisations de situations -Modèles existants : Carcassonne, Meaux, Thuir, Valence et Romans, AP-HP, AP-HM... -Economies : <ul style="list-style-type: none"> *Financements externes accessibles aux projets de grande ampleur *Limitation potentielle du pouvoir des laboratoires pharmaceutiques *En cas de création d'une plateforme d'approvisionnement : renégociation des prix possible car livraison groupée en un site unique -Mode : tendance au regroupement (régions, métropoles...) -Environnement : découpage géographique cohérent -Facteur humain : acteur clé des GHT = Directrice Générale du CHUGA 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> -Directions : message = économies, autres projets inconnues, manque d'informations quand aux décisions prises -Autorités : ARS, Ordre, Inspection → Volontés? -Législation : <ul style="list-style-type: none"> *Lois PUI à respecter → Evolution? *Loi GHT et rapport : irréaliste, hypocrite, imprécis *Responsabilités *Notion de qualité peu présente dans les textes -Manque de preuves : flux de patients, économies, intérêt GHT -Manque de visibilité sur l'extérieur -En pratique : livraison gratuite de la plupart des labos avec un pourcentage d'erreur quasi nul -Environnement : climat (neige), géographie, embouteillage, pollutions -Facteur humain : relations externes, capacités d'adaptation

Au-delà de cette matrice SWOT, l'analyse des entretiens a permis d'identifier 3 points critiques pour le projet. Il importe de **respecter le cadre législatif** en vigueur et ses évolutions. Il ne faut pas négliger les **contraintes organisationnelles et techniques** liées à la mise en œuvre de la coopération, notamment les différences informatiques entre les PUI et la lourdeur des routines

organisationnelles qui limite le temps disponible pour le projet. Le dernier point critique concerne la nécessité de **créer une réelle équipe pharmaceutique du GHT** et de développer la communication entre les PUI.

3.3. Les mutualisations envisagées par le groupe de projet

En synthétisant les idées émises au cours des entretiens, 6 domaines de mutualisation ont été identifiés, définissant 6 GT thématiques. Pour composer ces GT, la liberté a été laissée à chaque Pharmacien du GP de se positionner sur une ou plusieurs thématiques et de proposer à leurs équipes de participer au projet. Au total, tous les Pharmaciens du GP ont pris part à au moins un GT. Neuf autres Pharmaciens, 4 Cadres Préparateurs et un Ingénieur logistique ont été impliqués. Cinq Pharmaciens, dont 4 membres du GP, ont participé à 2 GT différents.

Le GP s'est réuni 5 fois sur la période définie, et a échangé au cours d'une téléconférence pour valider le rendu final. Quatre des 6 GT se sont réunis 3 fois, un groupe ne s'est rencontré qu'une fois et le travail du dernier GT a été fait à distance. Cela a mené à la rédaction d'un pré-projet présentant les orientations du projet pharmaceutique du GHT, synthétisées dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Axes de mutualisation envisagés dans le pré-projet

Groupe de travail	Axes de mutualisation envisagés	Contenu du pré-projet
1 Pharmacotechnie et stérilisation	Centralisation des activités de pharmacotechnie	Réalisation de toutes les préparations hospitalières du GHT au sein de l'unité de fabrication du CHUGA
	Regroupement des unités de stérilisation	Transfert de l'activité de stérilisation du CH de Voiron vers l'unité de stérilisation du CHUGA
2 Achats de produits pharmaceutiques	Mutualisation des achats	<ul style="list-style-type: none"> •Politique d'achats basée sur les préconisations de la DGOS •Coordination des achats pour tous les établissements du GHT par un Pharmacien Référent Achats •Définition de la stratégie d'achat par un Comité Acheteur des Produits Pharmaceutiques •Mutualisation progressive selon les échéances des marchés en cours
	Harmonisation des livrets thérapeutiques	Harmonisation progressive au moment de chaque renouvellement de marché
3 Continuité des activités pharmaceutiques	Remplacements des 5 Pharmaciens à poste unique	<ul style="list-style-type: none"> •Réflexions à poursuivre •Avancement dépendant de la diffusion de la nouvelle version de l'ordonnance sur les PUI (20,21)
	Organisation d'une permanence pharmaceutique mutualisée	
4 Pharmacie clinique	Entretien et approfondissement des connaissances des équipes concernant les thérapeutiques	Formations à destination des Pharmaciens, Préparateurs en Pharmacie, Médecins, Cadres de Santé et Infirmiers Diplômés d'État (IDE)
	Diffusion des pratiques actuelles concernant la conciliation médicamenteuse, l'analyse de prescription et l'accompagnement éducatif des patients	
5 Formations, enseignement et recherche	Formation (hors pharmacie clinique) des Pharmaciens, Cadres Préparateurs, Préparateurs en pharmacie et personnels Administratifs	Formations répondant aux besoins identifiés : circuit du médicament, logiciels, management...
	Facilitation de l'organisation des Validations des Acquis d'Expérience (VAE) des Préparateurs en Pharmacie	Formalisation d'un parcours-type des Préparateurs en VAE entre les différentes PUI
6 <i>Logistique pharmaceutique</i>	<i>Mutualisation de l'approvisionnement et de la distribution des produits pharmaceutiques</i>	<i>Projet avorté suite à la publication du décret du 27 avril relatif aux GHT (4)</i>

Le GP a développé des éléments de réponse aux points critiques extraits des entretiens. Pour s'assurer du respect de la législation, l'Inspection en Pharmacie a été contactée à propos de certains points sensibles. Afin de faciliter la communication au sein de l'équipe pharmaceutique du GHT, un annuaire des PUI a été créé et les services informatiques de 3 hôpitaux ont été contactés pour envisager la création d'une plateforme d'échange documentaire. Enfin, la gouvernance à déployer pour gérer les mutualisations a été discutée. Elle devra être centrée sur des réunions régulières d'un Collège Pharmaceutique du GHT formé des Pharmaciens responsables des 9 PUI.

4. Discussion

4.1. Analyse de la méthodologie employée

Tout d'abord, il apparaît que les itérations participatives-directives ont favorisé la concertation. Le cadre fixé assurait le respect du délai imparti, en permettant de se focaliser sur le contenu du projet.

L'objectif de développement d'une coopération entre les PUI était fixé par la loi (3,4). Cela s'oppose à la conduite du changement socio-économique qui définit les objectifs avec les acteurs suite au diagnostic (16). Il a donc été nécessaire d'adapter le modèle socio-économique (Tableau 4).

Tableau 4 : Comparaison des étapes de la méthode de conduite du changement socio-économique et de son application aux PUI du GHT Alpes Dauphiné

Etape		Management socio-économique	Application aux PUI du GHT Alpes Dauphiné
1.	Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> •De type dysfonctionnel •Analyse qualitative, quantitative et financière 	<ul style="list-style-type: none"> •De type prospectif •Analyse qualitative
2.	Analyse et présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> •Analyse des résultats selon la nomenclature des dysfonctionnements de l'ISEOR •Présentation des résultats sous forme d'un effet-miroir 	<ul style="list-style-type: none"> •Analyse des résultats selon une nomenclature adaptée aux informations recherchées •Présentation des résultats sous forme d'un exposé des différents éléments relevés
3.	Définition du projet de changement	<ul style="list-style-type: none"> •Composition du groupe de projet : <ul style="list-style-type: none"> -Groupe restreint -Groupe plénier -Groupes de travail •Chef de projet global 	<ul style="list-style-type: none"> •Composition du groupe de projet : <ul style="list-style-type: none"> -Groupe plénier -Groupes de travail •Chef de projet global + Pilotes pour chaque groupe de travail
4.	Mise en œuvre du projet de changement	<ul style="list-style-type: none"> •Selon l'organisation prévue durant la phase de définition du projet •Coordination par le Chef de projet •Communication avec l'ensemble des personnes impliquées ou impactées par le projet 	
5.	Suivi et évaluation du projet de changement	Suivi d'indicateurs qualitatifs, quantitatifs et financiers classiques	

Le diagnostic socio-économique vise à révéler les dysfonctionnements de l'organisation (16) (Tableau 4, étape 1), ce qui n'a pas été possible dans ce travail puisqu'il n'existait pas d'organisation commune à critiquer. Le choix s'est orienté vers des entretiens prospectifs qualitatifs, analysés selon une grille différente de celle de l'ISEOR (16). De même, les résultats ont été présentés différemment de l'« effet-miroir » préconisé (16) (Tableau 4, étape 2).

L'absence de groupe restreint constitue une autre particularité de notre expérimentation (Tableau 4, étape 3). Aucune possibilité n'ayant été évoquée d'impliquer la Direction, les comptes rendus des rencontres du GP lui étaient transmis, mais elle n'a pas pris part aux réflexions. Cela représente une perte d'opportunité de pilotage stratégique.

4.2. Analyse des résultats

La cartographie a révélé les différences entre les 9 PUI. Son objectif de développer une vision commune du GHT à tous les Pharmaciens a été atteint. Malgré les besoins et intérêts divergents, la prise en charge du patient a été replacée au centre des réflexions. De plus, la co-construction de l'analyse SWOT, avec les Pharmaciens au cours des entretiens, a permis d'attirer leur attention sur ces sujets pour la suite du projet.

Le pré-projet englobe de nombreuses activités pharmaceutiques. La pharmacie clinique est le seul axe à avoir remporté l'accord unanime des Pharmaciens, en adéquation avec les rapports de la mission GHT (5,6). L'avancement de certains axes a été limité par une incompatibilité entre les lois sur les PUI et l'obligation de coopération (3,21). Ces incohérences législatives s'inscrivent dans le principe de la tétranormalisation, défini par SAVALL et ZARDET (22), qui décrit la problématique posée aux organisations par la prolifération de normes aux contenus contradictoires.

4.3. Les 7 points clés de la réussite du projet de coopération

Le premier point clé concerne la **construction d'une culture commune** sur la base d'éléments formels et informels. La planification précise du projet permet de se concentrer sur le développement de la concertation. Elle nécessite une coordination adéquate par un coordonnateur au positionnement défini (12). Pour l'aspect informel, il faut noter la force des entretiens, individuels et anonymes, pour libérer la parole des acteurs et les engager vers le projet. Ces entretiens ont été une opportunité de gérer certaines résistances au changement en aidant les acteurs à trouver un sens à cet impératif (23). Deux leviers de la conduite du changement ont été

actionnés par ces entretiens : la réalisation d'un diagnostic complet et la communication avec les acteurs (14). Ils ont aussi offert au coordonnateur l'opportunité d'une vision globale des attentes et contraintes de chacun.

Après cela, il est primordial de **tenir compte des disparités entre les PUI**, sources de différences culturelles. Ce constat est surprenant puisque la majorité des Pharmaciens impliqués dans ce GHT sont issus des mêmes lieux de formation, créant une culture initiale commune. Il importe de trouver un équilibre entre l'harmonisation des visions et la prise en considération des particularités, pour que chacun puisse conserver son identité.

La **communication** doit ensuite être **soignée pour développer la concertation entre les acteurs**.

La principale limite de ce travail concerne le manque d'implication des membres des équipes des 9 PUI ne participant pas au projet (Pharmaciens, Préparateurs, Administratifs). Des difficultés de communication inter et intra-hospitalières existent, récurrentes dans le service public (24,25). La théorie socio-économique élargit ces problématiques à la notion de communication-coordination-concertation (16). L'objectif du projet relève de la coordination. Il implique une concertation qui nécessite l'amélioration de la communication.

Le quatrième point clé concerne la **formation de GT dynamiques**. La structure du groupe de projet correspond à un schéma de répartition et de délégation des tâches (16). Chaque acteur participe à l'avancement d'un ou plusieurs GT, placés sous contrôle du GP. L'implication des acteurs et le dynamisme des GT de ce projet sont à souligner. Leur taille restreinte, 3 à 6 personnes, a facilité les rencontres et limité les désaccords.

La **formation des professionnels** est apparue comme un **levier majeur de mutualisation**.

L'organisation de formations inter-établissements et interprofessionnelles permet de diffuser les bonnes pratiques sur le territoire. Cela donne lieu à des échanges informels renforçant les liens entre les structures. Cet axe est à travailler avec les services de formation continue de référence au sein du GHT.

Ensuite, il importe de **chercher à transformer les contraintes en opportunités** (26). La lenteur de publication du décret relatif aux GHT a freiné la réflexion, les acteurs peinant à se projeter dans des mutualisations peu définies. Mais cette instabilité a aussi été motrice en imposant d'envisager toutes les solutions.

Le dernier point clé concerne **l'attention à porter au déploiement du projet de coopération** (16). La mise en œuvre représente l'étape la plus risquée d'un projet, avec un taux d'échec des projets de changement organisationnel estimé à 70% (27). Le management socio-économique peut être un levier pour la suite de ce projet, par l'implication d'acteurs plus nombreux et le déploiement d'outils spécifiques. Il permettrait d'initier une dynamique d'amélioration continue au sein de l'équipe pharmaceutique du GHT.

5. Conclusion

Pour conclure, la mise en œuvre du projet sera à évaluer dans un an. Dans un second temps, une perspective majeure concerne l'intégration de l'aspect pharmaceutique à la notion de filière patient.

6. Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement Béatrice AGUILAR, Marie-Christine ALBERTO-GONDOUIN, Jocelyne ARTIGUE, Pierrick BEDOUCHE, Pierre-Alexandre BOURBON, Aurélie BRULEBOIS, Annick BRUN-PATOUX, Pascale BRUTIN-MAGRON, Mathieu COLLOMB, Jean-Denis COUPE, Sophie COUPE, Marie-Dominique DESRUET, Maxime DETAVERNIER, Sandrine GONZALEZ, Catherine GUIMIER-PINGAULT, Benoît MERCEY, Anne-Sophie MICHALSKI, Laurence MINISCHETTI, Marc POULET, Denis SEAUME, Justine SUBTIL-PONS, Caroline TRIVIN et Mélanie VAN HOLLEBEKE pour leur participation active à la création de ce projet de coopération.

Conclusion générale

THÈSE SOUTENUE PAR : Joan STUCK

TITRE :

APPLICATION DE L'INGÉNIERIE DE CONDUITE DU CHANGEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE À LA DÉFINITION D'UN PROJET DE COOPÉRATION PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA CRÉATION DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

CONCLUSION :

La création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé impose aux établissements hospitaliers publics d'un même territoire géographique de coopérer. Parmi les domaines à mutualiser figure celui de la pharmacie, qui se décline en de nombreuses activités transversales au sein des hôpitaux. Le cadre conceptuel des sciences de gestion, la théorie socio-économique en particulier, propose une méthode de conduite du changement plaçant l'humain au cœur des réflexions, tel que le patient l'est dans un hôpital. Cette méthode a ainsi été testée pour définir un projet de coopération entre les 9 Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) du GHT Alpes Dauphiné.

Ce GHT est composé de 9 établissements de tailles et de types très variés regroupant toutes les spécialités médico-chirurgicales et tous les modes d'hébergement. Une méthodologie adaptée de conduite du changement socio-économique a été employée pour créer le projet de coopération entre leurs PUI, en tenant compte des contraintes du terrain d'étude. Cette méthode a débuté par un diagnostic basé sur une cartographie des PUI et sur des entretiens avec les Pharmaciens responsables des 9 PUI, visant à définir les domaines de mutualisation potentiels et à réaliser une analyse SWOT du projet (« Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats », analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces liées au projet). Ensuite, un groupe de projet a été créé, coordonné par un groupe plénier formé des Pharmaciens responsables des 9 PUI, et comportant des groupes de travail thématiques pour chaque domaine de mutualisation potentiel.

La cartographie a révélé de grandes disparités entre les PUI, aussi bien en termes d'activités que de ressources. L'analyse SWOT a permis d'identifier les facteurs facilitant ou, au contraire, limitant le projet de coopération pharmaceutique. De plus, l'exploitation des entretiens a mis en évidence 3 points critiques pour la suite du projet, que sont le respect impératif de la législation, l'existence de lourdes contraintes organisationnelles et techniques, et la nécessité de générer une dynamique de coopération entre les équipes pharmaceutiques du GHT. Des axes de mutualisation ont été définis dans la majorité des activités pharmaceutiques.

Par ses itérations participatives-directives caractéristiques du modèle socio-économique, la méthodologie employée a favorisé la concertation et le pré-projet final englobe de nombreux aspects de la pharmacie hospitalière. Sept points clés de la réussite du projet de coopération ont pu être identifiés. Il importe de construire une culture commune entre les acteurs, de tenir compte des disparités entre les PUI et de soigner la communication, mais aussi de créer des groupes de travail dynamiques, de former les professionnels, de chercher à transformer les contraintes en opportunités et de porter une attention particulière à la mise en œuvre du projet.

La poursuite de la démarche socio-économique pourra faciliter cette mise en œuvre. L'avancement du projet devra être évalué dans un an et il serait souhaitable que le développement futur de la coopération pharmaceutique au sein de ce GHT intègre la notion de filière patient.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 22/09/16

LE DOYEN

Pour la Présidente
et par délégation
Le Doyen de Pharmacie
Pr. Michel SEVE

Pr. Michel SEVE

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

C.H.U. de GRENOBLE
POLE PHARMACIE
Pr Benoît ALLENET
N° ordre section : 90767 H
N° RPPS : 10001831758

Pr. Benoît ALLENET

Bibliographie

1. GALLET B. La coopération dans les secteurs sanitaire, social et médico-social. Heures de France. 2011. (Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux).
2. Cour des Comptes. Rapport 2011 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale [Internet]. 2011 [cité 13 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000546.pdf>
3. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. 2016-41 janv 26, 2016. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
4. Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire. 2016-524 avril, 2016.
5. HUBERT J, MARTINEAU F. Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport intermédiaire [Internet]. 2015 [cité 20 oct 2015]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf
6. HUBERT J, MARTINEAU F. Missions Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission [Internet]. 2016 [cité 3 janv 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_misison_hmdefmodifsddefv150316.pdf
7. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. GHT : Mode d'emploi - 15 points clés [Internet]. 2016 [cité 30 mai 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>
8. GIRISIT H. Gérer la résistance au changement : contribution de la mesure des niveaux de résistance des acteurs dans les projets de changement [Internet]. Université Jean Moulin Lyon 3; 2013 [cité 25 nov 2015]. Disponible sur: https://scd-resnum.univ-lyon3.fr/out/theses/2013_out_girisit_h.pdf

9. VAS A, VANDE VELDE B. La résistance au changement révisitée du top management a la base : une étude exploratoire. In: AIMS 2000 [Internet]. Montpellier; 2000 [cité 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.strategie-aims.com/events/conferences/14-ixeme-conference-de-l-aims/communications/2505-la-resistance-au-changement-revisitee-du-top-management-a-la-base-une-etude-exploratoire/download>
10. MINTZBERG H, GLOUBERMAN S. Managing the care of health and cure of disease. Part 1: differentiation [Internet]. 1996 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: https://flora.insead.edu/fichiersti_wp/inseadwp1998/98-49.pdf
11. ZARDET V, FIER D, SAVALL H, PETIT R. Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital. Journal d'Economie Médiale. 2011;29(6-7):277-93.
12. NERVEGNA S, DEMOGE H, BARRAUD J. Conduire les projets de transformation de l'hôpital - Ou comment faire d'une expérience à risque un véritable accélérateur de carrière ? Santé RH. juin 2010;12-5.
13. ANAP. Les formations à l'exercice des fonctions de chef de pôle [Internet]. [cité 27 juin 2016]. Disponible sur: <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/diffuser-a-grande-echelle-la-culture-et-les-outils-de-la-performance/detail/actualites/les-formations-a-l'exercice-des-fonctions-de-chef-de-pole/>
14. AUTISSIER D, MOUTOT J-M. Méthode de conduite du changement: diagnostic, accompagnement, pilotage [Internet]. 3ème. Dunod; 2013 [cité 6 mai 2016]. Disponible sur: <http://medias.dunod.com/document/9782100595211/Feuilletage.pdf>
15. AUTISSIER D, VANDANGEON I, VAS A. Conduite du changement : concepts-clés [Internet]. Deuxième. Arcueil: Dunod; 2014. Disponible sur: <http://medias.dunod.com/document/9782100705740/Feuilletage.pdf>
16. SAVALL H, ZARDET V. Maîtriser les coûts et les performances cachés. 6ème. Economica; 2015. (Gestion).

17. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Dossier de presse - Loi de Modernisation de notre Système de Santé [Internet]. 2016 [cité 21 déc 2015]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf
18. ANAP. Comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement [Internet]. Lille; 2014 [cité 21 déc 2015]. (Actes de la 4ème Université d'été de la performance en santé). Disponible sur: http://www.performance-en-sante.fr/fileadmin/user_upload/UDT_AOUT2014/PDF/ANAP_Actes_UDT_2014.pdf
19. FRACHETTE M. Le pilotage médico-pharmaceutique : vers une plus grande légitimité de la pharmacie hospitalière par la coopération avec les services cliniques. Université Jean Moulin Lyon 3; 2014.
20. Décret n° 2015-9 du 7 janvier 2015 relatif aux conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur | Legifrance [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/>
21. Code de la santé publique - Article L5126-1 | Legifrance [Internet]. [cité 10 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>
22. SAVALL H, ZARDET V. Tétranormalisation. Défis et dynamiques. *Economica*. 2005.
23. VAS A. La vitesse de propagation du changement au sein des grandes organisations. *Rev Fr Gest*. 2005;no 155(2):135-51.
24. GUYON C, GUYON F, EVAH-MANGA E. Réussir le changement dans le service public. Editions d'Organisation; 2003. (Service Public).
25. LE FEUVRE H. Freins et leviers de la conduite du changement dans un contexte de fusion d'établissements [Internet]. 2014 [cité 23 nov 2015]. Disponible sur: <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/dessms/lefeuvre.pdf>

26. MINVIELLE E, CONTANDRIOPOULOS A-P. LA CONDUITE DU CHANGEMENT
Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière? Revue française de gestion. mars
2004;(150):29-53.
27. BRUNEL V, LE GUENNEC H. Conduite du changement : halte au prêt-à-penser,
« cultivons notre jardin » [Internet]. Harvard Business Review. 2014 [cité 2 juill 2016]. Disponible
sur: [http://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2014/10/4413-conduite-du-changement-halte-
au-pret-a-penser-cultivons-notre-jardin/](http://www.hbrfrance.fr/chroniques-experts/2014/10/4413-conduite-du-changement-halte-au-pret-a-penser-cultivons-notre-jardin/)

Annexes

Table des annexes

Annexe 1 : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 107.....	50
Annexe 2 : Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire	59

Annexe 1 : Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé – Article 107

I.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie est ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Groupements hospitaliers de territoire

« Art. L. 6132-1.-I.-Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.

Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.

« II.-Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

« III.-Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire.

« IV.-Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

« V.-Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2.

« VI.-Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires.

« VII.-Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

« VIII.-Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'Etat limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

« Art. L. 6132-2.-I.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.

« II.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

« 1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;

« 2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-3 ;

« 3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;

« 4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;

« 5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

« a) La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. A défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux prévu à l'article L. 6132-5 ;

« b) La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;

« c) Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;

« d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

« La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

« Art. L. 6132-3.-I.-L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

« 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

« 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

« 3° La fonction achats ;

« 4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« II.-L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles

interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

« III.-Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

« IV.-Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

« 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

« 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

« 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

« 4° Les missions de référence et de recours.

« Art. L. 6132-4.-La certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. Toutefois l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-5.-I.-Après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1er juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-3, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

« II.-L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale à un établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du présent code, est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire.

« Art. L. 6132-6.-Les modalités d'application du présent chapitre à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille sont déterminées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 6132-7.

« Art. L. 6132-7.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment :

« 1° La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;

« 2° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;

« 3° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;

« 4° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;

« 5° Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;

« 6° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;

« 7° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire. » ;

2° Au 2° de l'article L. 6131-2, les mots : « conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de » sont supprimés ;

3° L'article L. 6131-3 est abrogé ;

4° L'article L. 6143-1 est ainsi modifié :

a) Au début du 4°, les mots : « Toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un centre hospitalier universitaire est partie prenante ainsi que » sont supprimés ;

b) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

«-la participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire. » ;

5° Le 2° bis de l'article L. 6143-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour chacun des établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du groupement hospitalier de territoire pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que le plan global de financement pluriannuel, mentionnés au 5° de l'article L. 6143-7 ; »

6° Après le cinquième alinéa de l'article L. 6143-7, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé parties au groupement hospitalier de territoire, pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3. » ;

7° A la première phrase de l'article L. 6161-8, les mots : « une communauté hospitalière » sont remplacés par les mots : « un groupement hospitalier » ;

8° A l'article L. 6211-21, les mots : « communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « groupements hospitaliers ».

II.-A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « création de communautés hospitalières » sont remplacés par les mots : « constitution de groupements hospitaliers ».

III.-Après les mots : « création de », la fin du premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigée : « groupements hospitaliers de territoire. »

IV.-A.-Jusqu'au 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B.-A compter du 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées. La convention constitutive du groupement de territoire est élaborée par avenant à la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire puis transmise, en application du I de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, au directeur général de l'agence régionale de santé pour approbation.

V.-La liste des groupements hospitaliers de territoire prévue au I de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique est arrêtée avant le 1er juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des groupements hospitaliers de territoire émise par le directeur général de l'agence régionale de santé en application de l'article L. 6132-2 du même code.

VI.-Chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1er juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé prévu au 1° du II de l'article L. 6132-2 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

VII.-L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

VIII.-Le II de l'article L. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de la présente loi, est applicable :

1° A compter du 1er juillet 2016, aux établissements qui ne sont pas membres d'un groupement hospitalier de territoire alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 du même code ;

2° A compter du 1er janvier 2018, aux établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre effectivement les dispositions prévues au I de l'article L. 6132-3 dudit code.

IX.-[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016.]

Annexe 2 : Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

Publics concernés : établissements publics de santé ; établissements et services médico-sociaux publics ; établissements de santé privés ; hôpitaux d'instruction des armées.

Objet : création des groupements hospitaliers de territoire.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret précise les règles d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, la définition du projet médical partagé des établissements parties au groupement hospitalier de territoire, les modalités de mise en place et de fonctionnement des instances communes ainsi que le périmètre des fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Références : le présent décret est pris en application de l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. Les textes créés ou modifiés par le présent décret peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6132-6 et L. 6132-7 ;

Vu le code du travail, notamment son article L. 4111-1 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 107 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 14 avril 2016 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 19 avril 2016 et la saisine de ce même conseil en date du même jour ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé : « Groupements hospitaliers de territoire » ;

2° Les sections 1 à 3 sont ainsi rétablies :

« Section 1

« Dispositions générales

« Sous-section 1

« Convention constitutive et règlement intérieur

« Art. R. 6132-1.-I.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est constituée de deux volets :

« 1° Le volet relatif au projet médical partagé prévu au I de l'article L. 6132-1 ;

« 2° Le volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement mentionnées au II de l'article L. 6132-2, comprenant notamment la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

« II.-La convention détermine, dans le volet mentionné au 2° du I, les compétences déléguées à l'établissement support du groupement, fixe la durée de ces délégations et les modalités de leur reconduction expresse, définit les objectifs à atteindre et les modalités de contrôle de l'établissement délégant sur l'établissement support du groupement.

« III.-La convention constitutive est conclue pour une durée de dix ans.

« Art. R. 6132-2.-Le règlement intérieur est élaboré et adopté par le comité stratégique, après consultation des instances communes et, conformément à leurs attributions respectives, des instances des établissements parties au groupement.

« Sous-section 2

« Projet médical et projet de soins partagés

« Art. R. 6132-3.-I.-Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

« 1° Les objectifs médicaux ;

« 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

« 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;

« 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine, portant sur :

« a) La permanence et la continuité des soins ;

« b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;

« c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;

« d) Les plateaux techniques ;

« e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;

« f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;

« g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;

« h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;

« 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;

« 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;

« 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;

« 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;

« 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

« II.-Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.

« III.-La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.

« Art. R. 6132-4.-Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans.

« Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-5.-Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction.

« Sous-section 3

« Procédure de création du groupement hospitalier de territoire

« Art. R. 6132-6.-I.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est préparée par les directeurs, les présidents des commissions médicales et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Elle est soumise :

« 1° Pour les établissements publics de santé parties au groupement, après concertation des directeurs, à leurs comités techniques d'établissement, à leurs commissions médicales d'établissement et à leurs commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, puis à leurs conseils de surveillance, pour avis ;

« 2° Pour les établissements ou services médico-sociaux publics parties au groupement, à leurs comités techniques d'établissement, pour avis. Elle est ensuite soumise à délibération de leurs conseils d'administration.

« La convention constitutive est signée par les directeurs des établissements parties au groupement et soumise à l'approbation du directeur général de l'agence régionale de santé compétent. Le silence gardé pendant un délai de deux mois suivant sa réception vaut approbation. La décision d'approbation, ou l'attestation de son approbation tacite, est publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« II.-En cas de non-conformité de la convention constitutive ou de modification substantielle du projet régional de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé enjoint les établissements parties au groupement à procéder à une mise en conformité de la convention dans un délai qu'il notifie aux établissements, et qui ne peut être inférieur à un mois.

« A défaut de sa mise en conformité au terme de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent y procède et arrête la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-7.-La dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins.

« Art. R. 6132-8.-Lorsqu'un groupement hospitalier de territoire comprend des établissements situés dans plusieurs régions, le directeur général de l'agence régionale de santé compétent est celui du ressort de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire.

« Section 2

« Instances du groupement hospitalier de territoire

« Art. R. 6132-9.-I.-La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire prévoit la mise en place d'un collège médical ou d'une commission médicale de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions médicales d'établissement des établissements parties au groupement :

« 1° Lorsqu'il est décidé de mettre en place un collège médical, sa composition et ses compétences sont déterminées par la convention constitutive ;

« 2° Lorsqu'il est décidé de mettre en place une commission médicale de groupement, celle-ci est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants désignés par les commissions médicales des établissements parties au groupement et de représentants des professionnels médicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement. La répartition des sièges au sein de la commission médicale de groupement et les compétences déléguées à celle-ci par les commissions médicales des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

« II.-Le collège médical ou la commission médicale de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement coordonne la stratégie médicale et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

« La fonction de président du collège médical ou de la commission médicale de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

« III.-Les avis émis par le collège médical ou la commission médicale de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-10.-Le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire est présidé par le directeur de l'établissement support et comprend les membres mentionnés au b du 5° du II de l'article L. 6132-2.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire et, lorsqu'un centre hospitalier et universitaire est partie au groupement, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale sont membres de droit du comité stratégique.

« Le comité stratégique ou, le cas échéant, son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

« Art. R. 6132-11.-La convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

« Le comité des usagers ou la commission des usagers de groupement est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement. La convention constitutive fixe sa composition et ses compétences, et notamment, en cas de commission des usagers du groupement, le nombre de représentants en son sein des commissions des usagers des établissements parties au groupement et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des usagers des établissements parties au groupement.

« Les avis émis par le comité des usagers ou par la commission des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-12.-I.-La convention constitutive prévoit la mise en place d'une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement. Cette commission est composée des présidents et, en nombre fixé par la convention constitutive, de représentants des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements de santé et de représentants des professionnels paramédicaux des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement.

« La répartition des sièges au sein de la commission et les compétences qui lui sont déléguées par les commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement sont déterminées par la convention constitutive.

« II.-Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

« III.-Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6132-13.-I.-La convention constitutive définit la composition et les règles de fonctionnement du comité territorial des élus locaux. Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement, les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties, le président du comité stratégique, les directeurs des établissements parties au groupement et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement en sont membres de droit.

« II.-Le comité territorial des élus locaux évalue et contrôle les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. Ses autres missions sont définies dans la convention constitutive.

« Section 3

« Conférence territoriale de dialogue social

« Art. R. 6132-14.-La convention constitutive prévoit la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social.

« La conférence territoriale de dialogue social comprend :

« 1° Le président du comité stratégique, président de la conférence ;

« 2° Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement ;

« 3° Des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement ;

« 4° Avec voix consultative, le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président.

« La conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire. » ;

3° La section 4 est ainsi modifiée :

a) La sous-section 1 devient la section 7 ;

b) L'article R. 6132-28 devient l'article R. 6132-24 et est ainsi modifié :

-le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :

« Lorsque la convention de groupement hospitalier de territoire prévoit la cession avec ou sans modification du lieu d'implantation d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1, ou lorsqu'elle prévoit une telle modification sans cession, la demande de cession est assortie d'un dossier comprenant : » ;

-le deuxième alinéa est supprimé ;

-au 1°, les mots : « communauté hospitalière de territoire » sont remplacés par les mots : « groupement hospitalier de territoire » ;

c) Les sous-sections 2,3 et 4 sont abrogées ;

4° Sont insérées, après la section 3, les sections 4 à 6 ainsi rédigées :

« Section 4

« Fonctions mutualisées

« Art. R. 6132-15.-I.-Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les

établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients.

« II.-Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique.

« Art. R. 6132-16.-I.-La fonction achats comprend les missions suivantes :

« 1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;

« 2° La planification et la passation des marchés ;

« 3° Le contrôle de gestion des achats ;

« 4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

« II.-Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

« Art. R. 6132-17.-La convention constitutive prévoit les modalités retenues pour assurer la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, notamment en matière de gouvernance des instituts et écoles, de mutualisation des projets pédagogiques, de mise en commun de ressources pédagogiques et de locaux, de politique de stages.

« Art. R. 6132-18.-La convention constitutive prévoit les modalités de coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

« Art. R. 6132-19.-Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment :

« 1° Constituer un pôle interétablissement, dans les conditions prévues à l'article R. 6146-9-3 ;

« 2° Constituer, en ce qui concerne la biologie médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L. 6222-4. Dans ce cas, une convention de laboratoire commun est conclue entre les établissements parties au groupement et annexée à la convention de groupement hospitalier de territoire.

« Section 5

« Fonctionnement

« Art. R. 6132-20.-Les établissements de santé parties à un groupement hospitalier de territoire se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement.

« Art. R. 6132-21.-Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel.

« Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au directeur général de l'agence régionale de santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

« Section 6

« Dispositions applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux Hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille

« Art. R. 6132-22.-Les dispositions du I de l'article L. 6132-1 ne sont pas applicables à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris.

« Art. R. 6132-23.-L'Assistance publique-hôpitaux de Paris, les Hospices civils de Lyon ou l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille peuvent conclure, pour un ou plusieurs groupements d'hôpitaux prévus à l'article R. 6147-4, un partenariat avec les établissements parties à un ou

plusieurs groupements hospitaliers de territoire pour d'autres activités cliniques et médico-techniques que celles prévues au IV de l'article L. 6132-3.

« A cette fin, une convention de partenariat est conclue avec l'établissement support du groupement hospitalier de territoire, pour le compte de l'ensemble des établissements parties au groupement. »

Article 2

La section 1 du chapitre III du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifiée :

1° Il est créé une sous-section 1 intitulée : « Dispositions générales » et comprenant les articles R. 6113-1 à R. 6113-11 ;

2° A l'article R. 6113-3, après les mots : « établissement concerné », sont insérés les mots : « ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, de l'établissement support pour le compte de l'ensemble des établissements parties » ;

3° Le premier alinéa de l'article R. 6113-4 est complété par les mots : « ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, dans l'établissement support. » ;

4° L'article R. 6113-6 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « commission médicale d'établissement », sont insérés les mots : « , ou, pour les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire, du collège médical ou de la commission médicale de groupement, » ;

b) Après les mots : « représentant de l'établissement », sont insérés les mots : « ou le représentant de l'établissement support pour les établissements partie à un groupement hospitalier de territoire » ;

5° A l'article R. 6113-8, après la première phrase, il est inséré la phrase suivante : « Au sein d'un groupement hospitalier de territoire, le médecin responsable du département d'information médicale de territoire transmet à la commission de l'établissement concerné, au collège médical ou à la commission médicale de groupement, ainsi qu'au représentant de l'établissement concerné

et au représentant de l'établissement support du groupement, les informations nécessaires à l'analyse de l'activité, relative à l'établissement concerné et à l'ensemble des établissements parties au groupement. » ;

6° La section est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2

« Département d'information médicale de territoire

« Art. R. 6113-11-1.-Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-2.-I.-Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

« II.-Le médecin responsable du département de l'information médicale du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

« III.-Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.

« Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

« Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

« Art. R. 6113-11-3.-Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :

« 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;

« 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8 ;

« 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;

« 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. »

Article 3

Le chapitre VI du titre IV du livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

1° A l'article R. 6146-9-2, après le mot : « établissement », sont insérés les mots : « ou du groupement hospitalier de territoire dans le cas de pôles interétablissements » ;

2° Il est inséré, après la section 1, une section 1 bis ainsi rédigée :

« Section 1 bis

« Pôle interétablissement

« Art. R. 6146-9-3.-I.-Les établissements parties à un groupement hospitalier de territoire peuvent créer des pôles interétablissements d'activité clinique ou médico-technique.

« II.-Le chef de pôle interétablissement est nommé parmi les praticiens exerçant dans l'un des établissements parties au groupement, par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, ainsi que du directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical, si l'un des établissements est un centre hospitalier et universitaire.

« Après information du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire, le directeur de l'établissement support et le chef de pôle interétablissement signent un contrat de pôle, dans les conditions fixées par l'article R. 6146-8.

« Le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement contresigne le contrat de pôle.

« III.-Le chef de pôle interétablissement a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle interétablissement.

« Il organise le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures prévues par le projet de pôle. Cette organisation tient compte des nominations des personnels dans chaque établissement et est conforme au projet médical partagé.

« Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec le personnel du pôle.

« Il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs exerçant dans l'un des établissements parties au groupement dont il propose la nomination au directeur de l'établissement support, après information du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

« IV.-Le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Il prévoit l'évolution de leur champ d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

« Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination.

« V.-Une représentation du pôle interétablissement est assurée au sein des commissions médicales de chacun des établissements impliqués dans sa constitution. »

Article 4

Le livre Ier de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

1° Aux articles R. 6113-13 et R. 6113-14 et aux 1° et 2° de l'article R. 6113-15, après les mots : « l'établissement », sont insérés les mots : «, l'ensemble des établissements parties au groupement hospitalier de territoire » ;

2° Le I de l'article R. 6144-1 est complété par l'alinéa suivant :

« 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire » ;

3° Au 3° du II de l'article R. 6144-3, le mot : « responsable » est remplacé par le mot : « référent » ;

4° Le I de l'article R. 6144-40 est complété par l'alinéa suivant :

« 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire » ;

5° Après le septième alinéa de l'article R. 6145-12, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Pour les établissements supports de groupements hospitaliers de territoire, les opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II et III de l'article L. 6132-3 gérées par cet établissement. Les établissements parties au groupement contribuent aux opérations selon une clé de répartition fixée par arrêté du ministre chargé de la santé » ;

6° Le I de l'article R. 6146-10 est complété par l'alinéa suivant :

« 7° La convention constitutive d'un groupement hospitalier de territoire ».

Article 5

I. - Le projet médical partagé prévu à l'article R. 6132-3 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, comprend :

1° A compter de la date de publication du présent décret, les objectifs mentionnés au 1° du I de cet article R. 6132-3 ;

2° A compter du 1er janvier 2017, les objectifs et l'organisation par filière mentionnés respectivement au 1° et au 3° du I de cet article ;

3° A compter du 1er juillet 2017, tous les éléments mentionnés à cet article.

II. - Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le 1er juillet 2016 la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition.

Dans l'hypothèse où des établissements n'ayant pas fait l'objet d'une dérogation prévue à l'article R. 6132-7 du code de la santé publique n'auraient pas transmis avant le 1er juillet 2016 la convention constitutive signée prévue à l'article R. 6132-1 du même code, dans sa rédaction issue du présent décret, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie la composition du groupement hospitalier de territoire aux établissements concernés.

Dans les quinze jours suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les conseils de surveillance procèdent, dans les conditions prévues au a du 5° de l'article L. 6132-2 du même code, à la désignation de l'établissement support. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du comité territorial des élus locaux, l'établissement support du groupement.

Dans les deux mois suivant la notification de cette composition aux établissements de santé concernés, les directeurs de ces établissements transmettent au directeur général de l'agence régionale de santé la convention constitutive du groupement. A défaut, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, ainsi que ses compétences, conformément aux dispositions du I de l'article L. 6132-3.

III. - En cas de transformation d'une communauté hospitalière de territoire en un groupement hospitalier de territoire, dans les conditions prévues au B du IV de l'article 107 de la loi susvisée du 26 janvier 2016, dès lors que le directeur général de l'agence régionale de santé du ressort de l'établissement siège n'a pas fait connaître avant le 1er juillet 2016 son opposition aux établissements membres de la communauté hospitalière de territoire, la convention constitutive est élaborée par avenant à la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire, dans les conditions fixées par les articles R. 6132-1, R. 6132-3 et R. 6132-6 du code de la santé publique, dans leur rédaction issue du présent décret.

IV. - L'article R. 6132-5 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est applicable à compter du 1er juillet 2017.

V. - L'article R. 6132-15 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est applicable :

1° A compter du 1er janvier 2018, en ce qui concerne son II ;

2° Au plus tard le 1er janvier 2021, en ce qui concerne son I.

VI. - Le plan d'actions des achats mentionné au II de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent décret, est élaboré au plus tard le 1er janvier 2017.

VII. - L'article R. 6132-20 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du 2° de l'article 1er du présent décret, est applicable à compter du 1er janvier 2020.

VIII. - Les dispositions des b et c du 3° de l'article 1er sont applicables à compter du 1er juillet 2016.

IX. - Les dispositions du 5° de l'article 4 sont applicables à compter du 1er janvier 2017.

Article 6

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 avril 2016.

Par le Premier ministre : Manuel Valls

La ministre des affaires sociales et de la santé : Marisol Touraine

*Faculté de Pharmacie,
Université Grenoble Alpes.*



Serment de Galien



« Je jure en présence des Maîtres de la Faculté, des Conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque ».

Joan STUCK

APPLICATION DE L'INGÉNIERIE DE CONDUITE DU CHANGEMENT SOCIO-ÉCONOMIQUE À LA DÉFINITION D'UN PROJET DE COOPÉRATION PHARMACEUTIQUE DANS LE CADRE DE LA CRÉATION DES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

RÉSUMÉ :

La Loi de Modernisation de notre Système de Santé impose une coopération entre les établissements publics de santé d'un même territoire par la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) constituent l'un des domaines à mutualiser, mais le texte laisse une grande liberté d'organisation concernant l'étendue de la coopération. L'objectif de ce travail consiste à tester l'ingénierie de conduite du changement socio-économique pour créer un projet de coopération entre les 9 PUI du GHT Alpes Dauphiné.

Une méthodologie de conduite du changement socio-économique a été appliquée, adaptée aux contraintes du projet. Un diagnostic initial a été établi, basé sur une cartographie des PUI et sur des entretiens avec les Pharmaciens responsables des PUI. Une analyse des facteurs internes et externes facilitant ou limitant le projet a été réalisée. Suite à cela, un groupe de projet a été créé pour définir les orientations du projet de coopération pharmaceutique.

Cinq axes de mutualisation ont ainsi été identifiés, englobant de nombreuses activités pharmaceutiques. En analysant la réalisation de ce projet, la méthode de conduite du changement socio-économique a favorisé la concertation entre les acteurs, et 7 points clés de la réussite du projet de coopération ont été mis en évidence.

MOTS CLÉS : Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), coopération, Pharmacies à Usage Intérieur (PUI), conduite du changement, management socio-économique

ADRESSE : [Données à caractère personnel]

FILIÈRE : Internat