THÈSE POUR L'OBTENTION DU GRADE DE
DOCTEUR EN SCIENCES DE GESTION

FRACHETTE MARC

LE PILOTAGE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : VERS UNE PLUS GRANDE LÉGITIMITÉ DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE PAR LA COOPÉRATION AVEC LES SERVICES CLINIQUES

Cas de recherches-interventions en hôpital public

Présentée et soutenue publiquement le 1er juillet 2014 à 10 heures 30
Université Jean Moulin Lyon 3

MEMBRES DU JURY :

Co-Directrice de thèse, **Véronique ZARDET**, Professeur des Universités, Université Jean Moulin, Lyon 3

Co-Directrice de Thèse, **Isabelle BARTH**, Professeur des Universités, Université de Strasbourg

Rapporteur, **Mathieu DETCHESSAHAR,** Professeur des Universités, Université de Nantes

*Rapporteur***, Thierry NOBRE,** Professeur des Universités, Université de Strasbourg

Suffragant, **Isabelle HORVATH**, Docteur, ESC Saint-Etienne

Suffragant, **Paul PERRIN,** Professeur des Universités, Université Claude Bernard, Lyon 1

*Suffragant***, André RIEUTORD**, Pharmacien Hospitalier, hôpital Antoine Béclère, APHP

« Agit d'une manière purement rationnelle..., celui qui agit sans tenir compte de la conséquence de ses actes, au service qu'il est de sa conviction, portant sur ce qui lui apparaît comme commandé par le devoir, la dignité...ou la grandeur d'une cause... »

Max Weber (in Steiner P, 1999, p.24)

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier tout particulièrement nos co-directrices de thèse, Madame le Professeur Véronique ZARDET et Madame le Professeur Isabelle BARTH, qui ont encadré notre travail de recherche. Madame Barth nous a encouragé et orienté avec bienveillance depuis le début de notre démarche de formation, Madame Zardet nous a accueilli au sein de son laboratoire de recherche et accompagné avec exigence et générosité. Nous leur témoignons à toutes deux une infinie reconnaissance pour leurs apports si précieux, parfaitement complémentaires, qui nous ont permis de réaliser ce parcours doctoral et de concrétiser notre reconversion professionnelle.

Nous témoignons de notre très sincère gratitude à Monsieur le Professeur Henri SAVALL, Président et fondateur du laboratoire de recherche ISEOR. Nous lui sommes extrêmement reconnaissant de la confiance qu'il nous a accordé et de son soutien lors des séminaires de travail.

Nous sommes tout particulièrement honoré de la contribution de Messieurs les Professeurs Thierry NOBRE et Matthieu DETCHESSAHAR qui ont accepté d'être les rapporteurs de ce travail de recherche sur la gouvernance hospitalière.

Nous exprimons nos amicaux remerciements à Madame Isabelle HORVATH pour sa relecture rigoureuse et ses judicieux conseils. Merci d'avoir accepté de participer à notre jury en qualité de suffragant.

Merci à Monsieur le Professeur Paul PERRIN qui a également accepté de participer à notre jury afin d'apporter son précieux éclairage scientifique et de médecin hospitalier.

Cette recherche n'a été possible que grâce à l'active contribution de Monsieur le Docteur André RIEUTORD, Chef d'un service de pharmacie au sein d'un C.H.U. Ses qualités de manager, précieuses dans un contexte hospitalo-universitaire en pleine mutation, nous ont permis de réaliser cette recherche-intervention dans des conditions exceptionnelles.

Nous le remercions de son engagement tout au long de notre travail et d'avoir accepté de participer à notre jury en qualité de suffragant.

Un remerciement tout particulier à Madame Anne COSTA et à Monsieur Younès BÉNANTEUR, Directeurs d'hôpitaux qui nous ont initié aux spécificités de la gouvernance hospitalière.

Nous remercions également les pharmaciens hospitaliers ainsi que leurs formidables équipes de nous avoir permis de réaliser cette recherche-intervention sur leurs circuits du médicament. Merci à Mesdames les Docteurs Dominique HUCHON et Ratiba HADDAD ; Merci à Messieurs les Docteurs Gilles LE PALLEC et Patrick LÉGLISE.

Enfin, nous remercions tous les enseignants, doctorants et post-doctorants de l'équipe du laboratoire ISEOR, particulièrement Monsieur le Professeur Vincent CHRISTALLINI qui a dirigé notre sous-groupe de séminaire doctoral. Merci à Marine DACLIN, Amandine SAVALL, Gérard DESMAISON, Stephen GIRARD, Alexis ROCHE et Arnaud TORRES pour leur amitié sincère.

Lors de notre recherche de nombreux pharmaciens, praticiens hospitaliers, nous ont dispensé leurs conseils. Nous tenons à remercier ici notre ami Bernard THALAMY et de façon non exhaustive, Mesdames les Docteurs Catherine ANTOINE, Anne BASIN, Marie-Pierre BERLEUR, Adeline BOURDAREAU, Anne DAGUENEL, Laurence DUME, Annie DURAND, Muriel GAUDONNEIX, Muriel PAUL, Frédérique PLASSARD, Céline SAUFNAI, Catherine STAMM, Phaly TAN SEAN, Monsieur le Professeur Philippe ARNAUD, Messieurs les Docteurs Patrick BEAUVERIE, Yvonnick BÉZIE, Etienne BRUDIEU, René CABRIT, Bernard DO, Olivier ESCAFFRE, Michel GUIZARD, Pascal PAUBEL, Patrick BEAUVERIE, Daniel RONCALEZ, Olivier SELLAL, Marc SIMARD...

Pour leurs précieux apports méthodologiques, nous remercions Monsieur Jean Pierre GRANDHAYE de l'Association française d'analyse par la valeur et Monsieur Xavier DIDRY pour son accompagnement en approche socio-dynamique depuis de nombreuses années. Pour les projets communs que nous avons menés parallèlement à ce travail, nous remercions Madame Catherine ANGLARDS et Messieurs Yvan DUPONT et Jean-Marc ROSALIE, cadres dans l'industrie pharmaceutique.

Nous tenons enfin à remercier notre famille et nos amis pour leurs encouragements et leur infinie patience. Merci à notre épouse MARIE-JOËLLE et à nos trois enfants, CÉCILE, PIERRE et JULIE pour leur soutien indéfectible et les longs dimanches à travailler côte à côte à nos études respectives. Merci à notre père, le Docteur Christian FRACHETTE pour sa très rigoureuse relecture et à notre mère Janine FRACHETTE pour ses traductions d'articles en anglais.

Au-delà de notre travail de recherche, ce parcours a été l'occasion de rencontres extrêmement riches. Que toutes les personnes qui ont croisé notre chemin de doctorant en soient remerciées.

AVERTISSEMENTS AUX LECTEURS

L'université Jean Moulin Lyon 3, l'École Doctorale Sciences Économiques et de Gestion et l'Institut Socio-Économique des Entreprises et des Organisations n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans la thèse. Ces opinions être considérées comme propres à son auteur.

SOMMAIRE

Page

SOMMAIRE **13**

INTRODUCTION **17**

Objet et champ de la recherche 17

Problématique et fil conducteur 17

Corps d'hypothèses et structure de notre recherche 21

Théories et méthodologies mobilisées 22

Recherches-interventions à l'hôpital 23

Origine de cette recherche 26

Plan et chapitres 27

1ÈRE PARTIE SANTÉ, HÔPITAL ET PHARMACIE À LA RENCONTRE DES SCIENCES DE GESTION **31**

CHAPITRE I LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ, COMMENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS ? **35**

I.1. Droit des populations à la santé 35

I.2 Contraintes budgétaires du système de santé 41

I.3 Fonctionnement de l'hôpital et coopération médico-pharmaceutique 54

CHAPITRE II FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL : HISTOIRE, RÉFORMES ET CADRES THÉORIQUES .. **67**

II.1 Formation de l'hôpital et de sa pharmacie 67

II.2 Théories des organisations et fonctionnement de l'hôpital 76

II.3 Cadres théoriques mobilisés 81

CHAPITRE III CHOIX MÉTHODOLOGIQUE : LA RECHERCHE-INTERVENTION AU CŒUR DES MOYENS MOBILISÉS **105**

III.1 Cadre épistémologique et choix méthodologique au service de la recherche de terrain 105

III.2 Recherche-intervention socio-économique et intégration d'autres approches managériales 110

III.3 Présentation des deux terrains de recherche-intervention 128

2ÈME PARTIE DIAGNOSTIC MÉDICO-PHARMACEUTIQUE À L'HÔPITAL **143**

CHAPITRE IV ANALYSE DYSFONCTIONNELLE DU PROCESSUS MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : REGARD QUALIMÉTRIQUE SUR LE SITE D'UN C.H.U. **145**

IV.1 Approche du terrain central A 146

IV.2 Analyse des dysfonctionnements du terrain A 157

IV.3 Projets d'amélioration 178

CHAPITRE V ÉTUDE COMPARÉE DU CAS CENTRAL AVEC LES AUTRES TERRAINS D'OBSERVATION : LA COOPÉRATION COMME CLÉ DU FONCTIONNEMENT 191

V.1 Diagnostic comparatif entre les sites du terrain B : une confirmation des dysfonctionnements du terrain A 191

V.2 Interprétation des dysfonctionnements selon les cadres théoriques de la coopération 209

V.3 Processus d'intégration d'outils de management 221

CHAPITRE VI ANALYSE DE LA CHAÎNE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE CORRÉLÉE AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL : L' APPORT DU MANAGEMENT PAR LA VALEUR 241

VI.1 Contexte de risque thérapeutique et renforcement du cadre règlementaire 242

VI.2 Management médico-pharmaceutique par la valeur 248

VI.3 Place des acteurs dans la chaîne médico-pharmaceutique 259

CHAPITRE VII ACTIONS DE COOPÉRATION ET OUTILS DE GESTION : ÉVALUATION LONGITUDINALE DE LA RECHERCHE-INTERVENTION 271

VII.1 Production de résultats d'évaluation consécutive au déploiement d'actions de management 271

VII.2 Production d'actions d'amélioration et impacts sur la coopération entre acteurs 295

VII.3 Conditions d'enracinement de l'approche socio-économique 308

CHAPITRE VIII ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : VERS UN REGAIN DE LÉGITIMITÉ DES ACTIVITÉS DE LA PHARMACIE 315

VIII.1 Légitimité et coopération : une interaction fructueuse 315

VIII.2 Résultats de l'activité médico-pharmaceutique : une confirmation de la légitimité de la pharmacie .. 321

VIII.3 Proposition d'une formation au pilotage médico-pharmaceutique et évolution de la place de la pharmacie 336

CHAPITRE IX : LE PHARMACIEN-MANAGER, UNE POSTURE POUR AMÉLIORER LA LÉGITIMITÉ ET L'EFFICIENCE DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE ? 345

IX.1 Manager, une fonction mal perçue par les personnels de l'hôpital 345

IX.2 Activités de gestion des risques et d'éducation thérapeutique : une nécessaire proximité entre pharmacie et services cliniques 352

IX.3 Rôle transversal et clinique du pharmacien pour un renforcement de l'efficience médico-pharmaceutique 358

CONCLUSION 369

BIBLIOGRAPHIE 385

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE 403

LEXIQUE 411

ABRÉVIATIONS 415

TABLE DES FIGURES 421

TABLE DES TABLEAUX 423

TABLE DES ENCADRÉS.....425

TABLE DES ANNEXES.....427

TABLE DES ANNEXES CONFIDENTIELLES.....429

TABLE DES MATIÈRES 433

INTRODUCTION

L'objectif de cette introduction générale est de décrire le champ et l'objet de notre recherche, présenter la problématique et notre fil conducteur. Ensuite, nous proposons notre hypothèse centrale ainsi que la structure de notre recherche. Puis nous introduisons les théories et méthodologies mobilisées, présentons les recherches-interventions conduites au sein de plusieurs hôpitaux et exposons l'origine de la recherche. Nous terminons l'introduction par l'annonce du plan et des chapitres.

Objet et champ de la recherche

Notre recherche porte sur le **fonctionnement médico-pharmaceutique hospitalier**, c'est-à-dire la **coopération entre les acteurs** du circuit du médicament et la **légitimité du pharmacien** à exercer avec son équipe une action managériale sur ce fonctionnement. L'intérêt d'étudier la coopération entre la pharmacie et les services cliniques correspond à une préoccupation de fonctionnement de l'hôpital. Les activités de l'hôpital sont fortement cloisonnées : en particulier ses métiers cliniques et la pharmacie, considérée comme un service transversal par excellence et qui manque de reconnaissance de la part des services cliniques. Un des buts de notre recherche est d'étudier l'impact d'une coopération à partir de la pharmacie sur la légitimité de la pharmacie, de son équipe et de ses activités au sein de l'hôpital. Nos terrains de recherche concernent la « pharmacie à usage intérieur », c'est-à-dire la pharmacie chargée d'approvisionner les services de l'hôpital et leurs patients ; le champ de notre recherche est limité à l'hôpital public français.

Problématique et fil conducteur

Notre problématique peut se résumer à la question de recherche suivante : **comment la pharmacie peut-elle améliorer la gestion du médicament en partenariat avec les services cliniques au sein des établissements publics de santé ?**

Le droit à la santé est un droit universel des peuples, reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), par le traité de la Communauté européenne (Livre Blanc, 2007) et en France par le Code de la Santé publique (CSP). Cependant, ces cadres règlementaires

visant à garantir la démocratie sanitaire sont extrêmement larges, peuvent intégrer toutes sortes d'actions, mais ne résistent pas facilement aux contraintes budgétaires qui impactent la gestion des systèmes de santé.

Au-delà des **aspects économiques et gestionnaires**, ces règles trouvent leur légitimité dans d'autres champs - comme la géographie avec l'organisation territoriale des soins et la santé publique avec les évolutions démographiques et épidémiologiques - qui motivent les pouvoirs publics à rationaliser les politiques sanitaires. Dans ce contexte de difficultés financières et organisationnelles, il est tentant d'orienter plus largement le système de santé vers la privatisation d'une plus grande partie de ses activités. Se pose ainsi de manière de plus en plus pressante la question du choix et de l'avenir de notre système de santé, même si la population reste majoritairement attachée à son modèle social et à la gratuité des soins en France.

Tous les régimes de la **protection sociale** doivent réaliser des efforts : santé, vieillesse, famille, emploi, logement. Les régimes d'assurance sociale comprennent la Sécurité sociale, les autres régimes complémentaires et l'assurance-chômage. Ces régimes financent 80% des 500 milliards d'euros de la protection sociale, soit plus de 30 % du produit intérieur brut français (DRESS, 2010). Les comptes de la santé représentent un montant de 240 milliards d'Euros, dont 34 pour les médicaments (DRESS, 2011) soit 14 % des dépenses de santé. L'évolution des dépenses de médicaments, poste historiquement faible, nécessite désormais un traitement économique au même niveau que les autres dépenses de santé (personnels, prestations de soins, investissements…).

Notre recherche porte sur les établissements de santé qui représentent la moitié de la production nationale de soins. Nous nous intéressons à la place de **l'hôpital public**, épicentre de la répartition des différents niveaux de soins, même si le souhait des organismes de tutelle de santé est de promouvoir un système de soins convergent entre public et privé. C'est notre connaissance du terrain qui nous a orienté à ce jour vers des structures publiques intéressées par une démarche de recherche en gestion, même si le fonctionnement des établissements et des groupes privés de santé mériteraient des investigations équivalentes.

L'hôpital est une institution multiséculaire dont la formation a nécessité une longue tradition de réformes, tant au niveau de son maillage territorial que de son organisation interne. La mission publique et la culture universitaire des hôpitaux ont facilité l'accès aux terrains d'observation dans un but de recherche. Si la gestion est familière aux personnels administratifs, lorsqu'elle est présentée sous l'angle de la recherche et à partir d'une démarche scientifique, elle suscite aussi l'intérêt des professionnels de santé.

Nos terrains de recherche-intervention nous ont permis d'analyser la place et le **rôle-clé de la pharmacie** dans sa gestion des médicaments avec les services de soins. Le médicament est une catégorie de produits de santé qui impacte à la fois la qualité des soins, la sécurité des patients et les comptes de l'hôpital ; les hôpitaux investissent dans des produits de plus en plus innovants et coûteux et recherchent des bénéfices en termes de qualité et de gestion : la collaboration entre la pharmacie et les services cliniques utilisateurs devient donc un enjeu de performance, au sein d'établissements de santé fortement cloisonnés.

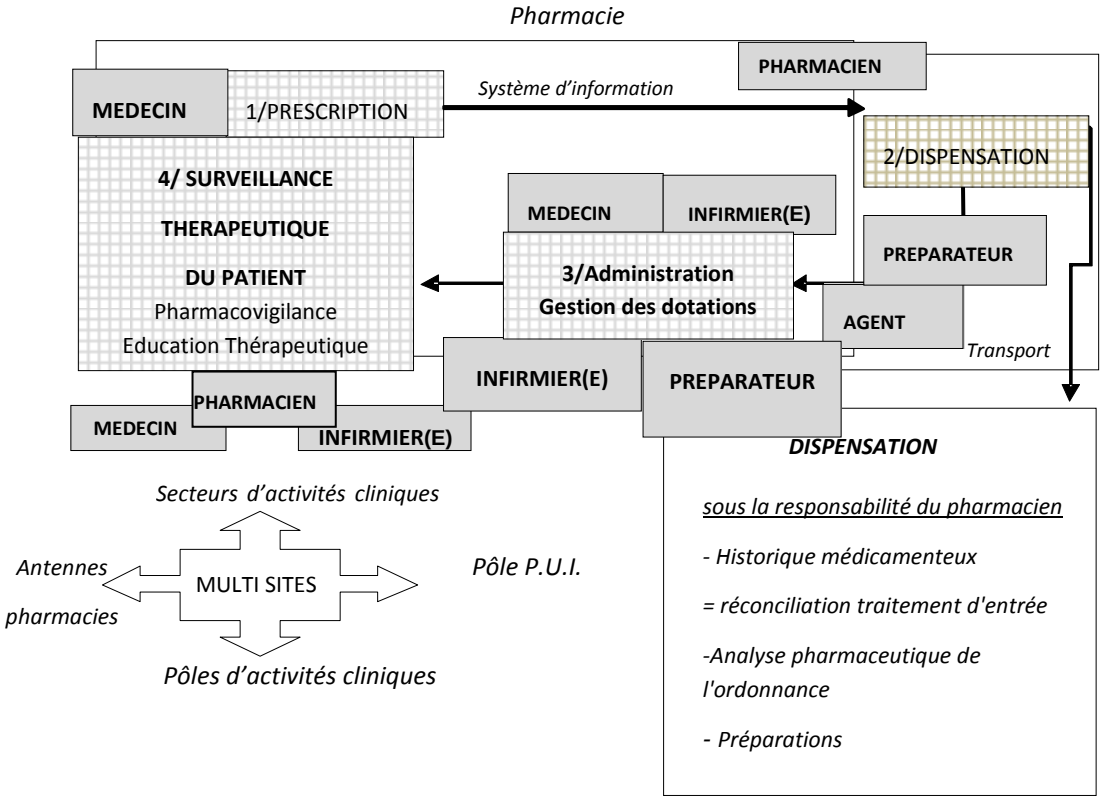
Le lieu d'entrée du médicament à l'hôpital étant la pharmacie à usage intérieur, nous en étudierons **l'articulation avec les services de soins depuis la pharmacie hospitalière**. Le circuit du médicament est globalement considéré par les soignants comme une **activité logistique** de support et ce processus médico-pharmaceutique, initié par la prescription médicale, poursuivi par la dispensation pharmaceutique, jusqu'à l'administration des médicaments par les personnels infirmiers n'est pas considéré comme une activité réellement transversale; il s'agit d'une prestation périphérique, voire d'un mal nécessaire pour des raisons de sécurité.

La logistique hospitalière est un domaine de recherche propre sur lequel des équipes de recherche travaillent (Sampieri N., 2000). Toutefois, nous n'avons pas retenu cette approche et avons choisi de centrer notre recherche sur la dimension managériale et organisationnelle du fonctionnement médico-pharmaceutique, en particulier sous l'angle de la coopération en termes d'organisation du travail, de gestion du temps, de formation et de mise en œuvre stratégique. Comment l'activité pharmaceutique peut- elle être mieux comprise et valorisée ? La légitimité de la pharmacie au sein de l'organisation représente-t-elle une condition préalable ou conséquente à la mise en place coopérative d'un

fonctionnement médico-pharmaceutique ? Des activités de pharmacie clinique, telle que l'éducation thérapeutique des patients au service du meilleur usage des médicaments, sont-elles des leviers permettant à la pharmacie de justifier son activité auprès des soignants, au service des patients, à la condition d'une posture managériale porteuse d'améliorations ?

Afin d'introduire dès à présent le cœur de l'activité pharmaceutique, le circuit du médicament, et afin d'en présenter les enjeux de fonctionnement, nous proposons ci-dessous dans la figure 1, un schéma représentant à la fois le processus et la coopération médico-pharmaceutique entre les acteurs concernés.

Figure 1 : Circuit du médicament, positionnement des acteurs et des activités (d'après : processus Haute Autorité de santé, 2005)



Nous entrevoyons ici toute la complexité de faire fonctionner un tel processus, et d'assurer une coopération entre les acteurs avec des enjeux de sécurité décisifs pour le patient.

La question centrale de notre recherche est donc : **comment la pharmacie peut-elle améliorer cette gestion du médicament, en partenariat avec les services cliniques au sein des établissements publics de santé ?** Cette activité thérapeutique fragmentée en trois segments de prescription assurée par un médecin, de dispensation assurée par la pharmacie et de délivrance assurée par un personnel infirmier, est encadrée par un empilement de procédures et un dispositif normatif rigides, propres à chaque catégorie d'acteurs. Or, ce cadre représente un frein au pilotage transversal et à une véritable approche managériale, modalités de fonctionnement considérées *a priori* comme préférables.

Corps d'hypothèses et structure de notre recherche

Notre hypothèse centrale, formulée à partir de la problématique est le point de départ de la construction de la connaissance. Elle traduit notre conviction de chercheur à travers la formulation positive de l'objet de recherche (Savall H., Zardet V., 2004).

Notre hypothèse centrale est la suivante : **l'amélioration de la coopération entre pharmacie et services cliniques permet une meilleure efficience du fonctionnement médico-pharmaceutique et une plus grande légitimité des activités pharmaceutiques**.

Notre corps d'hypothèses, développé à la fin du chapitre III, s'est construit à partir de l'hypothèse centrale et des thèmes qui la décomposent. Il nous a permis de modéliser notre objet de recherche.

Ses grands thèmes sont :

- l'organisation du système de santé et de l'hôpital tant historique que stratégique,
- le fonctionnement au sein des pharmacies et de leurs hôpitaux, en mobilisant la théorie socio-économique,
- la coopération et la légitimité qui permettent de dégager des propositions concernant la posture managériale du pharmacien et la reconnaissance de son équipe.

Le corps d'hypothèses (Savall H., Zardet V., 2004) est décomposé en sous-hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives (Cf. chapitre III, partie III.3.2) réparties au sein de trois parties :

- la première permet d'explorer le champ de la santé, de l'hôpital et de l'articulation des cadres académiques de la coopération et de la légitimité avec notre objet de recherche;
- la deuxième analyse les terrains d'observation scientifique et les dysfonctionnements observés à l'hôpital, à partir d'une méthodologie de recherche-intervention;
- la troisième évalue quels apports en termes de coopération des acteurs et de légitimité des activités pharmaceutiques permettent d'engendrer des améliorations ; cette partie conclut sur l'intérêt d'une nouvelle posture managériale du pharmacien hospitalier.

Théories et méthodologies mobilisées

Les travaux des auteurs en sciences de gestion qui ont exploré l'organisation de l'hôpital nous ont permis d'en comprendre son fonctionnement (Minvielle E., 2000 ; Mintzberg H., Glouberman S., 2002 ; Moisdon J-C., Tonneau D., 2008 ; Nobre T., 2011 ; Cf. chapitre II, partie II.1) et d'introduire les cadres théoriques mobilisés, tels que la coopération entre les acteurs (Cf. chapitre II, partie II.3.2), la légitimité organisationnelle(Cf. partie II.3.3) et la théorie socio–économique des entreprises et des organisations (Savall H., Zardet V., 1987). La théorie socio-économique représente le cadre central de notre travail ; elle a été fondée et développée par Henri Savall avec son équipe de l'ISEOR. Elle repose sur une intégration du facteur humain dans l'analyse et l'amélioration de la performance économique des organisations.

Les raisons de ces choix sont théoriques et managériales. Les concepts, notamment celui de la communication-coordination-concertation de la théorie socio-économique sont mobilisables pour analyser la coopération en sciences de gestion, que nous souhaitons articuler au concept de légitimité du pharmacien et des activités pharmaceutiques. En effet, les théories qui ont modélisé les mécanismes de coopération en gestion, et celles qui rejoignent la légitimité organisationnelle, notamment les différents aspects du pouvoir doivent permettre de contribuer à explorer notre objet de recherche et à vérifier si la coopération des acteurs du circuit du médicament profite à la légitimité des activités

pharmaceutiques et de leurs personnels. La démarche a été reconnue par les acteurs de l'hôpital, eux-mêmes souvent chercheurs et attachés à une démarche scientifique clinique. Les fondements sociaux et de performance de la théorie socio-économique ont été acceptés ainsi que l'intérêt que ce modèle intégré présente en termes de transformation de leur organisation hospitalière.

Notre travail doctoral a déployé une démarche de recherche-intervention de forme qualimétrique, qui permet de traiter des données qualitatives, quantitatives et financières (Savall H., Zardet V., 2003, *op. cit.*) ; les matériaux collectés lors d'entretiens, les documents internes et l'observation nous ont permis une quantification puis une transformation de l'organisation.

L'observation des terrains effectuée dès le départ de la recherche-intervention a été guidée par une posture épistémologique constructiviste; la recherche-intervention a permis une approche globale du terrain et facilité l'intégration sur le terrain d'outils de management issus de démarches d'ingénierie et de sociologie.

Recherches-interventions à l'hôpital

Nous avons conduit trois recherches-interventions : une sur un site de référence d'un CHU (hôpital A) et deux sur un groupement d'hôpitaux (terrain B) dont les deux sites B1 et B2 doivent regrouper leurs activités pharmaceutiques, comme indiqué dans le tableau 1 de synthèse ci-dessous.

Tableau 1 : Présentation des terrains de recherche

TERRAINS	TAILLE	DUREE
Hôpital A M.C.O.	Site de CHU 500 lits	Fin 2008 Fin 2013
Hôpital B1 Gériatrie	Site de CHU 600 lits	Fin 2010 Fin 2012
Hôpital B2 Gériatrie	Site de CHU 400 lits	Fin 2010 Fin 2012

Sur ces trois recherches-interventions, une a suivi un processus complet intégrant un diagnostic, une mise en œuvre et l'évaluation de ces projets (terrain A). Les deux autres n'ont fait l'objet que d'un diagnostic et de sa recommandation de notre part (terrains B1 et B2) comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2: Actions menées sur les terrains de recherche

TERRAINS	DIAGNOSTIC	Mise en œuvre des PROJETS	ÉVALUATION
A	OUI	OUI	OUI
B1	OUI	Recommandations	NON
B2	OUI	Recommandations	NON

Cette approche globale s'est appuyée sur un processus d'innovation de terrain en quatre temps : diagnostic, projet, mise en œuvre et évaluation que nous développerons aux chapitres IV et VII.

La phase de **diagnostic** qualimétrique a permis d'identifier les dysfonctionnements et de calculer les coûts cachés organisationnels qu'ils induisent; elle a permis ensuite la proposition de pistes d'améliorations par la remise d'un avis d'expert qui crée les conditions propices à une prise de conscience et à la **mise en œuvre** de la phase **projet**. Enfin, la phase d'**évaluation** s'est déroulée selon le même schéma que le diagnostic et a permis d'évaluer les transformations opérées.

Nos observations ont permis une identification précise des dysfonctionnements médico-pharmaceutiques avec tous les acteurs concernés. Le diagnostic du terrain central (hôpital A) a fait l'objet d'une comparaison avec celui les autres terrains (hôpitaux B1 et B2) ; il a permis de comparer et analyser des dysfonctionnements qui semblent assez contingents.

Le contexte actuel d'accidents thérapeutiques graves a entrainé un renforcement du cadre règlementaire du circuit du médicament et facilité la mise en place d'outils et de concepts complémentaires : d'une part le management par la valeur qui a permis de structurer le circuit du médicament et de proposer un processus médico-pharmaceutique ;

cette approche par la valeur est conçue pour être gérée de manière transversale et selon une approche progressive (Masaaki I., 1986). D'autre part le choix de la stratégie des partenaires, outil de socio-dynamie (Fauvet J-C., 2001), a permis de positionner les acteurs en alliés ou en opposants par rapport à un objectif et de faciliter une gestion concrète des parties prenantes et de leurs enjeux sur le terrain. Le choix de ces deux approches méthodologiques complémentaires à la recherche-intervention socio-économique nous est apparu adapté à un environnement médical de haute technologie, très procédural, et à un univers, l'hôpital, où les jeux d'acteurs sont particulièrement développés. La théorie socio-économique et ses supports méthodologiques ont facilité la cohabitation avec ces outils de processus et de socio-dynamique.

L'appropriation et l'intégration collective des méthodes proposées ont pour objectif la production de résultats, l'enracinement de méthodes de management, la coopération entre les acteurs et le développement de la légitimité du pharmacien et de son équipe.

Le management est classiquement une activité mal perçue des personnels de l'hôpital, organisation centrée sur ses savoirs et sur le colloque singulier avec les patients. Or la gestion des risques et l'accompagnement des malades dans leurs parcours de soins sont des enjeux collectifs majeurs que les différents acteurs de l'hôpital doivent cogérer. Aux compétences scientifiques et techniques du pharmacien, l'ancrage des rôles transversal et clinique de la pharmacie paraît utile au développement du fonctionnement médico-pharmaceutique et à l'efficience de l'organisation. Le pharmacien hospitalier peut y parvenir en évoluant vers une posture managériale et en permettant à son équipe un pilotage transversal utile aux unités de soins. A cet effet, les enseignements tirés de notre travail nous ont amené à proposer une formation au pilotage médico-pharmaceutique. Avec le soutien de nos partenaires de terrain et la détermination de tous, nous avons pu organiser un module de formation pour les pharmaciens et les personnels de l'hôpital, basé sur des approches de management facilement mobilisables.

Origine de cette recherche

Notre positionnement personnel résulte du prolongement de notre carrière dans l'industrie pharmaceutique, au contact des acteurs de santé, dans une position de manager commercial pendant vingt-cinq ans. Notre regard externe nous a amené à développer des actions et des services auprès de professionnels de santé soumis à de fortes contraintes budgétaires, règlementaires et organisationnelles. Nous avons consolidé notre expérience par l'obtention en 2008 d'un Master en ingénierie commerciale dans le but de mieux adapter l'offre produit de notre entreprise aux besoins des acheteurs hospitaliers. Cette première phase nous a permis de développer des contacts et de confirmer notre intérêt pour le fonctionnement même de l'hôpital. Nous avons ensuite souhaité nous initier à la recherche à l'occasion d'un Master de recherche en gestion socio-économique (obtenu en 2011) pour analyser plus finement les mécanismes du circuit du médicament des établissements. Fort de ce parcours initiatique, nous avons décidé de poursuivre, sous l'impulsion de nos directeurs de recherche, par une thèse en sciences de gestion, en approfondissant l'étude des théories des organisations appliquée à l'activité pharmaceutique hospitalière. Grâce à ce travail doctoral, nous avons initié une activité d'enseignement et de recherche que nous espérons poursuivre. Notre investissement réside également dans la préparation d'une reconversion professionnelle orientée vers l'accompagnement des organisations de santé. Pour étudier ce champ de l'hôpital public, nous avons décidé de dégager des moyens personnels, familiaux et pécuniaires, parallèlement à notre activité professionnelle. La richesse de cette démarche avec les acteurs et décideurs de santé a été possible grâce au soutien de nos directeurs de recherche et de notre équipe d'accueil de l'Institut socio-économique des entreprises et des organisations (ISEOR), rattaché à l'équipe de recherche Magellan de l'IAE de Lyon.

Plan et chapitres

La présentation de notre thèse se décompose en trois parties de trois chapitres chacune, comme présenté dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 1 : Présentation du plan

INTRODUCTION	COMMENTAIRES
1ère Partie : Santé, HÔPITAL et PHARMACIE à la RENCONTRE des SCIENCES de GESTION	
Chapitre I : La contrainte budgétaire au cœur du système de santé : Comment répondre aux besoins des populations ?	PANORAMA ET ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ
Chapitre II : Fonctionnement de l'hôpital : histoire, réformes et cadres théoriques	HISTOIRE ET THÉORIES DU SYSTEME HOSPITALIER
Chapitre III : Choix méthodologique : la recherche-intervention au cœur des dispositifs mobilisés	CHOIX MÉTHODOLOGIQUES ET CORPS D'HYPOTHESES
2ème Partie : DIAGNOSTIC DU FONCTIONNEMENT MÉDICO-PHARMACEUTIQUE Á L'HÔPITAL	
Chapitre IV : Analyse dysfonctionnelle du processus médico-pharmaceutique : regard qualimétrique sur le site d'un CHU	DYSFONCTIONNEMENTS MÉDICO-PHARMACEUTIQUES
Chapitre V : Etude comparée du cas A avec les autres terrains d'observation : la coopération comme clé du fonctionnement	COMPARAISONS ENTRE LES TERRAINS
Chapitre VI : La chaine médico-pharmaceutique dans son contexte institutionnel : l'apport du management par la valeur	MANAGEMENT PAR LA VALEUR ET CIRCUIT DU MÉDICAMENT
3ème Partie : PLACES et ACTIVITÉS du PHARMACIEN dans l'UNIVERS HOSPITALIER : OBSERVATION DES ÉVOLUTIONS ET PROPOSITIONS	
Chapitre VII : Actions de coopération et outils de gestion : évaluation longitudinale de la recherche-intervention	RÉSULTATS EN TERMES DE COOPÉRATION
Chapitre VIII : Evaluation du fonctionnement médico-pharmaceutique : vers un regain de légitimité des activités de la pharmacie	RÉSULTATS EN TERMES DE LÉGITIMITÉ
Chapitre IX : Le pharmacien-manager : une posture pour améliorer la légitimité et l'efficience de la pharmacie hospitalière	ÉVOLUTION DE LA POSTURE DU PHARMACIEN
CONCLUSION	

Le chapitre I traite du panorama et des enjeux du système de santé ;

Le Chapitre II aborde la description du fonctionnement de l'hôpital au fil de son histoire, de ses réformes et des théorisations qui en ont été faites ;

Le Chapitre III expose nos choix méthodologiques et la présentation de notre corps d'hypothèses ;

Le Chapitre IV analyse le fonctionnement médico-pharmaceutique à l'hôpital et présente les résultats de dysfonctionnements de notre terrain central d'observation A ;

Le chapitre V compare les terrains obtenus sur les 3 terrains en termes de coopération entre pharmacies et services cliniques ;

Le chapitre VI met en évidence les apports observés du management par la valeur à l'efficacité de la chaîne médico-pharmaceutique sur le terrain A ;

Le chapitre VII détaille les productions de résultats constatés en termes de coopération ;

Le Chapitre VIII présente les résultats en termes d'évolution de la légitimité de la pharmacie *versus* les services cliniques ;

Le Chapitre IX analyse l'évolution de la posture du pharmacien hospitalier vers une dimension davantage managériale tant au plan interne que vis-à-vis des services cliniques.

La conclusion résume le bilan de notre recherche, le niveau de validation des hypothèses, nos apports théoriques, les implications managériales et les limites de notre recherche, ainsi que les perspectives envisagées.

Notre travail a pour ambition de participer à l'amélioration du fonctionnement médico-pharmaceutique et de la coopération entre acteurs hospitaliers, en actionnant la légitimité du rôle du pharmacien pour valoriser les activités de son équipe. Des recherches-interventions *in situ* et la mobilisation de cadres théoriques ont contribué à l'implantation d'innovations managériales scientifiques, expérimentées en sciences de gestion, auprès des professionnels de santé hospitaliers. L'étude des cadres théoriques et la confrontation avec les résultats nous conduisent en fin de démonstration à proposer une typologie des activités

pharmaceutiques destinée à promouvoir différents niveaux de «couples coopération-légitimité ».

Cette typologie nous permet d'envisager des niveaux de coopération et de légitimité. Elle pourrait être mobilisée pour étudier la situation d'autres modes d'organisations que ce soit à l'hôpital ou ailleurs. Ce niveau de coopération développé à partir de la pharmacie est le signe premier de sa légitimité auprès des autres acteurs.

1ÈRE PARTIE

SANTÉ, HÔPITAL ET PHARMACIE À LA RENCONTRE

DES SCIENCES DE GESTION

La santé est le bien le plus précieux de chacun. Celle-ci est aujourd'hui encadrée par un arsenal de règles qui en imposent le principe et représentent un coût de plus en plus difficile à financer, en France comme ailleurs. L'hôpital, dispositif central du système de santé, a toujours administré les soins de premier recours comme les plus techniques, permis par les progrès diagnostiques et thérapeutiques. Les médicaments constituent un composant important du soin ; leur recherche et leur mise à disposition représentent un poids budgétaire de plus en plus lourd (chapitre I). À cette fin l'organisation de l'hôpital a été sans cesse renouvelée par des réformes successives afin d'en améliorer l'efficience. Sa pharmacie à usage intérieur y prend une place de plus en plus importante, non seulement en raison de la technicité et du coût des produits de santé, mais également en termes de travail en commun avec les services de soins. Certains auteurs en sciences de gestion, tels J-C. Moisdon et D. Tonneau (1999) ou H. Mintzberg et S. Glouberman (2002) (Cf. auteurs mobilisés dans la partie II.2.1), ont parfaitement décrypté le fonctionnement de l'hôpital. Nous avons fait le choix de la théorie socio-économique comme cadre central de notre recherche et avons également mobilisé des concepts sur la coopération et la légitimité (chapitre II). Notre positionnement épistémologique nous a amené au choix de la recherche-intervention qui nous a permis d'intégrer différentes approches managériales utilisées à l'hôpital. Enfin, nous terminons cette première partie par la présentation de nos terrains d'observation (chapitre III).

CHAPITRE I

LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ, COMMENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS ?

Ce premier chapitre sur les enjeux du système de santé permet d'aborder les aspects juridique, budgétaire et organisationnel du système hospitalier.

La santé est un droit inscrit dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que dans le droit français (partie I.1). Ce droit, relayé en France par une volonté politique sanitaire forte depuis la Seconde Guerre mondiale est confronté depuis plusieurs décennies à des contraintes économiques grandissantes (I.2). Le maintien du niveau de soins impose un fonctionnement rigoureux et une gouvernance renouvelée. Concernant le médicament, sa gestion par la pharmacie doit plus que jamais s'ouvrir à un partenariat renforcé avec les services de soins ; l'enjeu principal étant la sécurité des patients.

I.1. Droit des populations à la santé

Chacune des trois parties de chaque chapitre correspond à une hypothèse d'abord descriptive, puis explicative et enfin prescriptive. Notre première hypothèse du chapitre I est la suivante.

Hypothèse descriptive n°1 : Le droit à la santé est une construction de plus en plus tournée vers la recherche d'efficacité.

Les aspirations des populations en termes de santé ont été transcrites en droit international et national. Ces règles juridiques trouvent leur légitimité dans les données épidémiologiques qui permettent d'évaluer les besoins de santé. Ce principe général est un droit juridiquement garanti aux individus.

I.1.1 Cadres juridiques

I.1.1.a Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

La Constitution de l'OMS (annexe 1) définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 1946). Ce cadre extrêmement large peut abriter toute action concernant la préservation de l'intégrité humaine.

I.1.1.b Code de la santé publique

En droit français, le Code de la Santé publique complète les principes généraux de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. La France est attachée à la notion de «démocratie sanitaire». L'article L1110-1 rappelle que «le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels […] contribuent […] à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé».

L'article L1110-3 précise quant à lui qu'«aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins», et l'article L1110-5 que «toute personne a […] le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées».

Le Code de la Santé publique français garantit ainsi un large accès de tous aux soins et aux thérapeutiques les plus appropriés. Il semble utile de rappeler ce cadre, tant les débats sur les questions de santé sont fréquemment réduits à leur coût.

Concernant l'hôpital, les droits du patient sont repris dans la charte du patient hospitalisé (www.sante.gouv.fr, figure 2 en pleine page ci-après).

Figure 2: Charte du patient hospitalisé

Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/9D1C/6D4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous,** en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

2 Les établissements de santé garantissent **la qualité de l'accueil, des traitements et des soins.** Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

3 **L'information** donnée au patient doit être **accessible et loyale.** La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec **le consentement libre et éclairé du patient.** Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

5 **Un consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

6 Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit.** Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.

7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.

8 **La personne hospitalisée est traitée avec égards.** Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.

9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que **la confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.

10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'**un accès direct aux informations de santé la concernant.** Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.

11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

(source : www.sante.gouv.fr, 2012, consultée le 22 février 2014)

Cette charte issue d'une circulaire de la DHOS (Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, 2006) relative aux droits des personnes hospitalisées garantit au patient le choix de son établissement et la qualité des soins.

I.1.1.c Traité de la Communauté européenne (CE)

L'article 152 du Traité de la Communauté européenne (Livre Blanc, 2007, Cf. annexe 2) énonce qu'un «*niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de la Communauté*». L'action de la Communauté européenne dans le domaine de la santé apporte une valeur ajoutée à celle des États membres, notamment en matière de prévention des maladies ; elle englobe la sécurité des aliments, de la nutrition et des produits de santé. La Charte des droits fondamentaux reconnaît aux citoyens le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux. La notion de participation des citoyens est une valeur fondamentale. Ce mouvement européen rappelle que les systèmes de santé sont censés être des instruments humanistes et démocratiques (La démocratie sanitaire, 2000).

I.1.2 Données françaises d'épidémiologie de santé

Malgré notre taux national de natalité proche de deux enfants par couple, l'un des plus élevé d'Europe occidentale, se pose néanmoins le problème du **vieillissement de la population** : les sujets de plus de soixante ans représentent 20 % de la population avec un allongement constant de l'espérance de vie et une augmentation de certaines pathologies. Ceux de plus de soixante-cinq ans sont dix millions aujourd'hui et atteindront seize millions en 2030 (Mutualité française, 2004).

Tableau 3 : Causes de décès en France métropolitaine (INSEE, 2011)

Causes médicales de décès par sexe et âge	1990			2000			2008		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Maladies infectieuses et parasitaires	5 784	3 890	9 674	5 439	5 176	10 615	5 273	5 365	10 638
Tumeurs	86 166	55 665	141 831	89 859	59 956	149 815	92 412	65 849	158 261
Maladie endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	5024	8 262	13 286	7 878	11 130	19 008	8 569	10 893	19 462
Troubles mentaux et du comportement	5 485	7 427	12 912	7 006	10 314	17 320	7 503	9 887	17 390
Maladies du système nerveux et des organes des sens	5 419	5 874	11 293	8 753	11 315	20 068	12 096	18 478	30 574
Maladie de l'appareil circulatoire	79 357	95 187	174 544	75 142	86 774	161 916	68 278	78 385	146 663
dont : cardiopathies	*45 702*	*49 304*	*95 006*	*44 644*	*46 249*	*90 893*	*40 889*	*41 990*	*82 879*
maladies cérébrovasculaires	*19 718*	*28 810*	*48 528*	*15 940*	*22 464*	*38 404*	*13 497*	*18 780*	*32 277*
Maladies de l'appareil respiratoire	19 800	18 286	38 086	18 314	17 354	35 668	17 190	15 486	32 676
Maladies de l'appareil digestif	14 486	12 596	27 082	12 582	11 125	23 707	12 707	10 837	23 544
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 615	3 563	7 178	3 649	3 612	7 261	4 434	4 584	9 018
Autres maladies	18 489	23 572	42 061	18 666	25 371	44 037	20 803	26 407	47 210
Causes externes	29 039	19 215	48 254	24 752	16 683	41 435	22 406	14 632	37 038
dont suicides	8 172	3 223	11 395	7 973	2 864	10 837	7 615	2 732	10 347
Total	272 664	253 537	526 201	272 040	258 810	530 850	271 671	260 803	532 474

Champ : France métropolitaine
Source : Inserm, CépiDC

Le tableau 3 identifie les causes de décès par pathologie en France. Les pathologies sévères comme les cancers et les maladies cardiovasculaires ont un impact fort en termes de santé publique et soulèvent les questions de leur prévention, de leur tribut en vies et de leur coût financier. Les pathologies tumorales demeurent la première cause de décès et sont en forte augmentation ainsi que les maladies métaboliques telles que le diabète. Les pathologies cardiovasculaires sont la première cause de décès chez les femmes, mais globalement la mortalité masculine reste plus élevée.

Ce sont les études épidémiologiques qui permettent de définir une politique de santé publique efficace, fondée sur la réalité des besoins. La démarche d'*evidence-based medicine,* médecine basée sur les faits, a pour but de favoriser l'efficacité des systèmes de santé.

Les différentes sources nationales et internationales du droit confirment la garantie d'accès à la santé pour les populations de notre hypothèse descriptive n°1 ; mais les systèmes de santé subissent parallèlement de fortes contraintes budgétaires.

I.2 Contraintes budgétaires du système de santé

Hypothèse explicative n°1 : Les contraintes économiques imposent un devoir de gestion qui remet en cause le droit à la santé et l'accès aux soins.

Le droit à la santé n'est pas fondamentalement remis en cause, mais se heurte néanmoins aux contraintes budgétaires et aux dettes publiques accumulées depuis des décennies. Les systèmes de santé des pays développés sont en partie responsables de ces déficits et, au-delà de la recherche de nouvelles ressources, la gestion de la santé est au cœur des politiques publiques.

Dès 1979, V. Fuchs, économiste américain de la santé a mis en évidence le problème auquel sont confrontés les responsables politiques : «si nous voulons un système de santé qui offre à la population ce qu'elle attend, nous ne devons pas espérer qu'il soit très performant en termes de coût par vie sauvée».

Toute la difficulté de la médico-économie est ainsi posée. Nos gouvernants ont jusqu'ici reconnu le principe de **«maîtrise médicalisée» des dépenses de santé**, basée sur une qualité des soins gérée de la manière la plus responsable possible. La difficulté propre à cette ambition, accentuée par le déséquilibre recettes/dépenses de santé risque de conduire au choix politique d'une «maîtrise comptable» plus drastique encore.

I.2.1 Radiographie du coût de la santé en France

Les pathologies sévères comme les cancers, les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux et le diabète ont un impact fort en termes de santé publique. Nous retrouvons dans le tableau ci-dessous la répartition des coûts par type d'organe.

Tableau 4 : Dépenses par pathologie

Tableau Dépenses par pathologie pour les soins et les médicaments	France 2002	
	%	Coût par capita
Catégorie de pathologies		
Maladies de l'appareil circulatoire (cardiovasculaire)	13.6	226
Maladies de l'appareil digestif	13.4	222
Troubles mentaux et du comportement	10.9	181
Tumeurs	7.1	118
Maladies de l'appareil respiratoire	7.1	119
Maladies du système ostéo-articulaire et des muscles	7.1	118
Maladies du système nerveux	6.1	102
Lésions traumatiques et empoisonnements	6.0	99
Autres catégories	5.9	97
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5.3	89
Symptômes, signes et états morbides mal définis	4.4	73
Maladies endocriniennes et métaboliques	4.3	71
Grossesse, accouchement et puerpéralité	2.8	46
Maladies infectieuses et parasitaires	2.4	39
Maladies de la peau	1.6	27
Maladies du sang	0.5	8
Malformations congénitales	0.5	8
Certaines affections périnatales	0.5	9
Dépenses non réparties	*0.5*	*8*
Sous-total : dépense relative aux quatre postes de soins retenus (A)	100.00	$1 659
Dépense totale en soins et biens médicaux (B)		$2 817
Pourcentage inclus dans la comparaison (A/B)		59 %
(Heijink R., Renaud T., 2009)		

Source : Dépenses par pathologie pour les soins et les médicaments (Heijink R., Renaud T., 2009)

Ce sont les pathologies cardiovasculaires qui arrivent en tête des dépenses par habitant, suivies par les maladies mentales qui mobilisent beaucoup de personnels. Les pathologies tumorales, tous cancers confondus, arrivent en quatrième position (Danet S., Salines E., 2008). Afin de mettre en perspective ces données épidémiologiques avec le financement de notre système de soins, observons-en l'organisation.

I.2.2 Structure du système français : de son organisation à son financement

I.2.2.a Organisation globale du système de santé

Le système de santé est organisé autour de différents pôles de décision et d'action :

- les pouvoirs exécutif et législatif qui décident des grandes orientations et de la loi de finance annuelle de la Sécurité sociale
- les administrations publiques qui préparent la politique de santé, celles qui évaluent le système de santé et celles qui organisent le financement de l'offre de soins ; certaines agences sont nationales, d'autres déconcentrées au niveau régional.

Pour détailler le fonctionnement global du système de santé, précisons ci-dessous les attributions de ses principales instances.

Le ministère de la Santé comporte quatre Directions :

- **la Direction générale de la Santé (DGS)** qui prépare la **politique de santé publique** (article 1411-1 du Code de la santé publique [CSP]) en liaison avec les autres services du Ministère; la DGS est une instance hautement politique ;
- **la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** qui a remplacé la Direction générale de l'hospitalisation et de l'offre de soins (décret du 15 mars 2010, Journal officiel [JO] du 16 mars 2010). Elle s'inscrit dans la nouvelle gouvernance qui promeut une **prise en charge globale du patient** en ville et à l'hôpital ;
- la Direction de la Sécurité sociale (DSS) qui prépare la loi de finance annuelle de la Sécurité sociale ;
- **l'Inspection générale de l'Action sociale (IGAS)**, qui exécute des missions de contrôle des organismes publics et d'évaluation des politiques publiques de la Sécurité sociale ; la compétence de l'IGAS couvre l'ensemble du champ social.

Le fonctionnement et les budgets de l'Assurance maladie sont pilotés par **l'Union nationale des Caisses d'Assurance maladie (UNCAM)** qui négocie les accords et conventions avec les professionnels. Elle regroupe la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le Régime du système indépendant (RSI) et la Mutuelle sociale agricole (MSA). Chaque année, le projet de loi de finance de la Sécurité sociale est voté par l'Assemblée nationale.

Au-delà des niveaux décisionnels et financiers, il existe des niveaux d'évaluation et de recommandation, les **Agences sanitaires** :

- **la Haute Autorité de santé (HAS),** composée de sept commissions, est l'agent d'évaluation par excellence ; elle évalue les établissements de soins et les produits de santé, dont les médicaments ;
- l'**Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM)** dont l'objectif est de garantir l'efficacité, la qualité et le bon usage des produits de santé. Cette agence s'appelait jusqu'en 2012 Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ; ce sont les affaires autour de l'évaluation et de la sécurité de certains médicaments qui ont entrainé ce changement. Aujourd'hui l'ANSM regroupe dix commissions.
- d'autres Agences sont en charge de la sécurité des produits sanguins, de la sécurité des aliments et de la veille sanitaire ; elles alertent en cas de problème de santé publique ;
- une dernière Agence a un rôle-clé dans le changement du système de santé français : **l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)**, créée par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST, 21 juillet 2009) est chargée de l'audit et de la mise en place d'outils et de **recommandations pour une meilleure efficience du système**. Elle édite des guides pour accompagner les établissements de santé dans leur performance, parmi lesquels celui sur l'informatisation du circuit du médicament afin de le sécuriser (ANAP, Constantinidis, 2011).

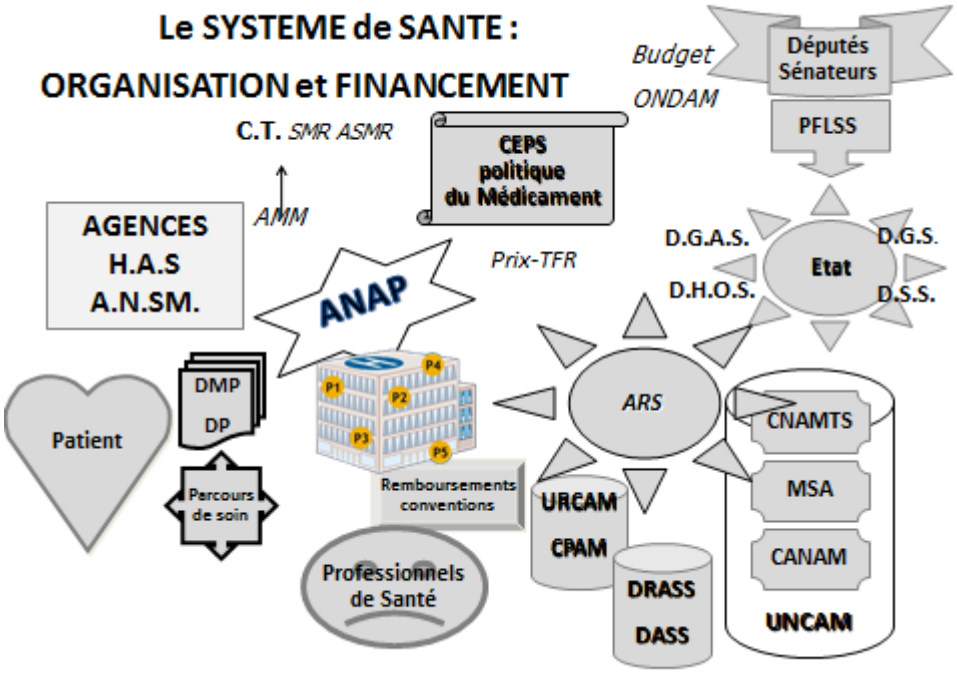
Pour le médicament, l'HAS et l'ANSM ont un rôle décisif du fait de leurs missions d'évaluation.

La Commission de transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS) évalue les médicaments et les inscrit sur la liste des **produits remboursables** ; elle délivre un avis d'amélioration du service médical rendu (ASMR) en fonction de cinq niveaux d'innovation :

de l'ASMR1 (amélioration majeure) à l'ASMR 5 (absence d'amélioration). Cette Commission de transparence fixe également un niveau de service médical rendu (SMR) ; celui-ci évalue **l'intérêt de service public**, **l'efficacité**, **les effets secondaires** et conditionne le taux de remboursement par l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie. Un **service médical rendu** majeur fixe la prise en charge à 65 % ; un SMR modéré, un remboursement à 35 %, un SMR faible à 15 % et un SMR insuffisant à 0 %. La Commission d'autorisation de mise sur le marché (AMM) autorise la commercialisation des médicaments et autres produits de santé. Elle est le pendant en France de l'Agence européenne du médicament (*European medicine agency* [EMEA]). De son côté, le Comité économique des produits de santé (CEPS) négocie avec l'industriel le prix du médicament en fonction de son ASMR, de la population-cible et du prix du médicament en Europe.

La figure 3 ci-dessous représente schématiquement l'ensemble du dispositif de santé français.

Figure 3 : Place des instances au sein du dispositif de santé



Source : Didry X., 2007

(la légende et les acronymes sont détaillés dans l'encart page 47)

Les acronymes de cette figure sont repris dans l'encart ci-dessous

Légende figure 3

Législateur

PLFSS : Projet de loi de finances de la sécurité sociale, qui devient loi de finance après vote par le parlement

ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie

Directions de l'État

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DGS : Direction générale de la santé

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DSS : Direction de la sécurité sociale

Assurances sociales

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs sociaux

MSA : Mutuelle sociale agricole

CANAM : Caisse

Échelon régional

ARS Agence régionale de santé

DRASS : Direction régionale de l'action sanitaire et sociale

DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

URCAM : Union régional des caisses d'Assurance maladie

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

Agences d'évaluation et commissions

HAS : Haute autorité de santé

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament

CEPS: Comité économique des produits de santé

CT: Commission de la transparence

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

Les patients

DMP : Dossier médical partagé

I.2.2.b Financement du système de santé français

La Loi classiquement appelée loi de 1930 sur les Assurances sociales inaugure l'Assistance médicale gratuite (Lois du 15 juillet 1893 et du 14 mars 1928), généralisée par la création de la Sécurité sociale en 1945 (Ordonnance portant organisation de la Sécurité sociale, 1945).

Notre système de protection sociale couvre 99 % des Français, ce qui est exceptionnel au regard du reste du monde. Les comptes nationaux de la santé évaluent chaque année les dépenses courantes de santé (DSC). Dans les DSC, la **consommation de soins et biens médicaux** (CSBM) correspond aux principales dépenses de santé.

Le tableau 5 ci-dessous détaille la répartition de la consommation de soins et biens médicaux par poste et son évolution sur trois ans, de 2009 à 2011. Il détaille les soins hospitaliers, les soins de ville et les autres postes comme les transports, les médicaments et les bilans médicaux.

Tableau 5 : Consolidation de la CSBM de 2009 à 2011

La consommation de soins et biens médicaux	Valeur (en milliards d'euros)			Taux d'évolution annuel (en %)		
	2009	2010	2011	2009	2010	2011
1. Soins hospitaliers	79.2	81.4	83.6	3.9	2.8	2.6
publics	60.5	62.1	63.8	3.9	2.7	2.7
privés	18.7	19.3	19.8	4.0	3.1	2.5
2. Soins de ville	43.3	44.1	45.7	2.9	1.7	3.7
médecins	18.6	18.5	19.2	2.1	- 0.8	3.9
dentistes	9.7	10.0	10.3	1.9	2.6	2.6
auxiliaires médicaux	10.4	11.0	11.5	5.9	5.4	4.8
analyses	4.2	4.3	4.4	2.2	1.7	2.6
cures thermales	0.3	0.3	0.3	- 0.1	3.4	1.4
3. Transports de malades	3.6	3.8	3.9	6.4	5.4	3.0
4. Médicaments	34.1	34.5	34.4	2.0	1.3	0.5
5. Autres biens médicaux	11.0	11.6	12.2	2.9	5.6	5.1
CSBM (1 à 5)	171.1	175.4	180.0	3.3	2.5	2.7
Sources DREES, 2011, Rapport sur les comptes nationaux de la santé						

Source : Le Garrec M-A. et *al.*, 2012

En 2011 la Sécurité sociale finançait 135,8 milliards d'euros, soit 75,5 % de la CSBM sur un total de 180 milliards, contre 77 % en 2005. Par ailleurs, le taux d'évolution annuel (2ème partie droite du tableau 5 ci-dessus) est en baisse pour les médicaments et les transports. Il est contenu pour les soins hospitaliers ; les soins de médecine de ville qui avaient diminué en 2010, repartent à la hausse en 2011 en particulier en raison de la hausse du prix de la consultation, passé à 23 Euros au 1er janvier 2011 (Le Garrec M-A., Bouvet M., Koubi M., 2012).

Le tableau 6 ci-dessous présente la répartition des coûts en fonction des payeurs institutionnels publics et privés, ainsi que le reste à charge des ménages.

Tableau 6 : Structure de la consommation de soins et biens médicaux entre les différents payeurs

Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux En %	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Sécurité sociale de base	76.7	76.7	76.8	77.0	77.0	76.8	76.3	76.3	75.7	75.8	75.7	75.5
Etat et CMU C org. de base	1.2	1.3	1.4	1.3	1.3	1.2	1.3	1.3	1.2	1.2	1.2	1.3
Organismes complémentaires (2)	12.4	12.3	12.6	12.7	12.9	13.0	13.0	13.1	13.3	13.4	13.5	13.7
.mutuelles (2)	*7.5*	*7.4*	*7.4*	*7.5*	*7.5*	*7.5*	*7.6*	*7.6*	*7.6*	*7.6*	*7.5*	*7.5*
.sociétés d'assurance (2)	*2.6*	*2.6*	*2.7*	*2.8*	*3.0*	*3.0*	*3.0*	*3.1*	*3.3*	*3.4*	*3.6*	*3.7*
.institutions de prévoyance (2)	*2.1*	*2.3*	*2.5*	*2.5*	*2.5*	*2.3*	*2.3*	*2.4*	*2.4*	*2.4*	*2.4*	*2.5*
Ménages	9.7	9.7	9.3	8.9	8.8	9.0	9.4	9.4	9.7	9.6	9.6	9.6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(1) y compris déficit des hôpitaux publics

(2) y compris prestations CMU-C versées par ces organismes

Sources DREES, Comptes de la santé

Source : Le Garrec M-A. et *al.,* 2012, *op.cit.*

A ce jour l'État prend donc en charge 75,5 % des dépenses, et les organismes complémentaires 13,7 %. La part des organismes complémentaires est à la hausse avec ces 13,7 % (+0,2 %) et le reste à charge des ménages est stabilisé à 9,6 % depuis 2008, son évolution dépendant de celle des prises en charge des organismes complémentaires et de l'Assurance maladie.

Le reste à charge des ménages qui a le plus évolué est le poste médicament ; les mécanismes de déremboursement en sont la principale cause. Néanmoins la France reste le pays au monde où la prise en charge par des fonds publics est la plus importante et le reste à charge des ménages le plus limité. On note néanmoins que le reste à charge ne

concerne que les médicaments consommés hors séjour hospitalier. En effet, lorsqu'un patient est hospitalisé, l'intégralité de ses médicaments est prise en charge.

La comptabilité nationale évalue chaque année, au sein des comptes nationaux de la santé, la dépense courante de santé (DCS) regroupant toutes les dépenses afférentes au secteur (240 milliards en 2011, 12 % du PIB) et sa composante principale, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux, en période de contrainte budgétaire est une préoccupation permanente, examinée avec soin chaque année au moment de la loi de finance. Mis à part 2002, 2003, 2004 et 2009 cette évolution est relativement parallèle à l'évolution du PIB sur la précédente décennie. En 2011, la CSBM représente 180 milliards d'euros (2 762 euros par habitant par an), soit 9 % du produit intérieur brut (PIB), avec une évolution contenue à +2,7 % par an durant la décennie. En un demi-siècle, la part de la CSBM dans le PIB est passée de 2,6 % à 9 % ; depuis 1995, elle est relativement stable. Contrairement aux dépenses de ville, la croissance des soins hospitaliers se stabilise avec une évolution ramenée à + 2,5 % pour le secteur privé et à + 2,7 % pour le secteur public, environ moitié moins qu'au début des années 2000.

L'hôpital public, champ de notre recherche, représente 63,8 milliards d'euros en 2011, sur un total de 83,6 milliards pour l'ensemble des établissements de santé. Ce secteur représente 55,6 % de la CSBM dont 35,5 % pour le seul hôpital public. **Au total le déficit des régimes de Sécurité sociale a triplé entre 2008 et 2010.** De 11 milliards d'euros en 2007-2008, il est passé à 23 milliards en 2009 (année de baisse du PIB de 2,5 %) et à 26,8 milliards en 2010. Après un déficit record en 2010, il atteint «seulement» 19,5 milliards en 2011, du fait de recettes supplémentaires (augmentation de 3,7 % de la masse salariale) et de certaines dépenses mieux maîtrisées (branches Retraite notamment). Mais au total, la croissance régulière des dépenses annuelles d'assurance maladie de 3,5 % par an en moyenne et la stagnation, ou la baisse, du PIB sont les causes de l'aggravation de ce déficit sur la durée. **Les bases de notre système d'assurance maladie fondé en 1945 résistent encore à ce jour.**

Selon les spécialistes en économie de la santé, pour éviter que la participation des patients au coût de leurs soins n'augmente trop, la solution consisterait à fixer les bonnes

priorités ; mais leur difficulté d'application met en danger cet équilibre (Gelinjs A. et *al.*, 2005). Il n'existe pas, dans les faits, de système purement libéral dominé par le marché, ni de système complètement planifié par l'État. Le fonctionnement est hybride à des degrés divers d'intervention publique : par exemple, la France a répondu aux demandes des employeurs en transférant une part du financement du système vers la cotisation sociale généralisée (CSG). La répartition du budget a fortement évolué en France : entre 1983 et 1998 le nombre d'actes en médecine libérale a augmenté de 50 %; le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 25 %, pendant que leur budget augmentait de 50 %. Cela correspond, au final, à une hausse du prix unitaire hospitalier de 100% pendant cette période (Mougeot M., 2002).

I.2.2.c Poids des médicaments dans les comptes sociaux

Le poids des dépenses pharmaceutiques dans le budget hospitalier est passé de 1 % au début du XVIII^{ème} siècle à 2,5 % en 1850, 5 % en 1939 et à 20,1 % de la consommation de soins et biens médicaux aujourd'hui (Chast F., 1995). En 2009, la consommation de médicaments représentait, en France, 35,4 milliards d'euros, soit 20,1 % de la CSBM avec une augmentation limitée à 2,5 % en valeur. En 2011, cette consommation est de 34,7 milliards, soit 19,3 % de la CSBM. Au-delà d'un net ralentissement de la consommation, cette amélioration est due à une diminution des prix, à des déremboursements, et à l'augmentation du volume des génériques. La consommation de génériques, de 13,3 % en valeur, reste toutefois inférieure à celle du Royaume-Uni et de l'Allemagne entre 20 et 24 % (Dalgalarrondo S., 2004) (Le Garrec M-A., Bouvet M., Koubi M., 2012, *op.cit.*). **La consommation moyenne de médicaments représente 532 euros par habitant en 2011, plaçant la France au 5ème rang mondial.**

Au sein de l'hôpital français, les dépenses de médicaments ont doublé en vingt ans et atteignent 5,5 milliards d'euros en 2009 (IGAS, 2011) et atteignent 10 % des charges d'exploitation (jusqu'à 25 % sur certains centres de lutte contre le cancer) (Cour des comptes, 2007). Le médicament à l'hôpital présente certaines particularités : vingt médicaments représentent 42 % des dépenses. Ceux-ci, utilisés pour des patients hospitalisés pour des pathologies lourdes sont majoritairement refacturés à la sécurité sociale dans le cadre de la prise en charge des molécules innovantes (figurant sur une liste dite «en sus»). Les autres médicaments utilisés à l'hôpital sont inclus dans les tarifs de

séjour. Enfin certains médicaments peuvent être vendus au public non hospitalisé en raison de leur spécificité technique (activité dite de «rétrocession»). Notons que 50 % des achats hospitaliers ne correspondent qu'à une dizaine de grands laboratoires.

I.2.3 Comparaison internationale des systèmes de santé

Il est difficile de comparer les systèmes de santé en l'absence d'indicateurs agrégés ; les niveaux de vie, les niveaux de prestation et de résultat sont très différents d'un pays à l'autre. Le niveau de dépense dépend de la marge de manœuvre laissée aux patients et aux différents acteurs. L'objectif final est l'amélioration de l'état de santé des populations au regard des dépenses. Mais cette évaluation est très subjective et le discours français sur son meilleur système de santé au monde freine certainement la volonté de réforme (Mougeot M., 1994, 2002). Les chiffres d'espérance de vie viennent d'ailleurs tempérer l'image de performance de notre système. Dans les pays à revenu élevé, deux tiers de la population vivent plus de 70 ans, contre la moitié seulement dans les pays à revenu intermédiaire et seulement une personne sur cinq dans les pays à faible revenu (OMS, 2012). Si la France est dans la queue du peloton quant à l'espérance de vie masculine, elle est mieux classée en termes d'espérance de vie féminine. Les pays d'Europe occidentale et nordique s'en sortent bien, ainsi que l'Océanie. En revanche, l'Europe de l'Est, le Royaume-Uni et les États-Unis sont moins performants. En 2000, l'OMS classait le système de santé français en tête des pays (Rapport sur la santé, OMS, 2000), mais l'introduction du critère de taux d'invalidité, qui reflète plus le niveau de vie que la performance du système, fausse les résultats. Ceci montre la difficulté à choisir des critères incontestables d'évaluation comparative.

S'il est difficile de comparer les systèmes entre eux, en termes de dépenses la France arrive en tête des dépenses de santé en pourcentage du PIB sur la zone Euro (si l'on tient compte de la réunification allemande) (Le Garrec M.-A., Bouvet M., Koubi M., 2012, *op.cit.*). Désormais soumis à une contrainte budgétaire forte, les systèmes de santé nationaux (sur le modèle du *National Health Service* anglais [NHS]) fonctionnent sur le vote d'un budget *ex-ante* : en France les ordonnances Juppé de 1996 ont adopté ce principe en fixant chaque année un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Nous constatons que le coût *per capita* est globalement plus élevé en France que dans les quatre autres pays étudiés, Allemagne, Australie, Canada, Pays-Bas, notamment pour les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux et les cancers. L'espérance de vie n'étant pas supérieure en France par rapport aux autres pays développés, il est légitime de s'interroger sur le *ratio* coût-performance du système.

Dans tous les pays, le droit à la santé est de plus en plus impacté par les contraintes économiques ; le suivi épidémiologique et budgétaire impose le devoir de gestion annoncé dans cette partie. Pour l'illustrer, nous allons traiter du fonctionnement de l'hôpital et les possibilités d'amélioration.

I.3 Fonctionnement de l'hôpital et coopération médico-pharmaceutique

Hypothèse prescriptive n°1 : En améliorant la gestion du médicament en partenariat avec les services cliniques, la pharmacie de l'hôpital peut contribuer à ce droit à la santé.

La gouvernance et les instances du système hospitalier sont en profonde mutation. Avec la loi «hôpital, patients, santé, territoires» (2009), la qualité de la gestion est au cœur des préoccupations. L'organisation de la pharmacie de l'hôpital et l'usage des médicaments, particulièrement règlementés se retrouvent au carrefour du fonctionnement entre les différents services. La sécurité des patients en est l'enjeu principal.

Notre question de recherche centrale explore cette hypothèse : comment la pharmacie peut-elle améliorer la gestion du médicament, en partenariat avec les services cliniques au sein des établissements publics de santé ? À cette fin, il nous faut au préalable explorer l'organisation actuelle de l'hôpital.

I.3.1 Organisation du système hospitalier

Le titre IV de la loi Hôpital, patient, santé, territoires (HPST), consacré à l'organisation territoriale du système de santé, règle le fonctionnement régional de la santé, auparavant dispersé entre de multiples intervenants : l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), les Directions régionale et départementale de l'Action sanitaire et sociale (DRASS, DDASS), l'Union régionale des Caisses d'Assurance maladie (URCAM), la Caisse régionale d'Assurance

maladie (CRAM) et les Groupements régionaux de Santé publique (GRSP). **Ces acteurs chargés de l'organisation et du financement des activités de soins sont désormais regroupés au sein de l'Agence régionale de santé (ARS), chargée dans chaque région sanitaire française de piloter toutes les compétences des acteurs régionaux et de coordonner les actions des Agences gouvernementales** (ANSM, HAS,…*op. cit.*).

Chaque ARS est organisée autour de sa Direction générale et de différentes instances :

- le Conseil de surveillance qui émet un avis sur la stratégie et approuve le budget,
- des organes techniques et consultatifs, comme la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui évalue et émet des recommandations sur le Plan régional de santé (PRS),
- deux Commissions de coordination dans le domaine de la prévention et des prises en charge médico-sociales.

Chaque ARS doit organiser l'offre de soins hospitaliers entre différents types de structures qu'ils soient des établissements de soins privés comme publics. Nous distinguons trois types d'hôpitaux publics : les **hôpitaux universitaires** qui ont deux missions : le soin et l'enseignement ; et les **centres hospitaliers** dont la principale vocation est le soin ; les **centres hospitaliers spécialisés** (CHS), où sont dispensés les soins psychiatriques.

Les structures de soins sont organisées en fonction de leur activité :

- les centres de **courte durée** pour la composante aiguë des soins sont dénommés Établissements **MCO** (médecine-chirurgie-obstétrique) ; ils sont financés en fonction d'un forfait moyen par séjour, ce qui les incite au meilleur rapport possible entre qualité de soins et durée de séjour des patients hospitalisés ;
- les **Centres de soins de suite et de réadaptation (SSR)** sont des hôpitaux dits de «moyen séjour» destinés à accueillir certains patients dès leur sortie de la phase «court séjour» ;
- il existe enfin les Établissements de **soins de longue durée (SLD)**, communément appelés «longs séjours», qui accueillent des patients incapables de retrouver une vie autonome.

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation classique ; le patient est hospitalisé chez lui, le service de HAD organisant les soins quand la situation médicale le permet et si le patient et son entourage le souhaitent.

Il existe enfin des établissements médicalisés qui intègrent la composante sociale, tels que les **Établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)**, le plus souvent appelés «maisons de retraite».

Parallèlement, l'ensemble du texte de la loi HPST est inspiré de la notion de transversalité ; ce changement majeur en termes de gouvernance des hôpitaux publics rejoint notre objet de recherche sur la coopération traité au chapitre II de notre thèse.

Le titre 1 de la loi HPST porte sur la modernisation des établissements de santé à travers ses missions, sa gouvernance et les coopérations inter-établissements.

L'architecture organisationnelle de l'hôpital public est fondée sur la compétence et la responsabilité. Elle est composée de différents organes :

- le **Conseil de surveillance** a pour missions les orientations stratégiques et la délibération sur le projet d'établissement; son président est élu par ses membres ; il est composé de trois collèges et d'un maximum de quinze membres (Cf. encadré 2 ci-dessous).

Encadré 2 : Composition du Conseil de surveillance de l'hôpital:

- le Collège des élus, avec le maire de la commune où est implanté l'établissement, le président du Conseil général, ou leur représentant,

- le Collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux (membres de la Commission médicale d'établissement, de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique),

- le Collège des personnalités qualifiées désignées par le Directeur, l'ARS et le Préfet.

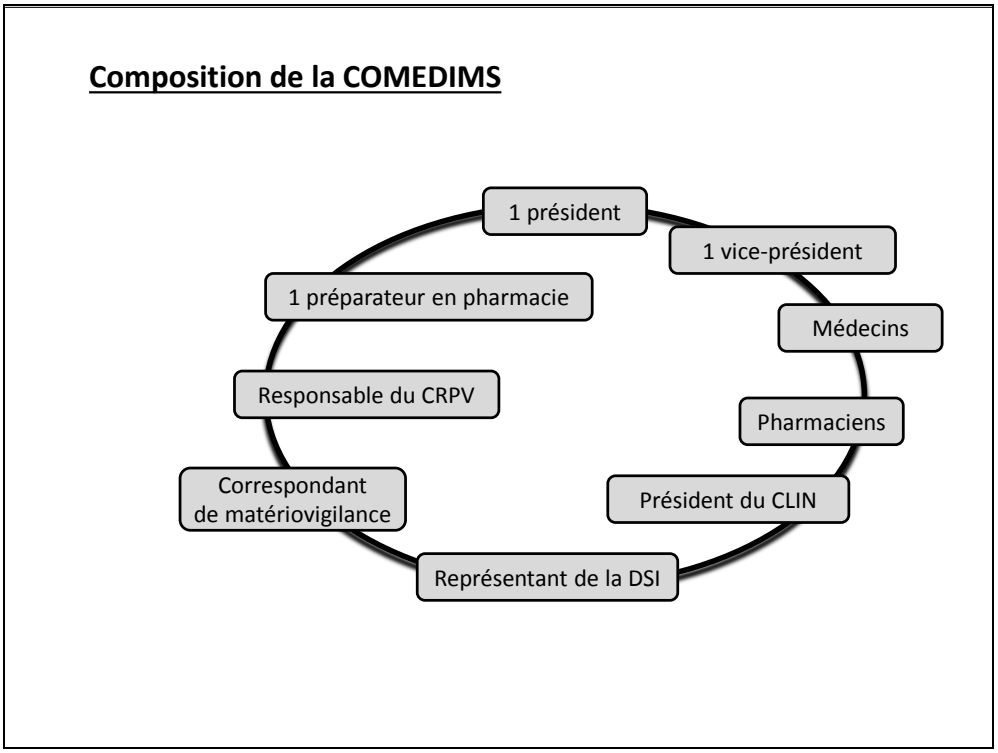
Le Conseil de surveillance est, comme le directeur, une instance décisionnelle.

Le Directoire est co-présidé par le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement (CME). La loi a ainsi consacré le président de la CME en position de «numéro deux» de l'établissement. Cette instance collégiale du Directoire est à majorité gestionnaire, médicale, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Elle veille à la cohérence des projets des pôles avec ceux de l'établissement ; dans les CHU, le Doyen de la Faculté en est le vice-président. Les membres du Directoire sont nommés par le Directeur sur proposition du Président de la CME ; cet aspect est un élément majeur de management.

Les médecins, ou pharmaciens, responsables de pôle deviennent chefs de pôle, ce qui traduit un renforcement de leurs compétences de pilotage opérationnel ; ils sont nommés pour trois à cinq ans par le Directeur sur une liste proposée par le Président de la Commission médicale d'établissement (CME).

Il existe également des instances dépendant de la Commission médicale d'établissement, chargées de piloter transversalement la qualité technique et médicale. Citons par exemple le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le Comité de lutte contre la douleur (CLUD) ou encore la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), qui nous intéresse plus particulièrement. **La COMEDIMS définit la politique de l'établissement en matière de produits de santé** ; elle n'est plus obligatoire depuis la loi HPST ; c'est désormais la Commission médicale d'établissement (CME) qui décide dans son règlement intérieur des modalités de la politique du médicament et des dispositifs médicaux. En général la COMEDIMS a été maintenue par les hôpitaux, car c'est une instance centrale en termes d'achat, de gestion et de sécurité des produits de santé (figure 4 ci-dessous).

Figure 4 : Composition de la COMEDIMS



L'ensemble des acteurs concernés y est représenté : médecins, pharmaciens, Président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales, représentant de la Direction des soins infirmiers, un préparateur en pharmacie et un correspondant chargé de la pharmacovigilance. La COMEDIMS est souvent présidée par un pharmacien, mais ce n'est pas une obligation ; certains préfèrent que ce soit un médecin pour impliquer les soignants dans le pilotage du médicament.

I.3.2 : Missions de la Pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital

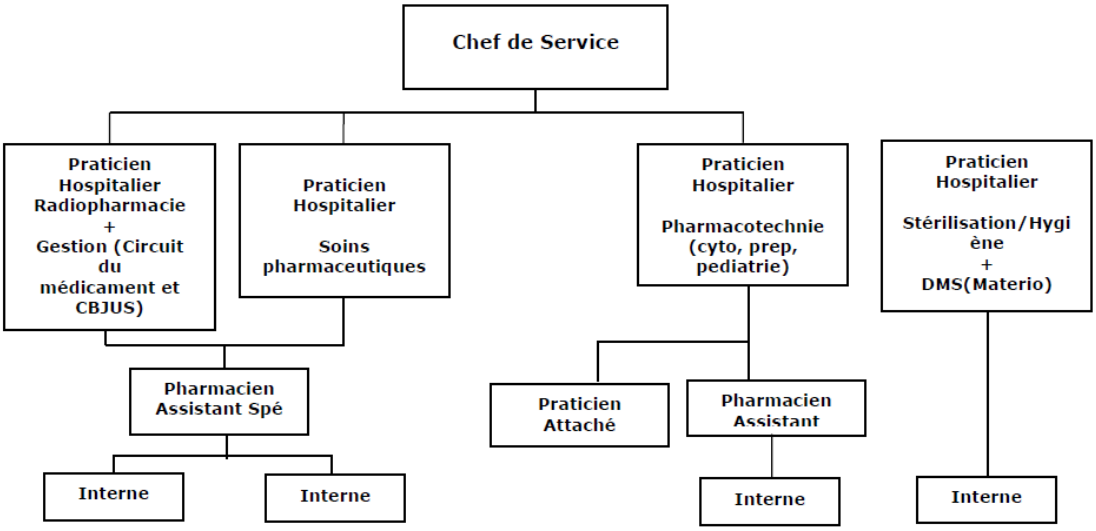
Au sein de l'hôpital, la pharmacie occupe une place transversale avec des missions spécifiques très encadrées. La règlementation encadre très strictement l'activité pharmaceutique. Le pharmacien, chef de service de la pharmacie à usage intérieur, est personnellement responsable du bon usage des produits de santé ; il veille scrupuleusement à sécuriser leur utilisation. Ces procédures agacent souvent les personnels soignants qui les jugent lourdes, alors qu'ils sont déjà confrontés à des décisions médicales à prendre dans l'urgence et au pronostic quelquefois vital.

L'article R.5104-15 du décret de 2000 fixant les missions des pharmacies à usage intérieur définit ces huit missions : les trois premières sont obligatoires : la gestion, l'approvisionnement et la dispensation des médicaments et dispositifs, les préparations magistrales et la reconstitution des produits anticancéreux ; les cinq autres nécessitent une autorisation spéciale en fonction des activités de l'établissement.

Cet encadrement réglementaire est peu connu des soignants ; pourtant la règlementation est omniprésente dans l'activité pharmaceutique.

Pour illustrer les missions et activités de la pharmacie de l'hôpital, nous avons extrait ci-dessous l'organigramme (figure 5) d'un de nos terrains qui illustre les différentes activités d'une pharmacie hospitalière.

Figure 5 : Exemple d'organigramme d'une pharmacie (extrait du terrain A)



Nous retrouvons de gauche à droite dans cet organigramme fonctionnel les activités d'approvisionnement avec le **circuit du médicament**, de dispensation et de soins pharmaceutiques, de reconstitution et de pharmacotechnie. La stérilisation constitue une activité complémentaire qui a été ici accolée à la gestion des dispositifs médicaux. Les activités de la pharmacie sont sous la responsabilité du chef de service de la pharmacie et des praticiens hospitaliers ; des pharmaciens assistants et attachés peuvent soutenir ces activités. Le (ou les) cadre(s) manage(nt) les préparateurs en pharmacie et les agents réalisant ces activités sous la responsabilité des pharmaciens.

Le Code de la Santé publique encadre l'activité pharmaceutique des établissements de santé comme le précise l'encadré 3 ci-dessous.

Encadré 3 : Articles du Code de la Santé publique concernant la pharmacie à usage intérieur

L'article L5126-1 prévoit que *«les établissements de santé…/… peuvent disposer d'une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur ...»*

L'article L5126-5 précise que *«la gérance d'une pharmacie à usage intérieur est assurée par un pharmacien…*

La pharmacie à usage intérieur est chargée…/… :

- d'assurer, dans le respect des règles qui régissent le fonctionnement de l'établissement, la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments… ;

- de mener ou de participer à toute action d'information sur ces médicaments…/…ainsi qu'à toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, de contribuer à leur évaluation et de concourir à la pharmacovigilance …/… et à toute action de sécurisation du circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;

- de mener ou de participer à toute action susceptible de concourir à la qualité et à la sécurité des traitements et des soins dans les domaines relevant de la compétence pharmaceutique…».

Les derniers développements de la loi « hôpital patient santé territoires » (HPST) renforcent le rôle des instances dirigeantes *;* l'article R 6111-10 prévoit que *«la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés élabore …/… un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles contribuant au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient …».*

Chaque hôpital dispose d'au moins une pharmacie à usage intérieur gérée par un pharmacien ; la Commission médicale d'établissement élabore un programme en matière de bon usage des médicaments.

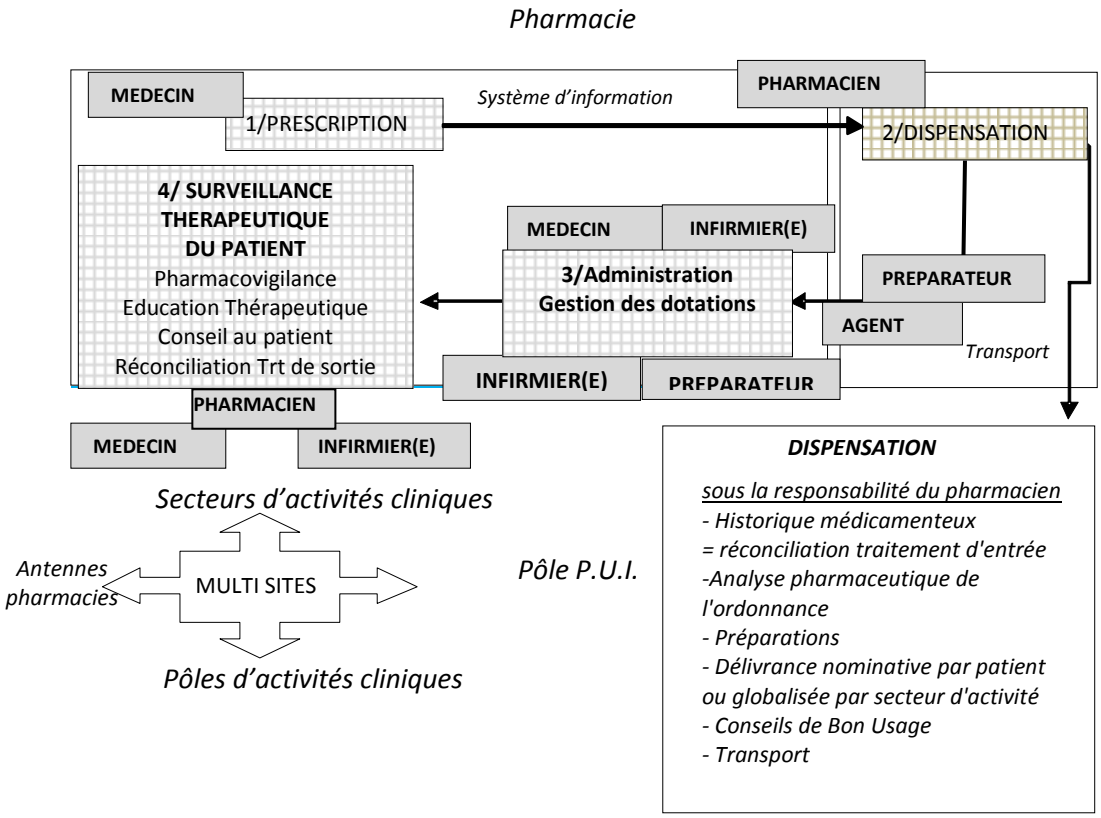
I.3.3 Évolutions des missions sur le médicament

De récents accidents thérapeutiques ont amené à modifier le cadre réglementaire et à élargir l'implication de tous pour sécuriser le circuit du médicament. L'accident qui a déclenché la production de rapports et de décisions sur le circuit du médicament concerne une **erreur d'administration fatale**. Dans la nuit de Noël 2008, le petit Ilyès, 3 ans, est hospitalisé pour une simple angine; il décède à l'hôpital suite à une succession d'erreurs, jusqu'à l'injection létale d'une ampoule de chlorure de magnésium au lieu d'un sérum glucosé. Au-delà du décès de cet enfant, tous les acteurs du médicament, de son acheminement à son administration par une infirmière, ont bien évidemment été traumatisés par cet accident fatal (SNPI, 2009). A la demande du Ministre de la Santé en février 2010, un premier rapport de l'Inspection générale des services est rendu en juillet (Dahan M., Sauret J., 2010). Il identifie toutes les composantes logistiques et cliniques de la gestion du médicament et les solutions qui peuvent être retenues pour en améliorer la sécurité. Ce sont à la fois des solutions techniques et logistiques qui sont proposées (automatisation, matériels de stockage) et des solutions de gouvernance, comme la coopération entre pharmacie et services cliniques.

S'ensuit toute une série de textes en 2011 : un autre rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, un guide de l'Agence nationale de la performance en 2011 (*op. cit.*), et un **arrêté du 6 avril 2011** «relatif au management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé».

Le secteur pharmacie peut ainsi être classé à la fois dans le **secteur logistique**, dans le **plateau technique** et dans des **unités d'intérêt général** pour les services cliniques (Moisdon J-C. et Tonneau D., 1999). C'est certainement, en partie, cette difficulté à positionner la pharmacie et son niveau de coopération, qui, au-delà des aspects de sécurité, est à l'origine de son manque de visibilité et de légitimité au sein de l'hôpital.

Figure 1 : Circuit du médicament, positionnement des acteurs et des activités (Cf. introduction)



Source : Marc Frachette (d'après Haute autorité de santé, 2005)

Comme le montre cette figure, il existe une forte interdépendance des rôles au sein du circuit du médicament : l'étape initiale de la **prescription** est assurée par un **médecin** ; l'ordonnance est transmise à la pharmacie soit par un logiciel soit (encore) par papier à la pharmacie. L'acte de **dispensation** comprend l'analyse de l'ordonnance par un **pharmacien**, la vérification de l'historique médicamenteux du patient et l'émission d'un avis pharmaceutique ; les médicaments sont préparés par des **préparateurs** et leur délivrance – si possible nominative - acheminée par des agents dépendants de la pharmacie vers les services de soins. L'**administration** au patient est réalisée le plus souvent par une **infirmière** ; enfin la **surveillance thérapeutique** est assurée à la fois par le médecin, le personnel infirmier et le pharmacien.

I.3.4 Notion de coopération dans une organisation bureaucratique : introduction et limites

En stratégie, le concept de coopération évoque classiquement la coopération externe entre firmes différentes (Jensen M.C., Meckling W.H., 1976 ; Richardson G.B., 1972 ; Dwyer F. et *al.*, 1987) ; cette approche mobilise à la fois les disciplines du droit, de l'économie et de la gestion mais aussi la sociologie, l'anthropologie, la psychologie.

Dans la théorie des jeux la coopération est un processus intégratif mobilisant des calculs d'intérêts individuels, chaque agent devant anticiper les jeux des autres pour trouver la situation optimale. Il existe des jeux coopératifs et des jeux non coopératifs. Dans les jeux coopératifs, on étudie la formation de coalitions entre les joueurs, afin que chacun obtienne le meilleur résultat possible (Von Neuman J., Morgensten O., 1944). (Myerson R., 1991).

Selon Mauss (1950) l'analyse des rapports sociaux dans le monde du travail peut également mobiliser la théorie du don ; celle-ci n'est pas une théorie de l'altruisme, les organisations étant un lieu de profit et de calcul ; la notion d'intérêt n'est pas incompatible avec la capacité à coopérer. Donner, recevoir et rendre structurent la relation de confiance entre les acteurs, les dettes n'étant jamais complètement apurées (Mauss M., 1950 ; Alter N., 2002). La coopération est un mécanisme complexe qui nécessite une définition précise des termes utilisés dans la mise en place de la transversalité.

Plusieurs terminologies voisines sont utilisées en termes de transversalité :

coopération, coordination, collaboration, «coopétition».

Le concept de **collaboration** est fortement lié à celui de compétition ; F. Perroux associe les termes de lutte et de coopération pour donner à l'action sens et efficacité (Perroux F., 1958).

Selon H. Simon (1969), **la coordination** est représentée par une série de procédures en vue de garantir la viabilité de l'organisation, les défaillances de coordination étant liées par nature au processus de changement (Rainelli M., Gaffard J-L., Asquin A., 1995). La **coopération** possède deux caractéristiques que l'on peut retrouver dans les mécanismes aussi bien inter- qu'intra-organisationnels : la fixation d'objectifs communs sous forme de projets et le partage de ressources ; le rôle des interfaces qui permettent l'échange

d'informations (capital pour l'apprentissage et le changement). R. Cyert et J. March (2001) parlent de *problemistic search*, comportement permettant l'adaptation. Le concept de **coopétition** rend compte de la nécessité pour deux entreprises de considérer à la fois leurs enjeux de coopération et de compétition (Bengsston M., Kock S., 1999).

Au-delà des notions de conflit, de coopération voire de procédure, l'étude des comportements des acteurs est essentielle pour l'analyse des mécanismes de coopération.

La théorie de la rationalité limitée créée par H. Simon (1947, 1955) porte sur le comportement de l'acteur économique face à un choix : celui-ci est rationnel mais dans une situation complexe, il s'arrête à une première option raisonnable plutôt que d'étudier l'ensemble des possibilités. Cette notion de comportements des acteurs, classiquement mobilisée par les gestionnaires, est reprise par les économistes : O.E. Williamson (1990) a repris la théorie de la rationalité limitée illustrant que la volonté des parties est aussi importante que les termes de leur contrat.

J-P. Dumont (2003) explique les difficultés de coopération, induites par la dualité de conflit de rôles entre ceux qui sont chargés de soigner et ceux qui doivent gérer les ressources pour atteindre cet objectif. «Soigner est une cause qui se suffit à elle-même et qui possède sa propre légitimité» précise Dumont, avant d'ajouter que «la gestion a la responsabilité spécifique de l'efficience, rapport entre les moyens et les résultats à atteindre» (Dumont J-P., 2003, *op. cit.,* p.71).

La pharmacie doit collaborer avec les services cliniques pour optimiser la gestion du médicament ; elle est au cœur du processus et les dispositifs règlementaires lui permettent d'agir. Nous verrons d'après les résultats de notre recherche si les pharmacies étudiées ont concrètement amélioré ce fonctionnement. Le droit garantit la santé pour tous, mais les contraintes économiques impactent ce droit en exigeant des efforts de gestion des soins en général et des médicaments en particulier. La pharmacie, actrice à la fois de soins et de bonne gestion participe à ces efforts ; le développement de son action transversale et de sa coopération avec les services cliniques devient un enjeu important pour la gestion du médicament. Nous brosserons au chapitre II la formation de l'hôpital à travers son histoire, puis sa construction progressive et ses réformes. Nous expliquerons l'arrivée du pharmacien et la place qu'a prise la pharmacie au sein de l'hôpital. Nous mobiliserons les auteurs en

sciences de gestion qui ont décrit le fonctionnement bureaucratique de l'hôpital et proposé des évolutions de sa gestion. Nous expliquerons enfin le choix de notre cadre théorique central et des concepts que nous mobilisons.

CHAPITRE II

FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL : HISTOIRE, RÉFORMES ET CADRES THÉORIQUES

Le fonctionnement de l'hôpital résulte d'une tradition multiséculaire et d'une organisation constamment réformée. Il est éclairé depuis quelques décennies par les travaux de recherche en sciences de gestion. Nous avons fait le choix de la théorie socio-économique comme cadre central de notre travail de recherche.

II.1 Formation de l'hôpital et de sa pharmacie

Hypothèse descriptive n°2 : L'édification de l'hôpital et l'apparition de la pharmacie s'inscrivent dans une longue tradition de réformes.

La fondation de l'hôpital et ses nombreuses réformes jusqu'à la récente loi HPST (« loi hôpital, patients, santé, territoires », 2009), dénotent la volonté d'en réorganiser le fonctionnement global, au sein duquel nous situons la place et le rôle de la pharmacie et de ses personnels.

II.1.1 Organisation de l'hôpital public à travers les âges

L'histoire de l'hôpital en France montre bien que la **volonté d'organisation** fut rapidement au cœur des nécessités d'efficacité sanitaire et sociale. À la fin du Moyen Âge, il existe une véritable organisation des hôpitaux adaptée à la géographie et à la population : des hôtels-Dieu aux aumôneries rurales, le réseau hospitalier se structure et les hôpitaux sont dotés de personnels en fonction de leur nombre de lits.

La **première réforme hospitalière** apparaît dans l'édit de Fontainebleau en **1543**. Le rôle de l'État s'impose face à l'Église, le roi délégant les offices, charges permanentes de la fonction publique. Le XVI^{ème} siècle est, en France, une période de simplification de la carte hospitalière en raison des difficultés économiques ; Henri II instaure une taxe pour équilibrer les comptes hospitaliers. Le XVII^{ème} siècle est une période capitale pour l'institution

hospitalière : dès 1662 Louis XIV ordonne la création dans chaque ville importante d'un hôtel-Dieu et d'un hospice. L'édit de 1698 porte «une grande réformation des hôpitaux de France» qui régira la gestion de l'hôpital jusqu'au milieu du XVIII^{ème} siècle. Cette organisation, dès cette époque, est proche du système hospitalier actuel. L'intervention de l'État à la fin de l'Ancien Régime est admise et même souhaitée. La pratique des grandes enquêtes hospitalières dans la période pré-révolutionnaire en est l'illustration, permettant le recueil de données destinées à l'amélioration de la qualité des soins.

Parallèlement, **le pouvoir médical s'affirme** : les médecins ont la totale responsabilité de l'activité médicale. L'hôpital est une communauté complexe et le rôle du corps médical est éminent ; «son prestige est considérable et ses obligations sont légères» (Code de l'Administration charitable, Baron de Watteville, 1847), ce qui a un impact négatif capital dans la gestion de l'hôpital.

L'histoire de l'hôpital, de ses origines à la Seconde Guerre mondiale illustre bien la nécessité permanente d'en organiser l'activité avec ses professionnels, ses acteurs locaux et l'État en fonction des besoins de la population et de l'avancée des connaissances médicales. La coopération entre les acteurs locaux et centraux, religieux et laïcs, soignants et administratifs ainsi que leurs différents comportements sont au cœur du bon fonctionnement de cette institution multiséculaire (Imbert J., 1982). La loi du 21 décembre 1941, appelée Charte hospitalière, et complétée par le décret du 17 avril 1943, remplace celle de 1851 et ouvre véritablement **l'étatisation de l'hôpital**. Elle pose le principe d'accès aux soins publics hospitaliers à tous les citoyens et non plus seulement aux indigents. La Sécurité sociale, créée en 1945, facilite l'accès du plus grand nombre aux nouvelles technologies de soins et ouvre une nouvelle ère du système de santé français.

II.1.2 : Réformes et modernisation de l'hôpital

L.D. Brown (2006) distingue trois catégories de réformes :

- celles destinées à améliorer le système (bonnes pratiques, tableaux de bord…),
- celles transformant le système (création de la Sécurité sociale…),
- celles, les plus importantes, visant à garantir la viabilité du système, décrites ci-dessous (Brown L.D., 2006).

Pour ce qui est de l'hôpital, les ordonnances et décrets de 1958 (JORF, 31décembre 1958) portent la première **réforme de modernisation de la V^{ème} République**. Ils créent une Commission nationale de l'équipement hospitalier (permettant l'inventaire des équipements sanitaires), un Conseil supérieur de la fonction hospitalière (donnant son avis sur les statuts des personnels) et ils étendent les pouvoirs du Directeur à l'ordonnancement des dépenses (jusqu'alors réservé au maire). Ils mettent en place des hôpitaux universitaires selon le projet de Robert Debré. Enfin, ils prévoient également la tutelle de l'Etat sur les établissements privés. La loi du 31 décembre 1970 porte la création d'un Service public hospitalier (SPH) regroupant le Service public (prenant en charge essentiellement la médecine), et le secteur privé (la chirurgie). La loi du 30 juin 1975 organise la prise en charge médicalisée des personnes âgées et celle du 24 septembre 1960 (officialisée le 25 juillet 1985) la sectorisation psychiatrique (Laget P-L., Salaün F., 2004).

La loi du 19 janvier 1983 met en place la dotation globale de financement (DGF) et le forfait journalier à la charge de l'assuré. Différentes lois de 1983 à 1991 poursuivent l'organisation du financement (objectif quantifié national, aide médicale d'urgence). Celle du 31 juillet 1991, dite « loi Evin » , réduit le nombre de lits à l'hôpital, regroupe les services hospitaliers en départements, crée de nouvelles instances telle la Commission des soins infirmiers ; elle renforce l'organisation sanitaire par les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), révisables tous les cinq ans.

L'ordonnance du 24 avril 1996, dite **réforme Juppé** (Ordonnances n° 96-50 et 96-51 du 22 juillet 1996) instaure la Charte du patient hospitalisé, pose le principe d'évaluation par la création de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Elle crée des Agences régionales d'hospitalisation (ARH), prévoit la signature de contrats d'objectifs et de moyens (entre hôpitaux et ARH) et le renforcement des coopérations sanitaires inter-établissements. Enfin, le maire peut déléguer la présidence du Conseil d'administration de l'hôpital. Les mesures prises entre 1997 et 2002 redéfinissent l'offre hospitalière et la maîtrise des dépenses de santé.

Le **Plan hôpital 2007**, arrêté dès 2002, décide une série de mesures de modernisation de l'offre de soins dont l'objectif est de parachever les réformes de 1996.

Trois domaines y sont abordés :

- la nouvelle gouvernance hospitalière responsabilise le personnel, élargit l'autonomie des établissements et instaure des contrats entre les acteurs de santé. Concrètement, il s'agit de mettre en place des pôles d'activité, regroupant les unités médicales et les services pour mutualiser les ressources, limiter les dépenses et assurer le pilotage de l'hôpital. Pour cela est créé un Conseil exécutif composé à parts égales de l'administration et du corps médical, co-présidé par le Directeur et le Président de la Commission médicale d'établissement (CME) ;
- le deuxième domaine est celui du financement, avec le remplacement progressif du financement global par un financement à l'activité (tarification à l'activité [T2A]).

Introduit en 2004, celui-ci consiste à rembourser les établissements en fonction de leur production de soins facturés par pathologie et par séjour selon un système de codage ;

- le troisième domaine concerne la relance de l'investissement et la remise à niveau des équipements lourds.

Ces mesures sont reprises dans l'Ordonnance du 2 mai 2005.

Ce financement par la tarification à l'activité (T2A), basé sur la production de soins, est un acte fondateur de la tutelle de l'État en termes d'incitation à la performance.

Se sont succédés trois **modes de financement des établissements de santé** depuis la fin de la Seconde guerre mondiale :

- le prix à la journée (1946) fait suite à la création de la Sécurité sociale en 1945 et à son principe de solidarité. Il propose un prix tout compris, mais plus les malades restent à l'hôpital, plus le budget de celui-ci est revu à la hausse ; cela crée une spirale inflationniste ;
- en 1984, la Dotation globale de financement (DGF), instaurée par la loi du 19 janvier 1983 introduit un taux directeur d'évolution des dépenses, incitant à limiter le séjour des patients. Ce système qui ne tient pas compte de l'activité réelle des hôpitaux a été complété par une maîtrise quantitative des dépenses de santé (nombre de lits, équipements, activité de soins,…), par une meilleure planification (schémas régionaux

d'organisation sanitaire, SROS,…) et par des mesures plus qualitatives comme l'évaluation et l'accréditation (Ordonnances Juppé de 1996) ;

- enfin la création d'un Programme de médicalisation du système d'information hospitalière (PMSI) mis en place en 1984-1985, permet d'introduire progressivement le système de tarification à l'activité. Ce Programme de médicalisation des systèmes d'information est l'instrument technique du système T2A ; il reprend le système nord-américain du prix forfaitaire par catégorie de séjour (*diagniosis related groups* [travaux du professeur Fetter et de son équipe de Yale à la fin des années 1970]). Le principe en est le codage des séjours par groupe homogène de malades (GHM) hospitalisés pour une même pathologie. Cette démarche est complétée par la tarification en groupes homogènes de séjours (GHS) afin de faire correspondre à un séjour une pathologie et un tarif moyen (Kletz F., Lenay O., 2001).

Si la réforme de la tarification fournit un cadrage indispensable (même aux yeux des professionnels de santé), et oblige à l'ajustement de la charge de travail, elle ne permet pas d'en résoudre les problèmes de coordination entre les acteurs.

Le Plan hôpital 2012, annoncé en 2007, complète la dynamique d'investissement et de modernisation grâce à deux types d'opérations : d'une part la recomposition hospitalière de nouveaux Schémas régionaux d'organisation sanitaire (accompagnant la restructuration des plateaux techniques et des regroupements d'établissements), et d'autre part l'accélération de la mise en œuvre des Systèmes d'information hospitaliers (SIH) (IRDES, 2009).

En effet, l'offre hospitalière de soins reste très inégale en France : les régions Alsace, Île de France et Provence–Alpes-Côte d'azur étant les mieux dotées et les régions Bretagne, Centre et Poitou-Charentes, étant les moins bien loties (Mougeot M., 2002).

L'hôpital a vécu des étapes clés dans sa fondation et sa modernisation : la création des hôtels-Dieu au XVII^{ème} siècle, la réforme de modernisation au début de la V^{ème} République, et plus récemment le plan hôpital 2007 avec l'introduction de la tarification à l'activité. La loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) du 21 juillet 2009 ouvre une étape importante du fonctionnement du système de santé : elle met en cohérence l'ensemble du parcours des patients d'un territoire de santé, de l'hôpital vers son domicile. À cette fin, la

loi décide la transformation des Agences régionales d'hospitalisation (ARH) en Agences régionales de santé (ARS). Les établissements de santé sont des personnes morales de droit public ou privé et suite à la loi HPST seule l'appellation **centre hospitalier** subsiste: «le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé dans les autres cas […] » (Article L6141-1). « Les Centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par Décret sont dénommés Centres hospitaliers régionaux (CHR); ils assurent en outre les soins courants à la population proche » (Article L6141-2).

La plupart des Centres hospitaliers régionaux sont aussi des Centres hospitalo-universitaires (CHU), centres de soins où, dans le respect des malades, sont organisés les enseignements publics médical, pharmaceutique et post-universitaire.

Les Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) remplacent les Établissements de santé participant au service public hospitalier (PSPH). La création de Communautés hospitalières de territoire (CHT) entre Établissements de santé permet d'en mutualiser les moyens. Les Groupements de coopération sanitaire de moyens (GCSM) permettent des coopérations larges entre tous types de structures et de professionnels de santé.

Au sein des établissements, le Conseil de surveillance, plus resserré, remplace le Conseil d'administration ; il est présidé par un représentant des collectivités, élu. Chaque établissement est dirigé par un Directoire dont le Président est le Directeur de l'hôpital. L'ensemble de la loi HPST montre l'importance croissante du rôle du Directeur. Dans son discours du 16 octobre 2007, le Président de la République s'exprime ainsi : «Je veux que le directeur (de l'hôpital) soit le patron reconnu, le seul […]. Le directeur doit être un manager d'excellence, formé et évalué régulièrement». Le discours sur l'hôpital devient donc de plus en plus centré sur la performance, élément désormais central de sa modernisation.

II.1.3 Arrivée du pharmacien à l'hôpital et évolutions de l'activité pharmaceutique

Le premier pharmacien serait **Cassiodore** qui aurait fait installer au VI^{ème} siècle une apothicairerie et un jardin botanique dans son monastère de Vivarium, en Calabre.

Le premier texte officiel concernant la pharmacie semble être la loi relative à l'École de Salerne, au XII^{ème} siècle ; celle-ci connaît les droguistes «*confectionarii*» (Clément J-P., 1995) qui se procurent tout ce dont les médecins ont besoin, et les apothicaires «*pharmacopola*» *ou medicamentarius»,* qui vendent uniquement les substances chimiques et médicaments.

En 1268, le «Livre des métiers» d'Etienne Boileau mentionne les **apothicaires** ; au XIII^{ème} siècle, l'hôtel-Dieu de Paris achète ses drogues auprès des « épiciers » du voisinage. En 1484, une ordonnance royale différencie épiciers et apothicaires : le métier de pharmacien est né.

Au Moyen Âge, certains hôpitaux ont un responsable des drogues : en 1369 à Toulouse, puis en 1408 à Arles ; c'est **en 1495 à l'Hôtel-Dieu** de Paris qu'est fait mention pour la première fois d'une apothicairerie à l'hôpital ; les médicaments sont des «simples» comme les tisanes, ou des remèdes officinaux relevant de la seule compétence des apothicaires, dont la célèbre thériaque. Le métier acquiert en France une existence officielle avec l'ordonnance royale de 1514.

En 1802 naît le corps des **pharmaciens hospitaliers** et paraît le Code pharmaceutique, premier formulaire à usage exclusivement pharmaceutique, rédigé par un pharmacien, le célèbre Parmentier, premier pharmacien des armées. Et le 10 avril 1803, sont fondées par Bonaparte les trois premières écoles publiques de pharmacie (Paris, Strasbourg et Montpellier). La Réforme hospitalière de 1941 crée le statut de pharmacien-gérant, complété par celui de pharmacien-résident en 1972, hospitalier à temps plein. En 1951 est créé l'Ordre des pharmaciens.

La fabrication, et aussi l'achat de médicaments se développent vraiment à partir du XVIII^{ème} siècle, et, dès le début du XIX^{ème} siècle la pharmacie va contribuer au développement de la pharmacologie, avec l'isolement en 1802, de la première substance

pure, la morphine; les guerres, également, ont imposé de nouvelles contraintes d'approvisionnement, de distribution et d'administration (garnitures chimiques des masques à gaz…) impliquant la pharmacie aux côtés de la médecine d'urgence. Au début du XX^{ème} siècle, le pharmacien s'oriente vers les activités de biologie et de biochimie et développe celles d'enseignement et de recherche en pharmacocinétique, pour adapter les connaissances modernes au concours de pharmacopat. Le poids des dépenses pharmaceutiques dans le budget hospitalier passe de 1% au début du XVIII^{ème} siècle à 2,5% en 1850, 5% en 1939 et à 20,1% de la consommation de soins et biens médicaux en 2008. Au fur et à mesure du développement de l'activité, divers problèmes apparaissent: qualité des locaux et du matériel et niveau des rémunérations entraînent des difficultés de recrutement des pharmaciens. De plus, la collaboration des pharmaciens et des religieuses (anciennement chargées de la préparation et de la distribution des remèdes et faisant un passage obligatoire à l'apothicairerie pendant leur formation), s'avère souvent conflictuelle ; le synode de Milan en 1565 interdit l'exercice de la pharmacie aux religieuses, mais ce sont toujours les sœurs hospitalières qui gèrent le service. La concertation avec les chirurgiens et les médecins est meilleure, car le pharmacien suit la visite au lit du malade. Puis en 1857, les pharmaciens sont placés sous la tutelle du corps médical ; d'après le décret du 17 avril 1943 les médecins sont responsables des personnels de leur service alors que ce n'est pas précisé pour les pharmaciens. C'est seulement avec la loi du 24 juillet 1987 que le service pharmacie est assimilé aux autres services médicaux, les pharmaciens hospitaliers rejoignant le corps des praticiens hospitaliers.

La loi du 8 décembre 1992 consacre ainsi les pharmacies hospitalières, dénommées **pharmacies à usage intérieur** (PUI). Malgré la reconnaissance de la pharmacie hospitalière et l'uniformisation des statuts, les difficultés de coopération semblent toujours subsister de nos jours.

Si les statuts de la pharmacie ont été uniformisés, les **missions** de celle-ci sont restées longtemps inchangées. Les récentes réformes en renforcent la place au cœur du processus de soins. Les missions des apothicaires sont inchangées depuis Jean le Bon (XIVème siècle) et doivent être adaptées au cadre évolutif des systèmes de santé. L'activité pharmaceutique, régie en France par le Code de la santé publique (CSP) nécessite une relecture, suite à la

mise en place de la loi HPST ; nous avons isolé les éléments qui concernent directement notre sujet (Guizard M., 2011).

Les fondamentaux du CSP concernant la pharmacie demeurent après la loi HPST :

- le monopole des pharmaciens sur le médicament est maintenu (L/4ème partie : Professions de santé/Livre II: professions de la pharmacie); même la commercialisation, certainement prochaine, des médicaments sur internet restera sous contrôle pharmaceutique ;
- la dispensation demeure le fondement de l'acte pharmaceutique où qu'il se réalise (R/4ème partie : Professions de santé / Livre II : professions de la pharmacie : art. R4235-48/acte de dispensation) ; pour rappel, la dispensation est une obligation pour le pharmacien (art. R 4235-48 du CSP) : le pharmacien doit effectuer une analyse pharmaceutique, préparer les doses à administrer, dès lors qu'une préparation industrielle n'est pas disponible ; il informe sur le bon usage du médicament ;
- l'organisation des pharmacies à usage intérieur et du circuit du médicament est également prévue au Code de la Santé publique (R/5ème partie : Produits de santé/Livre Ier : Produits pharmaceutiques).

Certaines nouveautés pharmaceutiques apparaissent dans le code de la santé publique depuis la loi HPST :

- le dossier médical partagé (DMP) (L/1ère partie : Protection générale de la santé Livre Ier) ;
- la compétence du pharmacien en termes d'éducation thérapeutique du patient (R/1ère partie : Protection générale de la santé/Livre 1er : Protection des personnes en matière de santé),
- la participation de la PUI en termes de pharmacovigilance (R/5ème partie : Produits de santé/Livre Ier : Produits pharmaceutiques),
- l'organisation de la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins (R/6ème partie : Établissements et services de santé/Livre Ier : ES/Titre Ier : Organisation des activités/Chapitre Ier : Missions des ES/Section 1 ; Cf. arrêté du 6 avril 2011)
- politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles (DMS) dans les établissements de soins (ES) (R / 6ème partie : Établissements et services de santé/Livre Ier : ES / Titre Ier : Organisation des activités/Chapitre Ier : Missions des ES/Section 1/sous-section 3 ; Cf. arrêté du 6 avril 2011, *op.cit.).*

Enfin, le décor évolue, notamment l'inscription dans le cadre règlementaire de la coopération entre professionnels de santé (L/5ème partie : Produits de santé/Livre 1er : ES).

C'est dans une très longue tradition de réformes que s'est construit l'hôpital et qu'est apparue sa pharmacie. La volonté ancienne d'organiser le soin des populations s'est accélérée depuis la Seconde Guerre mondiale. Dans cette évolution, les missions historiques du pharmacien, restées longtemps inchangées évoluent en termes de coopération entre professionnels et de sécurisation du médicament pour le patient.

II.2 Théories des organisations et fonctionnement de l'hôpital

Hypothèse explicative n°2 : la nécessité de s'adapter à l'évolution de la santé amène l'hôpital à repenser son organisation de façon continue.

Cette partie présente les auteurs en Sciences de gestion qui ont permis une meilleure compréhension du fonctionnement de l'hôpital. En effet, **«L'hôpital public a tout essayé en termes de gestion : aide à la décision, contrôle de gestion, gestion des flux, implication des équipes»** (Moisdon J-C., Tonneau D., 1999, p.12). Cette intégration a été progressive sur plusieurs décennies en raison de la variabilité de l'activité hospitalière et de l'absence d'incitation institutionnelle à l'efficience jusqu'à récemment.

II.2.1 Approches théoriques de l'organisation hospitalière

Le modèle bureaucratique décrit par M. Weber dès 1904 (Weber M., 1922) est une typologie de l'organisation moderne qui nous permet de décrire des organismes, notamment publics, autour de valeurs comme le respect des règles.

R. Sainsaulieu (1990) et son équipe proposent différentes évolutions organisationnelles du modèle bureaucratique. **L'entreprise bureaucratique ouverte**, système d'augmentation de productivité sans véritable modalité de récompense-sanction est certainement un de ceux qui peut décrire le fonctionnement actuel de l'hôpital public : le mode de financement de tarification à l'activité couplé à des statuts freinant la fixation d'objectifs individuels.

En Sciences de gestion, différents auteurs ont étudié le milieu hospitalier :

H. Mintzberg (1982) applique à l'hôpital **la configuration de la bureaucratie professionnelle**, basée sur la standardisation des qualifications : une organisation regroupant de nombreuses unités spécialisées composées de praticiens fortement attachés à leur autonomie, un fonctionnement basé sur la standardisation des savoirs favorisant la réalisation des activités plutôt que leur coordination. La technostructure hospitalière est ainsi réduite à la seule dimension économique. En même temps les fonctions logistiques jouent un rôle de plus en plus déterminant avec le développement des technologies médicales. Ces fonctions-supports qui dépendent de la technostructure se comportent comme des bureaucraties mécanistes. Un des enjeux de notre recherche sera de mieux situer la pharmacie de l'hôpital ; celle-ci est souvent assimilée à un service logistique, donc à la technostructure, alors que ses pharmaciens font partie du corps des praticiens hospitaliers et revendiquent une action clinique. Cette appartenance des individus à des groupes avec leur dynamique propre montre les limites du modèle de la bureaucratie professionnelle appliqué à la complexité de l'hôpital. La coordination des situations complexes ne peut passer par la seule standardisation des compétences et oriente le fonctionnement plutôt vers le mode projet tenant compte de l'environnement (notamment politique).

H. Mintzberg et S.Glouberman (2002) proposent ensuite le **modèle des quatre mondes** permettant une meilleure lecture des activités hospitalières : le monde du soin (*care*) qui regroupe les soignants, le monde de la guérison (*cure*) avec les médecins, le monde du contrôle (*control*) avec la direction et le monde extérieur (*community*) des administrateurs avec le Conseil d'administration, modèle qui permet une véritable danse des coalitions entre ces quadrants. Les réformes doivent intégrer ces quatre mondes en allant au-delà des modes de coopération interdisciplinaire que proposent H. Mintzberg et S. Glouberman (2002). Ce modèle nous pose aussi la question de la place de la pharmacie : se situe-t-elle dans le monde du contrôle avec les autres services techniques et logistiques de la direction, dans celui de la guérison avec les médecins qui prescrivent en interaction avec les pharmaciens, ou bien dans celui du soin avec les personnels soignants qui administrent les médicaments préparés et approvisionnés par les préparateurs et agents de la pharmacie ?

Le rôle transversal des activités de la pharmacie, en coopération avec les autres acteurs de ces quatre mondes suggère de proposer une évolution du modèle.

E. Minvielle (2000) décrit **l'hôpital comme un système de production de services**. Le système de financement de la tarification à l'activité a pour but une meilleure productivité mais la complexité de la prise en charge à l'hôpital, la variété des parcours des patients permettent tout au plus d'envisager une trajectoire dont le patient est lui-même acteur, avant d'être un moyen de production. Cette trajectoire du patient est empruntée au fonctionnement en réseaux et filières : c'est ce que nous appellerons le *chemin clinique du patient.* E.. Minvielle (1994), définit par ailleurs le **système hospitalier comme un système socio-technique** centré sur le soin, très administratif et qui essaie de muter vers un fonctionnement plus organisationnel. Ce fonctionnement alliant productivité et qualité des soins à l'hôpital, système de tarification à l'activité et parcours du patient, se heurte encore à une culture centrée sur les savoirs propres à chacun des métiers de l'hôpital. Le circuit du médicament en est un exemple frappant en segmentant chaque étape du processus par métier plutôt que d'en faire un processus continu impliquant tous les acteurs.

J-C. Moisdon et **D. Tonneau** (2008) proposent d'agir à trois niveaux de l'organisation hospitalière :

- au niveau des opérationnels en agissant à la fois sur le contenu (processus et flux des patients, avec le niveau de coordination nécessaire) et sur le contexte (organisation de l'hôpital et de ses «briques élémentaires», les services) ;
- au niveau du management des établissements ; celui-ci doit passer d'un mode de supervision hiérarchique bureaucratique à un mode plus légitime. La nouvelle gouvernance concrétise un certain niveau de délégation pour orienter progressivement les managers vers l'accompagnement ;
- enfin, aux niveaux régional et national, où la rupture de savoir et d'action est encore plus forte qu'au niveau local, les agences régionales de santé encouragent les comparaisons entre établissements dans le but de stimuler des pratiques performantes (outils encore insuffisamment exploités par les hôpitaux).

Les propositions de J-C. Moisdon et D. Tonneau (2008) expriment deux notions qui intéressent plus particulièrement notre travail de recherche : la coordination opérationnelle

des acteurs et la légitimité de la gouvernance. Nous reprendrons ces deux notions pour envisager un nouveau positionnement du pharmacien et des activités de son service

Ces trois apports de la littérature en gestion, spécifiquement consacrés à l'hôpital permettent de comprendre à la fois l'ancrage de l'hôpital dans un modèle bureaucratique et la prise de conscience de faire fonctionner ensemble ses acteurs pour adopter des réflexes managériaux et augmenter la performance des soins.

Depuis les années 80 une série de réformes a fortement impacté le fonctionnement même de l'hôpital (Nobre T., 2011, p.102).

II.2.2 Évolutions du contexte managérial à l'hôpital

Avec la mise en place de la loi HPST (2009), ces modèles nécessitent certainement une relecture. La mutation de l'hôpital avec la centralisation du pouvoir de décision entre les mains du Directeur de l'établissement et de l'Agence régionale de santé (ARS) laisse aux acteurs locaux un pouvoir d'action et la possibilité d'augmenter l'efficacité des projets de leurs établissements en coordonnant ensemble leur mise en œuvre. Mais si la fidélité des personnels envers leur hôpital, encore prégnante à ce jour, peut laisser envisager une certaine souplesse de comportement face à ces modifications structurelles, le développement de jeux d'acteurs forts (Crozier M., Friedberg E., 1977), demande un pilotage fin de la part de l'encadrement.

C'est pourquoi la «**gouvernance clinique**» (Denis J-L., Contandriopoulos A-P., Pomey M-P., 2008) est un thème d'actualité, la gouvernance renvoie selon A. Hatchuel (2000) à la conduite d'une action collective et délibérée à partir d'une position d'autorité. Le but est d'accroitre la capacité des acteurs à coordonner leurs pratiques pour garantir la qualité des soins. L'hôpital passe donc d'un **modèle de domination professionnelle à un modèle de décisions partagées** (Robinson J.C., 2007).

L'arrivée des jeunes générations interroge également le fonctionnement bureaucratique et bouscule le management (Pauget B., Dammak A., 2012; Fatien P. et *al*., 2009). Il y a trois générations actuellement en présence: celle des *baby-boomers,* génération née entre 1945 et 1964 qui se réalise au travers d'un contrat de type bureaucratique et a

tendance à défier l'autorité ; la génération X, née entre 1965 et 1977 ou «bof génération» qui connaît la crise, découvre le sida. Moins nombreuse, elle fait la transition avec la génération Y, née entre 1978 et 1995. Celle-ci est la première totalement interconnectée ; elle fonctionne par projet, elle est innovante ; elle a tendance à se considérer comme l'égale de ses supérieurs hiérarchiques mais semble simple à manager (E.F. Murphy et *al.*, 2010). Deux formes de management sont exercées en réponse à ces paramètres : le **management directif** (rappel des règles) et le **management de proximité**. Ce dernier plus participatif répond au besoin de sens, mais il est consommateur de temps. Les organisations bureaucratiques comme l'hôpital vont devoir évoluer et devenir plus relationnelles pour attirer, motiver et conserver cette génération.

Au-delà de la représentation bureaucratique de M. Weber en 1904, l'hôpital a bénéficié d'éclairages gestionnaires d'auteurs comme H. Mintzberg (1982), J-C. Moisdon (1999) ou E. Minvielle (1999). La loi Hôpital, patients, santé, territoires (2009) a inscrit dans la loi la nécessité d'une nouvelle gouvernance (Hatchuel A., 2000).

Après avoir illustré le fonctionnement hospitalier par ces différents travaux en Sciences de gestion, nous proposons de mobiliser d'autres théories comme cadres de notre travail de recherche : la théorie socio-économique (Savall H., Zardet, V., 2003) en sera le cadre central.

II.3 Cadres théoriques mobilisés

Hypothèse prescriptive n°2 : En introduisant d'autres concepts et en renouvelant les cadres de compréhension, la théorie socio-économique ouvre des perspectives de changements structurants.

Nous avons choisi de mobiliser la théorie socio-économique comme cadre central et d'y relier des concepts d'auteurs sur les thèmes de la **coopération** et de la **légitimité**, utiles à notre travail de recherche.

II.3.1 Choix de la théorie socio-économique comme cadre central

Nous nous inscrivons dans le cadre de la théorie socio-économique (Savall H., 1975) pour **renouer avec ou consolider la performance, en limitant les coûts économiques et sociaux dus aux dysfonctionnements**, en créant de la valeur et de l'innovation, tant technique que managériale.

La théorie socio-économique a été conçue par H. Savall (1975) (fondateur de l'ISEOR, Institut socio-économique des entreprises et des organisations) et développée avec son équipe de l'ISEOR ; elle définit le management comme un management global (Savall H., Zardet V., 2003). Le potentiel humain est le levier principal de la performance économique des organisations. Le terme de «potentiel humain» est différent de celui de capital humain (Schultz T.W., 1961) habituellement utilisé, qui considère l'individu par ses compétences et connaissances (Guillard A., Roussel J., 2010) sans y adjoindre la puissance de ses comportements (Savall H., Zardet V., 2001). La performance socio-économique repose sur la performance humaine (développement des compétences individuelles), la performance sociale (amélioration des dysfonctionnements) et la performance économique immédiate et à long terme. La théorie socio-économique propose d'observer l'interaction entre les **structures** (physiques, technologiques, organisationnelles, démographiques et mentales) de l'organisation et les **comportements** (individuels, de groupe, d'activité, d'affinité, catégoriels ou collectifs) de ses acteurs. Cette interaction met en évidence les pulsations vitales de l'organisation et ses anomalies à l'origine des dysfonctionnements ; ceux-ci génèrent des coûts cachés non visibles dans les systèmes comptables : charges supplémentaires, pertes de

production, perte de création de potentiel et enfin risques encourus du fait d'un niveau excessif des dysfonctionnements. En stimulant les interactions entre les structures et ses acteurs, la théorie socio-économique favorise la coopération. L'hôpital est une organisation particulièrement cloisonnée ; en mobilisant la théorie socio-économique, nous souhaitons stimuler la coopération entre ses acteurs.

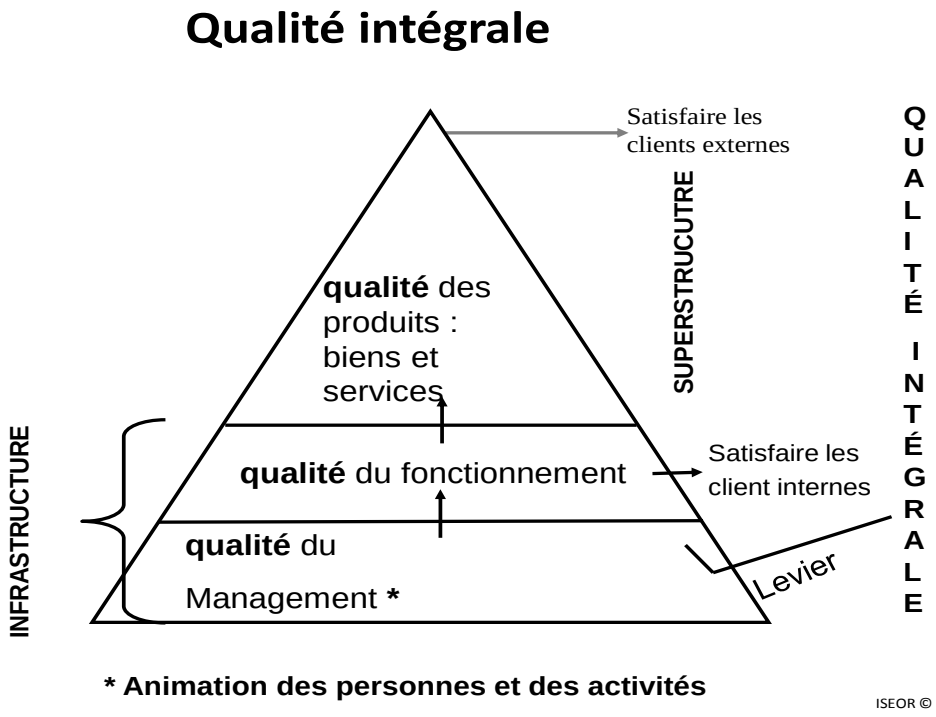
II.3.1.a Concepts-clés de la théorie socio-économique des organisations

1. Le concept de **qualité intégrale**

Cette approche globale de l'efficacité relie les notions de qualité et d'efficacité.

La figure 6 explique le concept de qualité intégrale et permet d'en identifier les différentes composantes.

Figure 6 : Concept de qualité intégrale de la théorie socio-économique



Source : Savall H., Zardet V., 2003

Comme l'illustre cette figure 6, cette qualité intégrale comprend plusieurs niveaux :

- la **qualité des produits** qui vise à satisfaire les clients externes. À l'hôpital, la production de soins à destination des patients en est l'illustration ; la délivrance de médicaments par la pharmacie est un exemple concret de production qui nécessite un haut niveau de qualité.

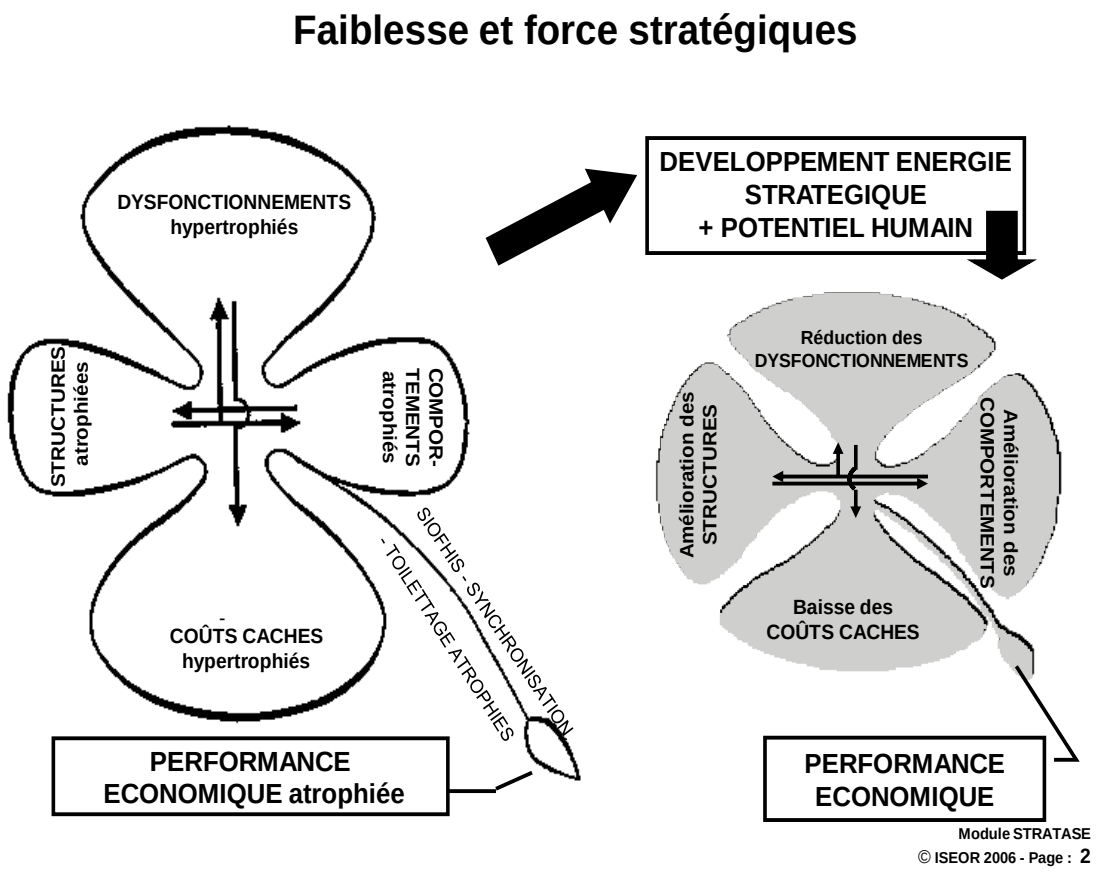
L'augmentation de l'exigence des clients externes, de la réponse au marché, de la compétition par les prix, et de la réduction des charges financières indique une nécessaire continuité entre la qualité externe et le fonctionnement interne de l'organisation.

- il est important de relier qualité et efficacité en augmentant non seulement la qualité des produits mais aussi la **qualité du fonctionnement** pour satisfaire les clients internes. La qualité de fonctionnement de la pharmacie a pour conséquence la satisfaction de ses clients internes, les services cliniques
- enfin, la **qualité du management** est le levier principal pour augmenter la qualité intégrale et l'efficacité de l'organisation, qu'il s'agisse de la pharmacie ou des services clients internes.

2. Les **dysfonctionnements** au croisement des **structures** et des **comportements**

Le système d'informations opérationnelles et fonctionnelles humainement intégrées et stimulantes (SIOFHIS, figure 7) proposé par la théorie socio-économique illustre la relation dynamique entre dysfonctionnements, coûts cachés, structures et comportements. Comme l'indique la figure 7 un fonctionnement déficient indique des dysfonctionnements et des coûts cachés hypertrophiés, et parallèlement des structures et des comportements atrophiés. Le résultat est une performance économique atrophiée, c'est-à-dire une efficience et une efficacité insuffisantes.

Figure 7 : Trèfle SIOFHIS – Système d'informations opérationnelles et fonctionnelles humainement intégrées et stimulantes



Source : Savall H., Zardet V., 1987

Sur la partie de droite de la figure, la réduction des dysfonctionnements entraîne celle des coûts cachés, permise par l'amélioration de l'interaction structures-comportements, et engendre un développement du potentiel humain et de la performance économique.

Les structures sont stables et impressionnent les acteurs ; il existe cinq grands types de **structures** :

- les structures **physiques**, comme l'espace avec des indicateurs de bruit, de chaleur, et qui ont des conséquences physiologiques comme la fatigue ou les accidents ; nous avons retrouvé de telles nuisances dans les locaux en sous-sol des pharmacies hospitalières,

- les structures **technologiques**, qui comprennent des équipements avec les retentissements ergonomiques que les médecins du travail connaissent bien,
- les structures **organisationnelles** qui répartissent les fonctions et activités en unités de travail, structurant le contenu et les relations de travail,
- les structures **démographiques**, qui définissent les catégories sociologiques de salariés avec des conséquences sur les aspirations professionnelles de la population de l'entreprise,
- les structures **mentales**, qui représentent les styles de management et infléchissent l'ambiance au sein de l'organisation.

Les **comportements** sont par nature instables ; ils sont confrontés à des logiques à la fois individuelles, d'appartenance à un groupe, un service ou bien de nature catégorielle par profession ou statut. Lors de nos diagnostics dans les hôpitaux, nous avons d'ailleurs segmenté les données selon l'appartenance à un métier ou à un statut cadre ou non cadre. Il existe également une logique de **groupes d'affinités**, comme la provenance de la même grande école ; la logique collective où tous les membres de l'organisation se comportent à l'unisson est peu répandue, sauf en période de crise avec, par exemple un risque de disparition de l'organisation.

La responsabilité des **coûts cachés** est à la fois collective et individuelle et se retrouve dans les grands domaines de fonctionnement de l'organisation référencés dans les thèmes de dysfonctionnements de la nomenclature du diagnostic socio-économique : les conditions de travail, l'organisation du travail, la communication-coordination-concertation, la gestion du temps, la formation intégrée et la mise en œuvre stratégique.

Ces thèmes de dysfonctionnements seront présents tout au long de notre travail de recherche sur le terrain, que ce soit lors des phases de diagnostic du circuit du médicament, ou lors de la phase d'évaluation *a posteriori* des transformations du fonctionnement de l'hôpital.

3. Le modèle général de calcul **des coûts cachés**

Une baisse de la qualité de fonctionnement se traduit en coûts supplémentaires pour l'organisation. Les coûts cachés sont, par opposition aux coûts visibles, ceux qui

n'apparaissent pas dans les systèmes d'information des organisations. Ils ne sont ni dénommés, ni mesurés, ni surveillés, contrairement à l'évolution des dépenses de médicaments ou des charges de personnels dans un hôpital. La théorie socio-économique propose un modèle général d'évaluation des coûts cachés. La régulation des dysfonctionnements se mesure en termes de temps consacrés (liés à l'absentéisme ou à la rotation du personnel), de perte de production (baisse de la qualité ou de la productivité) voire de surconsommation de matières et de production de rebuts. Les prestations extérieures interviennent également. Les indicateurs financiers ou salariaux complètent l'analyse.

Le modèle général de calcul des coûts cachés (Savall H., Zardet V., 2003, p.127) indique que ceux-ci proviennent de cinq indicateurs de dysfonctionnements :

- l'absentéisme,
- les accidents de travail et maladies professionnelles,
- la rotation du personnel,
- la non-qualité ou défauts de qualité,
- les écarts de productivité directe ou sous-productivité directe.

Ces coûts cachés sont traduits en six composants :

- les sur-salaires,
- les sur-temps,
- la sur-consommation ,
- la non-production,
- la non création de potentiel,
- les risques.

Le terme «coût-performance» caché signifie que la réduction d'un coût révèle une performance traduisant la qualité de fonctionnement de l'organisation et *vice versa*. En réduisant les dysfonctionnements, les coûts cachés diminuent et la performance augmente. La méthode d'évaluation des coûts cachés repose sur une approche qualitative, quantitative et financière (qQFi). Elle met en évidence des coûts cachés évalués entre 15.000 et 60.000 euros par salarié et par an selon les entreprises (Savall H., Zardet V., 2003). Ces dysfonctionnements et coûts cachés sont dus à des frottements entre les structures et les

comportements observables. Selon H. Savall et V. Zardet (2003, p. 179) «Ces coûts cachés résultent d'une interaction forte entre les structures de l'organisation et les comportements humains». La réduction de ces coûts implique un travail sur les comportements individuels et collectifs ainsi que sur les structures.

Lors de notre recherche, nous avons surtout travaillé sur les structures organisationnelles et la répartition des activités entre professionnels de santé autour du circuit du médicament. Les comportements ont concerné le plus souvent l'appartenance à un groupe (service hospitalier) ou à une catégorie (médecins, pharmaciens, personnel soignant, préparateurs en pharmacie).

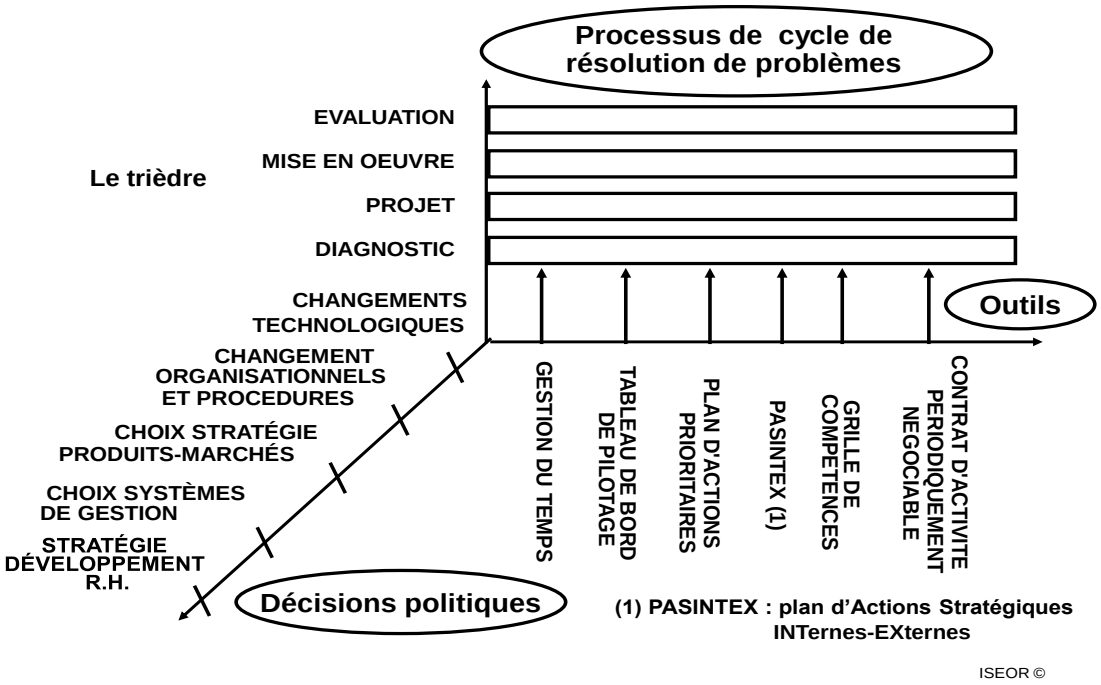
4. La **performance globale** de l'organisation

Il est à noter que déjà à la fin du XIX^{ème} siècle, **Gide** et **Walras** énonçaient l'importance du progrès social dans le projet économique (Joffre O., Simon E., 2011).

L'intérêt d'agir sur les coûts cachés est de préserver la performance à la fois humaine, sociale et économique des organisations (Savall H., 1975). La performance sociale comprend les six éléments que nous retrouvons dans la nomenclature des dysfonctionnements : les conditions de travail, l'organisation du travail, la communication-coordination-concertation, la gestion du temps, la formation intégrée et la mise en œuvre stratégique. La performance économique se mesure en fonction des résultats à court terme et de la création de potentiel futur. Afin d'agir sur la performance globale de l'organisation, la théorie socio-économique propose d'adopter une stratégie d'innovation permettant une meilleure harmonie de fonctionnement.

Le processus d'innovation demande l'implantation d'un système de pilotage reposant sur trois axes.

Figure 8: Articulation des trois axes d'une intervention socio-économique



Source : Savall H., Zardet V., 1987

La démarche stratégique de changement se décompose en un axe **processus de changement** (pour des résultats en termes de consolidation), un axe **outils** (permettant d'activer les comportements) et un axe décisionnel et **politique** (qu'il convient de piloter concrètement afin d'éviter l'essoufflement des acteurs).

Lors de nos recherche-interventions, nous détaillerons l'axe processus de changement du schéma ci-dessus. Notre approche des terrains a mobilisé la phase de diagnostic des circuits du médicament observés ; elle s'est concentrée sur les sursalaires et les surtemps, afin d'identifier les coûts cachés incorporés dans les coûts visibles. La phase de projet sera abordée soit sous la forme de préconisations, soit accompagnée dans sa mise en œuvre pour un des terrains ; la phase d'évaluation concernera ce terrain que nous avons suivi jusqu'au terme de l'axe processus du changement.

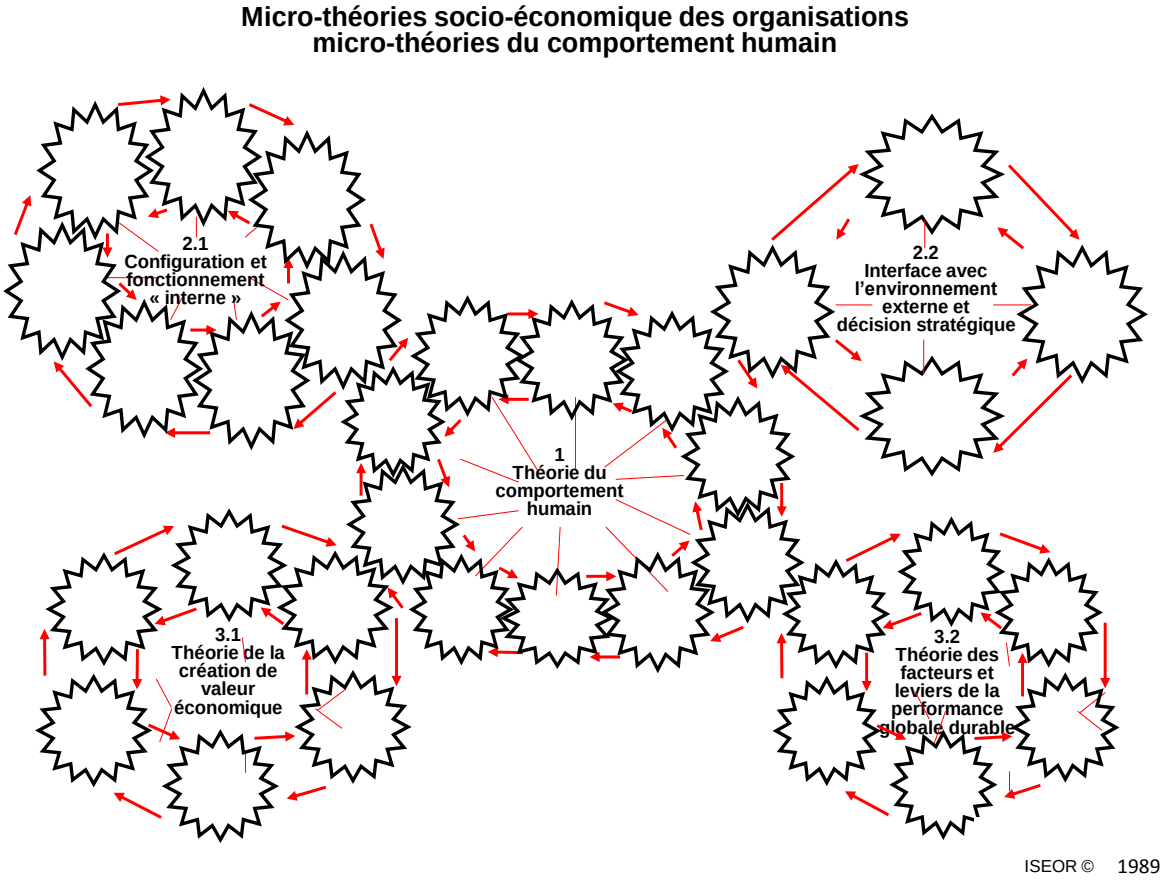
La théorie consiste au final à concilier la performance économique de l'organisation et la valorisation de son potentiel humain et suggère une forme managériale dénommée management socio-économique (M.A.S.E.). Le **management socio-économique** s'adapte particulièrement à l'hôpital, organisation complexe qui vit une mutation rapide et plutôt brutale, avec un personnel ayant souvent le statut de fonctionnaire et qu'il doit accompagner de manière responsable.

À l'hôpital, les structures organisationnelles et mentales, les comportements de groupe ou catégoriels sont atrophiés en raison de dysfonctionnements en cascade: la faible mise en œuvre stratégique au cœur des instances, l'absence de coopération entre les services, et une organisation du travail peu maîtrisée, entraînent une forte production de coûts cachés.

II.3.1.b Micro-théories du comportement humain

La théorie socio-économique a produit des micro-théories explicatives, incluses dans la thèse

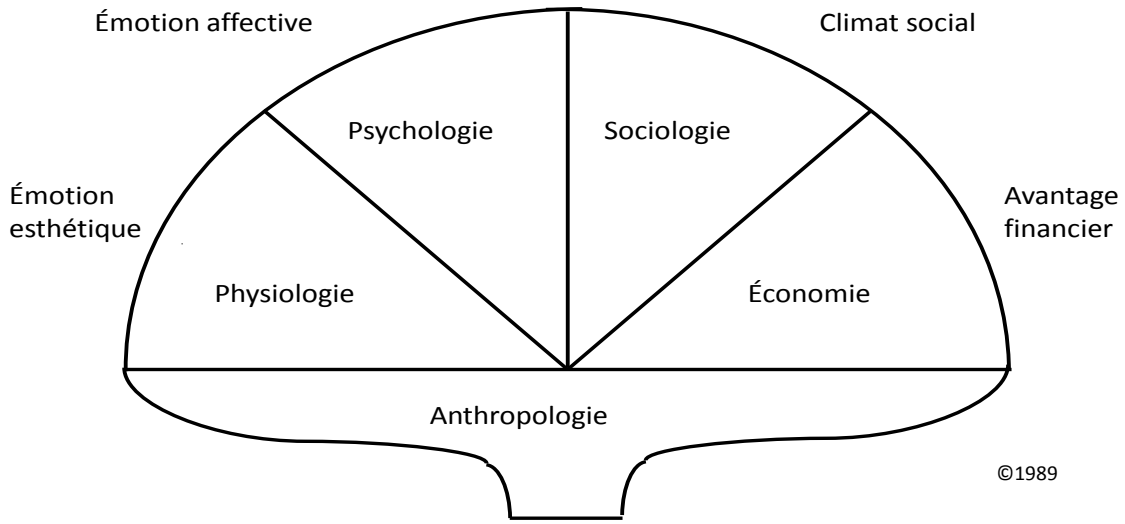
Figure 9 : Micro-théories du comportement humain



Les micro-théories du comportement humain, concept central du management socio-économique permet d'approfondir la notion de coopération. La **coopération** est un champ vaste qui nécessite d'être délimité avant d'en sélectionner plus loin les concepts qui intéressent notre recherche.

La figure 10 ci-dessous représente les besoins de l'homme au travail.

Figure 10 : Éventail anthropologique des besoins multidimensionnels de l'homme au travail (Savall H., 1989)



L'être humain a des besoins physiologiques, psychologiques, sociologiques et économiques à assouvir. Il cherche à les équilibrer et crée un mouvement de conflit-coopération entre lui et son environnement. (Perroux F., 1973, Reynaud J-D., 1972 *in* micro-théories Savall H., Zardet V., 2008).

Les mouvements entre ces besoins et leur environnement illustrent toute la complexité de la coopération au sein des organisations.

II.3.2 Difficultés de coopération au sein des organisations

II.3.2.a Différentes approches théoriques de la coopération

La notion de **coopération** et les termes qui lui sont souvent associés nécessitent d'être définis : coopérer signifie étymologiquement «travailler ensemble» (Dameron, 2002, p.106). Les termes collaboration, coopétition, concours, contribution sont souvent proposés comme synonymes de coopération et méritent d'être situés par rapport à la coopération. D'ailleurs les francophones disent «merci de votre collaboration» alors que les anglophones disent «thank you for your cooperation».

Coopérer, c'est satisfaire conjointement un intérêt commun, développant ainsi l'idée de solidarité et de répartition des tâches en amont. La coopération, c'est de «l'action collective finalisée» (Dameron S., 2002, p.106).

La **collaboration** est souvent confondue avec la coopération. Collaborer c'est produire ensemble une œuvre commune, sans répartition des tâches *a priori* (Grand Robert en 7 volumes, 2004). Collaborer indique une plus forte interactivité, se rapprochant de la notion d'intelligence collective (Levy P., 1997) qui suppose une mise en situation d'acteurs mobilisant des savoirs (Penalva J-M., Commandré M., 2004).

La notion de coopétition est une autre forme de coopération qui introduit une dose de conflit chargée de stimuler la coopération. R. Noorda a défini le **concept de coopétition** : «*you have to compete and cooperate at the same time*» c'est-à-dire coopérer tout étant en compétition (Blanchot F., Fort F., 2007, p.164). Si ce concept s'applique à des entreprises partenaires, il peut certainement être repris pour des entités d'une même organisation ayant des objectifs communs et des objectifs propres dans une démarche de concurrence interne.

Cette conception de la coopération est proche de celle de C.W.L. Hill (1990) qui oppose le comportement coopératif au comportement opportuniste ou de celle de F. Perroux (1973) qui oppose la coopération pure au conflit pur.

Le terme **concours** correspond au fait d'aider, de participer à une action ou une œuvre (Petit Robert, 2013) ; le dictionnaire renvoie aux termes collaboration, coopération.

Le terme **contribution** y est défini comme la collaboration à une œuvre commune et renvoie à d'autres termes comme concours, apport (Petit Robert, 2013).

Au-delà des définitions qui permettent de cerner la notion de coopération, nous souhaitons insister sur la **place des acteurs dans les mécanismes de coopération**. Selon S. Khenniche (2010) la coopération accorde une place centrale aux acteurs. Cet auteur a recherché les convergences et spécificités de trois théories décrivant les bases de la **coopération intra-organisationnelle** :

- **la théorie de l'analyse stratégique de l'acteur** (Crozier M., Friedberg E., 1977) dans le champ de la sociologie a considéré que l'action collective n'est pas *a priori* spontanée mais dépend des comportements individuels. Les notions de pouvoir, d'incertitude et de négociation vont guider les acteurs vers les opportunités de l'organisation, et cette coordination va contribuer à maintenir la structure.
- **la théorie de la régulation sociale** proposée par Reynaud J-D. (1995) s'inscrit dans la continuité de celle de M. Crozier et E. Friedberg. Les acteurs produisent le système et contribuent à construire des normes et valeurs communes. Les notions de conflit et de négociation permettent d'établir des compromis.
- **la théorie socio-économique** fondée par H. Savall (1975) place également les acteurs au centre de l'organisation. Les interactions entre les comportements des acteurs et les structures de l'organisation créent des dysfonctionnements, sources de conflits, et nécessitent des régulations pour transformer l'organisation et retrouver la performance.

Ces théories dépassent les courants comportementalistes et structuralistes en privilégiant les interactions structures-comportements. Elles considèrent que l'individu est libre au sein d'un système social. L'acteur développe ainsi des stratégies qui interagissent avec les structures de l'organisation.

Les coopérations que nous avons étudiées concernent les mécanismes internes à l'organisation. Nous laisserons donc volontairement de côté les types de coopération impliquant des organisations distinctes (Arnaud N., 2007) sur la base de contrats (Jenssen M.C., Meckling W.H., 1976), de réseaux organisationnels externes (Richardson G.B., 1972 ; Asanuma B., 1989) ou d'approche par la confiance (Dwyer F. et *al.*, 1987 ; Ring P.S., Van De ven A.H., 1994), même s'il semble possible de les adapter à des coopérations internes.

Nous souhaitons approfondir les mécanismes de la coopération entre les acteurs, notamment **la complémentarité des acteurs**: la coopération peut être complémentaire, basée sur le calcul, et dure tant que les gains restent supérieurs aux coûts. F.W. Taylor (1912) décrivait ce type de relation entre ouvriers et direction.

Il existe deux types de coopération complémentaire :

- celle basée sur le calcul et la recherche de ressources complémentaires; cette coopération est sous-tendue par des gains supérieurs aux coûts (Dameron S., 2005). Cet équilibre incite les acteurs à coopérer (Barnard C., 1938).

M. Crozier et E. Friedberg (1977) parlent de rationalité calculatoire de la part des individus. Ils étendent cette sociologie de l'acteur à la notion de ressource: la coopération est une stratégie pour récupérer de nouvelles ressources.

Au sein d'un hôpital, la pharmacie et un service clinique qui vont développer des programmes communs destinés aux patients vont capter des budgets institutionnels destinés par exemple à l'éducation thérapeutique des patients. Cependant, cette coopération peut se heurter à différents antagonismes catégoriels ou de missions : ces programmes d'éducation thérapeutique peuvent être revendiqués à la fois par les personnels médicaux, soignants ou pharmaceutiques. Nous trouvons des réponses à ces difficultés de coopération inter-individuelles dans le deuxième type de coopération ci-dessous ;

- le deuxième type de coopération complémentaire est communautaire. Il se développe dans la co-construction du projet organisationnel (Ashforth B.E. et Mael F., 1989). Les travaux sur l'identité sociale expliquent comment la coopération se construit

parallèlement à celle de l'identité de l'individu dans le groupe (Sainsaulieu R., 1985 ; Ashford B.E. et Mael F., 1989 ; Elsbach K. et Bhattacharya C., 2001).

C'est l'école des relations humaines (Mayo E., 1933) qui a initié la recherche sur ces complémentarités. Cette coopération complémentaire est basée sur la congruence des intérêts individuels et la division du travail ; elle est fondée sur l'interne et sur la complémentarité des membres appartenant à un même groupe. Dans le cas de notre projet d'éducation thérapeutique ci-dessus, les rôles de l'infirmière, du médecin et du pharmacien viennent en fait se compléter.

En phase d'initialisation et de finalisation de projet, c'est la coopération communautaire qui fonctionne le mieux, chacun cherchant et trouvant sa place. Lors de la phase intermédiaire de développement de projet, c'est la coopération complémentaire basée sur les ressources qui prend le dessus (Dameron S., 2002).

Nous pourrions comparer ces deux approches de la coopération au modèle de confiance-coopération (Pesqueux Y., 2002) qui oscille entre une perspective **personnologiste** (proche de la coopération complémentaire) et une perspective **relationnelle** (proche de la coopération communautaire). La confiance entraîne la coopération et *vice versa*, indiquant le lien entre les deux types de coopération.

La coopération implique également la notion de confiance (Baier A.C.,1996 ; Luhman N.,1973). Celle-ci réduit la complexité bureaucratique et libère la coopération en un cercle vertueux entre confiance et fiabilité.

Selon J.H.Dyer et H. Singh (1998) la coopération renforce clairement la compétitivité de l'entreprise (Dagnino G.B. et *al.*, 2007), mais la nécessité de coopérer n'est pas unanimement reconnue : d'autres auteurs dissuadent de coopérer (D'Aveni R., 1995). Nous allons voir ci-dessous que le management socio-économique place la coopération au coeur du fonctionnement de l'organisation.

II.3.2.b Coopération et management socio-économique

Les coopérations sont au cœur de la théorie socio-économique (Savall H, Zardet V., 2004). Que ce soit en termes de conditions ou d'organisation du travail, de gestion du temps, de formation, de mise en œuvre stratégique et, bien sûr, en termes de communication-coordination-concertation, la qualité de coopération (Cf. micro-théorie conflit-coopération, Savall H., Zardet V.) conditionne la performance de l'organisation. La coopération doit agir dans toutes les directions : verticale comme dans les théories X et Y (Mac Gregor D., 1960), mais aussi horizontale. La **démarche «Horivert»** de la théorie socio-économique (Savall H., 1975, 3ème édition 1989, p.113-114) présentée dans le paragraphe 2 du chapitre III en est une illustration emblématique.

A l'hôpital, «le développement du management des coopérations interprofessionnelles permet d'améliorer l'efficience des ressources au service de la qualité des pratiques de soins» (Zardet V., Fier D., Savall H., Petit R., 2011, p.277s.). Le niveau de conflit génère de nombreux dysfonctionnements qui détruisent les ressources dont il faut sauvegarder une partie en limitant les coûts cachés. Les tensions professionnelles interviennent entre unités de soins, au sein des unités, mais aussi entre les personnels soignants, administratifs et techniques. Le pharmacien, membre du corps des praticiens hospitaliers, mandaté pour gérer le médicament tant financièrement qu'en termes de sécurité, peut apporter un niveau de coopération efficace permettant avant tout la recherche de solutions; son rôle de manager est peut être encore plus évident que celui des autres chefs de service.

Finalement, les stratégies coopératives selon H. Leibenstein (1982) se situeraient entre un équilibre non coopératif et un optimum coopératif, se caractérisant soit par la transformation d'un problème soit par sa résolution.

La notion de **coopération** rejoint ici celle de **pouvoir** et de **légitimité**, la coopération se présentant sous la forme de relation d'autorité acceptée ou non. La question est souvent d'extraire les questions de coopération des conflits personnels pour les amener vers l'intérêt collectif et le sens du devoir auxquels fait référence M.Weber (1922). La compréhension des notions de pouvoir et de légitimité va nous permettre de comprendre les relations possibles avec la nécessité de coopérer.

II.3.3 Le pouvoir, reflet de la légitimité et catalyseur de coopération

II.3.3.a Règles du pouvoir

Le pouvoir est le concept des sciences sociales le plus cité sur *Google* : 376 millions d'occurrences pour «*social power*» ; cela ne prouve rien, mais indique la centralité du phénomène dans les sciences sociales (Courpasson D., Golsorkhi D., 2009, p.61).

Sur un plan sociétal, le pouvoir revêt des formes politiques, normatives et économiques (Poggi G., 2001). L'exercice du pouvoir nécessite alors certaines ressources critiques comme l'indique le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : Allocations des ressources et formes de pouvoir

Mode d'allocation	Ressources critiques	Formes de pouvoir
L'ordre	La souveraineté	Politique
La coutume	Le statut	Idéologique & normatif
L'échange	La richesse	Économique

Source : Poggi G., 2001

Notre propos est d'étudier le pouvoir au niveau des individus. F. Perroux (1971) définit «le comportement des acteurs [comme] guidé par la recherche du gain mais aussi par la recherche du pouvoir» (cité par Lacolley J-L. et *al.*, 2010, p.54). Le pouvoir reste un

élément central des relations entre individus ; il correspond au «besoin d'amener les autres à adopter un comportement qu'ils n'auraient pas eu en temps normal» (Gabillet P., 2006, p.478*s*.). Cette définition rapproche la notion de pouvoir de celle de domination. L'approche radicale et désormais classique de S. Lukes (1974), illustre cette conception du pouvoir en distinguant trois dimensions types : A impose une décision à B, ou A limite les décisions de B, ou encore A domine B ce qui détermine ses préférences. Pour S. Lukes (1973), le pouvoir est une relation entre les acteurs.

L'exercice du pouvoir mobilise donc des ressources et des comportements. Pour comprendre les actions des individus par rapport au pouvoir, **M. Weber** (1922) **définit trois logiques**: la logique **instrumentale** qui correspond aux intérêts rationnels de l'individu, la logique des **valeurs** qui sous-tend la notion de devoir, la logique des **sentiments** qui exprime les émotions. Ces logiques de Weber nous éclairent sur quelques leviers de motivation ; elles nous rappellent que l'influence est souvent l'outil principal de la recherche de pouvoir, et se traduit par la mobilisation de ressources (expertise, détention d'information, bonne volonté, moyens), la maîtrise d'un risque, et la capacité à innover. Ces ressources correspondent à des zones d'incertitude que les acteurs souhaitent contrôler (Crozier M., Friedberg E., 1977) pour acquérir du pouvoir (Huault I., Leca B., 2009). Plus l'environnement est incertain, l'organisation en mouvement, les objectifs peu clairs, les ressources rares – ce qui est le cas à l'hôpital - plus des **stratégies innovantes**, surprenantes, peuvent rapidement devenir légitimes. Comme le souligne N. Alter (2003), l'innovation et la déviance bousculent les normes en place. La recherche de ressources constitue donc un mobile de pouvoir (Pfeffer J., Salancik G., 1978) ; et dès qu'il y a déséquilibre entre les ressources des uns et des autres, apparait une relation de pouvoir (Cyert R., March J., 1963).

Si la forme classique du pouvoir est basée sur l'autorité et soutenue par la notion de conflit, le pouvoir peut également être perçu comme consensuel et légitime pour maintenir les systèmes de l'organisation : «Le pouvoir peut être autant créatif que coercitif.» (Courpasson D., Golsorkhi D., 2009, p.63). Citons par exemple Gandhi, Jésus, Allah, Marx, Aristote dont le charisme et l'autorité sont soutenus par des législateurs, des écoles, des temples, églises ou mosquées, des partis ou congrès…, c'est-à-dire par des organisations. Le corpus scholastique décompose deux perspectives du pouvoir : **l'approche conflictuelle**

entre dominants et dominés et **l'approche consensuelle**, pour un fonctionnement légitime (Courpasson D., Golsorkhi D., 2009). Mais que ce soit dans le conflit (comme dans *Le Prince* de Machiavel, 1532) ou le consensus (comme dans *Le Léviathan de* Hobbes, 1651), les acteurs adoptent des comportements stéréotypés pour exercer leur pouvoir ou pour utiliser l'institution comme levier de pouvoir. Le courant néo-institutionnel analyse que les acteurs se comportent finalement tous de manière voisine par rapport au pouvoir (Di Maggio P. et Powell W.,1983).

Une **approche consensuelle du pouvoir**, conjointement à la recherche de ressources pour innover **nécessite une coopération de qualité** (Scherer F.M., 1982). La théorie de l'innovation suggère ainsi que la coopération crée les conditions d'un pouvoir légitime. En 1901, F.W. Nietzsche décrivait déjà le pouvoir comme capable de créer les conditions de la légitimité.

II.3.3.b Fondements de la légitimité

Selon J-P. Bréchet (2008, p.13-14) **«La règle, la légitimité, le pouvoir et le projet, voilà les ingrédients des raisonnements»**. De nombreux auteurs ont traité de la légitimité qu'elle soit classique avec le respect des règles ou plus récente avec les interactions entre parties prenantes ou l'importance de l'innovation.

Trois auteurs clés ont associé des critères au concept de légitimité : M. Weber (1947) R. Scott (1995) et M.C. Suchman (1995). Dans les travaux de **M. Weber** (1947) le concept de légitimité, considéré comme central dans l'analyse sociologique, est apparenté à la **conception classique de l'autorité et du pouvoir**, car selon M. Weber, le pouvoir est «toute chance de faire triompher, au sein d'une relation sociale donnée, sa propre volonté… ce qui rend le pouvoir légitime, c'est l'autorité; l'autorité est un pouvoir légitime» (Baudry B. et *al.,* 2007, p.1011*s*.). Dans « Économie et société », M. Weber (1922, Édition de 1971) définit trois formes de légitimité du pouvoir : la légitimité traditionnelle qui correspond au respect de la coutume, la légitimité charismatique, à celle du leader et la légitimité rationnelle-légale qui s'appuie sur le respect des lois et des règles impersonnelles et rationnelles (Buisson M-L., 2005, p.147*s*.). Pour M. Weber, les actions des individus sont «guidées par une croyance dans l'existence d'un ordre légitime» (Ruef M., Scott R., 1998, p.877). La proposition de

J. Habermas (1978) est intéressante car elle permet de bien différencier les **deux aspects principaux de la légitimité : celle relevant des valeurs de celle relevant de la légalité**.

R. Scott (1995), catégorise trois formes de légitimité: la légitimité **normative** (normes et valeurs sociales approuvées par l'organisation), la légitimité **cognitive** (culture, croyances partagées et comportements définissant l'identité organisationnelle) et la légitimité **règlementaire** (lois et mécanismes coercitifs). D'après Scott, les légitimités cognitive et normative sont des processus d'éducation et de socialisation, la légitimité règlementaire est plus formalisée.

Les deux modèles de Weber et Scott se rejoignent sur l'importance des normes, qu'elles soient issues de la loi ou de l'organisation, et sur celle de la culture et des valeurs. Alors que M. Weber insiste sur le charisme du leader, R. Scott parle d'**identité organisationnelle**. Si le modèle de Weber est fondateur des notions de pouvoir légitime, le modèle de Scott est le plus utilisé (Buisson M-L., 2005).

R. Sainsaulieu (1990) rejoint la proposition de Scott en expliquant que la légitimité s'articule effectivement avec l'identité de l'organisation.

M.C. Suchman (1995, p.571*s*.), définit la légitimité comme «une hypothèse ou perception générale que les actions d'une entité sont désirables, adaptées ou appropriées dans un système socialement construit de normes, valeurs, croyances et définitions. Il ajoute à la légitimité cognitive de R. Scott et sa dimension organisationnelle, une légitimité morale et une légitimité pragmatique intégrant les calculs personnels. À côté de sa composante collective, la légitimité organisationnelle **intègre donc la dimension individuelle des parties prenantes** (*stakeholders*) que l'organisation cherche à séduire. M.C. Suchman définit trois critères interpersonnels : le pouvoir d'influence, la légitimité de la relation et l'urgence à satisfaire les attentes des parties prenantes. Il ajoute enfin que l'ensemble des stratégies de légitimation repose essentiellement sur une politique de communication. C. Olivier (1991) rejoint la proposition de M.C. Suchman en expliquant que la légitimation est un processus d'influence, relevant du phénomène d'agence de la part des organisations et de leurs membres.

Ces trois auteurs ont retenu des critères d'ordre normatif et d'ordre culturel.

M. Weber insiste sur le charisme du leader, R. Scott sur l'identité de l'organisation et M.C. Suchman sur l'aspect des relations interpersonnelles.

Certains auteurs contestent la relation avec la notion de règle et de contrainte ; ils retiennent que l'autorité relève plutôt d'une **convention intentionnelle entre les parties** prenantes (Favreau 0., 1989). La théorie de l'économie des conventions permet de mieux comprendre les mécanismes de coordination intra-firme : les conventions indiquent le «comment» ou le «pourquoi» et permettent de coordonner les actions. Les notions de légitimité et de coopération apparaissent bien liées : le pouvoir peut rapidement être «délégitimé» par des sanctions en réponse à un conflit, alors que la capacité à rechercher des solutions peut transformer le conflit en coopération et le rendre ainsi légitime. Ces conventions, ciments de l'autorité, rejoignent la **théorie de la régulation sociale de J-D. Reynaud** (1997) (Favereau O., 1989), les régulations étant des compromis entre autonomie et contrôle, calcul et norme, acteur et système et au final le résultat de plusieurs légitimités. Notre recherche étudie la légitimité des parties prenantes au sein de l'organisation, mais on sait aussi qu'elles recherchent une légitimité sociale en dehors des organisations. La théorie néo-institutionnelle (TNI) y contribue (Selznick P., 1949), car l'environnement de l'organisation influe également sur sa légitimité (Di Maggio P.J., Powell W., 1983), à savoir ses fournisseurs, ses clients, les organismes gouvernementaux, l'opinion publique…mais les organisations sont tellement en quête de cette légitimité externe (Hatch M.J., 2000), qu'elles en oublient parfois leur légitimité interne (Weick K.E., 1976). C'est pourquoi notre thèse s'est volontairement limitée à la légitimité interne.

Si la légitimité part de la règle, elle se construit avec les acteurs. J-D. Reynaud (1997) explique que la légitimité prend du sens par rapport à un projet, comme nous l'indique J-P. Bréchet (2008) dans l'introduction de ce paragraphe. Enfin, ces **régulations sont à la fois collectives et individuelles** : collectives car elles tirent de l'action des règles légitimes, et individuelles car elles combinent affectivité, routine et calculs intéressés qui s'intègrent dans le contexte collectif ; c'est le **concept de rationalité proposé par M. Crozier et E. Friedberg** (1977), développé également dans les travaux de A. Sen (1993). **La notion de légitimité rejoint ici celle de coopération**. La notion de coopération repose sur le prédicat,

selon F. Perroux (1973) que les individus en interaction ont un intérêt mutuel à atteindre un certain résultat, et n'ont pas intérêt à dévier de ce résultat. La légitimité est la clé de la solution au problème de coopération au sein des organisations. F. Perroux rappelle qu'un échange est une rencontre entre des sujets et des projets. Autrement dit, comme le précise J-D. Reynaud (Bréchet J-P., 2008, p.13) «la légitimité est en général relative à un projet…elle dépend aussi de l'autorité accordée aux décideurs».

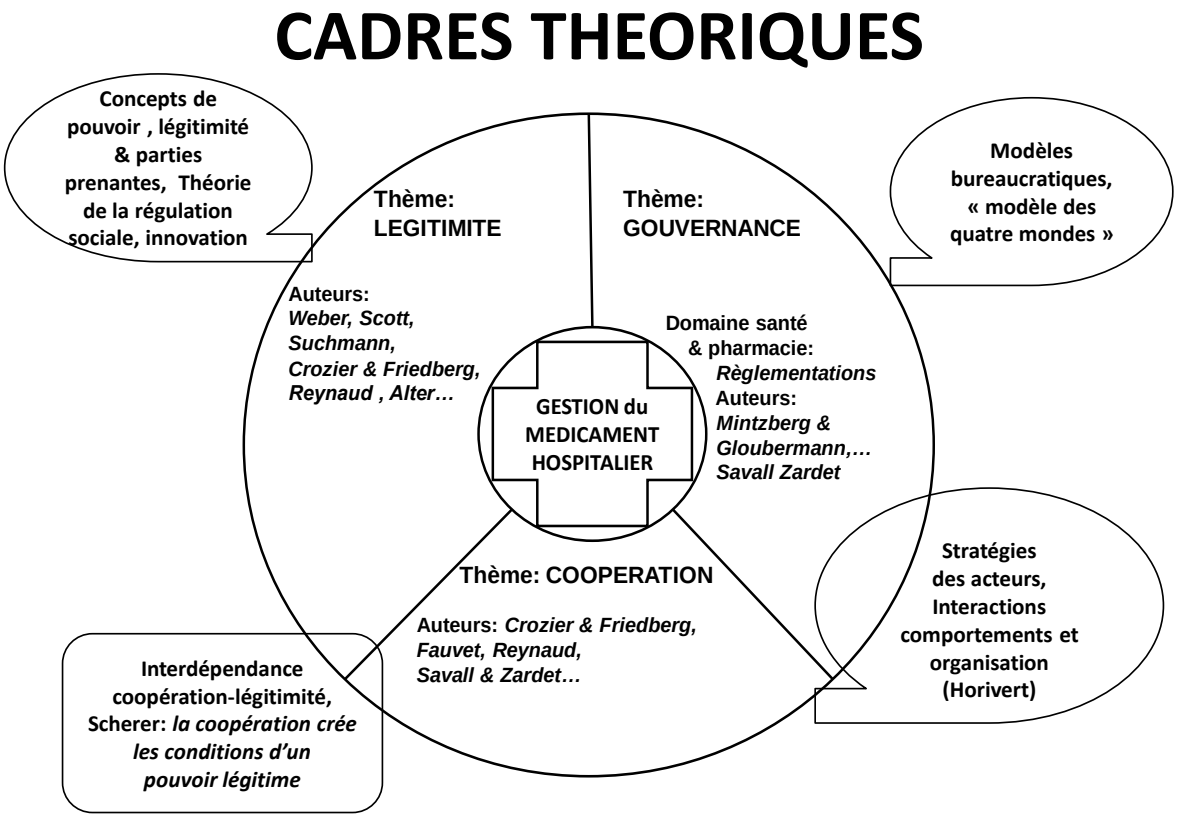
Pour compléter les notions de légitimité par la règle, par les valeurs, par l'autorité, par les conventions et finalement par le rôle central des parties prenantes, nous abordons ci-dessous l'importance du processus de légitimité, celui-ci devant s'appuyer sur de vraies innovations. **La légitimité n'est pas un phénomène statique ; c'est un processus continu** (Beaulieu S. et *al.*, 2002) (Oliver C., 1991) dont les règles sont en permanence construites et reconstruites, ce que décrit la théorie de la régulation sociale (TRS) (Reynaud J-D., 1997). La légitimation est un «processus par lequel une organisation justifie à un système son droit d'exister […], de continuer à importer, transformer et exporter de l'énergie, des matériaux et de l'information» (Maurer J.G., 1971, p.371). Une information adéquate (Kostova T., Zaheer S., 1999) (Scott S.G., Lane V.R., 2000), soutenue par un processus d'actes et de paroles (Brown A.D., 1994) permettant le développement de croyances collectives (Greenwood R., Suddaby R., Hinings C.R., 2002) est essentielle dans un processus de légitimité.

Enfin, la légitimité se nourrit d'innovation ; c'est un aspect central de la légitimité. Selon P.S. Adler et S.W Known (2002, p.33), le **concept de légitimité**, s'il est relié aux notions de règles, de valeurs et associé aux niveaux organisationnel et individuel, dépasse celui de la seule autorité. Il est **relié au concept d'innovation** : «le défi des organisations dépend de leur habileté à maîtriser leurs activités techniques et à maintenir leur légitimité». L'innovation dépendant de la captation de ressources, la légitimité devient une ressource à part entière qui en attire d'autres. La question est de savoir comment attirer ces ressources ; comment construire ce processus continu de légitimité, mieux communiquer et coopérer, répondre aux attentes des parties prenantes, respecter les règles et les normes, intégrer à la fois la culture de l'organisation et les calculs personnels.

La théorie socio-économique et ses **micro-théories du comportement humain** permettent d'introduire le concept de coopération. Certains auteurs ont facilité l'articulation

entre les concepts de la coopération et de la légitimité. La figure 11 ci-dessous reprend la présentation des principaux auteurs mobilisés.

Figure 11 : Représentation des thèmes de recherche et des auteurs mobilisés



Les trois thèmes retenus permettent de traiter à la fois des éléments de contexte importants à la compréhension de l'hôpital, et des cadres théoriques retenus pour traiter notre objet de recherche. Le thème «pilotage et gouvernance» mobilise les auteurs de sciences de gestion les plus fréquemment cités à l'hôpital ; complété de l'histoire et des réformes, le champ de notre recherche est ainsi délimité. La théorie socio-économique, cadre central de notre recherche permet une approche intégrée d'une organisation comme l'hôpital. Cette théorie permet de mobiliser à la fois les thèmes «coopération» et «légitimité» en reprenant les auteurs retenus pour traiter ces deux approches. Elle permet d'y associer un cadre épistémologique et méthodologique que nous traitons au chapitre III.

CHAPITRE III

CHOIX MÉTHODOLOGIQUE : LA RECHERCHE-INTERVENTION AU CŒUR DES MOYENS MOBILISÉS

La justification des cadres épistémologiques et méthodologies nous conduit au choix de la recherche-intervention de type socio-économique à laquelle nous avons associé d'autres outils de management comme la stratégie des partenaires et l'approche par processus. La présentation des hôpitaux étudiés permet enfin de relier le contexte des terrains d'observation à l'objet et au cheminement du corps d'hypothèses.

III.1 Cadre épistémologique et choix méthodologique au service de la recherche de terrain

Hypothèse descriptive n°3 : Les chercheurs travaillant sur ce processus de recherche itératif sont amenés à choisir la recherche-intervention.

Les différentes approches épistémologiques, soutenues par des raisonnements itératifs tantôt inductif, tantôt déductif et confrontées aux différentes méthodologies nous orientent vers une démarche de nature constructiviste et au choix de la recherche-intervention qualimétrique.

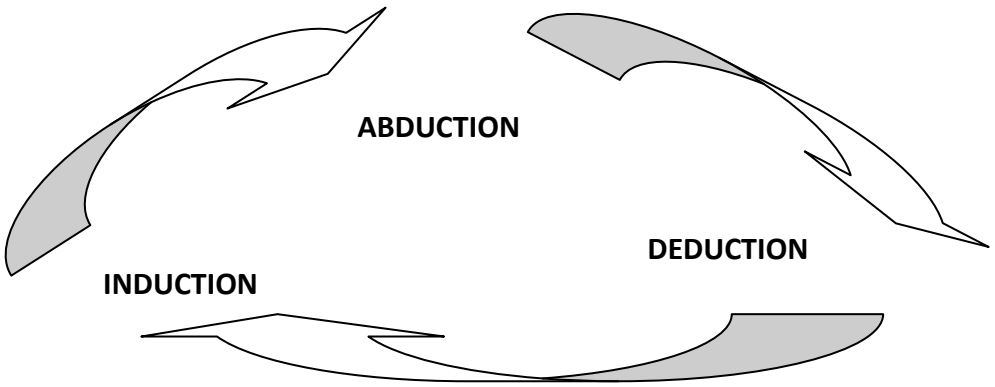
III.1.1 Positionnement épistémologique de type constructiviste

Nous étudions le processus de transformation de l'objet en construisant notre propre représentation de la réalité (Savall H., Zardet V. ,2003), car nous ne partons pas, *a priori*, d'une modélisation théorique positiviste de logique déductive. Notre raisonnement est abductif (tirer des conjectures et hypothèses explicatives à partir de l'observation) ; il devient alternativement déductif (ou hypothético-déductif en structurant des hypothèses), et inductif (observer des régularités pour formuler des hypothèses d'observations plus générales). Le raisonnement déductif consiste à poser une hypothèse puis à collecter des

données pour évaluer le degré de validité de cette hypothèse et le raisonnement inductif consiste à observer puis formuler des hypothèses à partir de l'observation (David A., 2008).

Le raisonnement abductif oblige le chercheur à tirer des conclusions de ses observations puis à tester ces conclusions. D'ailleurs G. Bachelard (1938) revendique cette approche qu'il qualifie d'expérience scientifique pour contredire l'expérience dite commune. La boucle itérative de la production de la connaissance consiste en des allers-retours entre l'observation qui permet la formulation d'une hypothèse explicative (phase abductive), la recherche de conséquences qui permet la construction d'une hypothèse prescriptive (phase inductive), et enfin la confrontation des résultats aux règles et cadres théoriques qui vont infirmer ou confirmer même partiellement les hypothèses descriptives (phase déductive).

Figure 12 : Articulation des raisonnements déductif, inductif, abductif (Savall H., Zardet V., 2004)



La logique positiviste considère le monde comme une réalité objective que le chercheur observe avec neutralité et rationalité. Cette logique rationnelle et déductive est souvent soutenue par les mathématiques avec une volonté de reproductibilité (Horvath I., 2012). La logique constructiviste est plus proche du raisonnement des chercheurs en sciences de gestion en intégrant des variables de contexte. Elle repose sur la construction progressive de la représentation de la réalité (Savall H., Zardet V., 2004). En termes de méthodologie de recherche, nous avons le choix entre deux types de recherches, quantitative et qualitative. Pour I. Barth, le choix épistémologique ne correspond pas obligatoirement à celui d'une méthodologie donnée (M'Bengue et *al*., 2000).

Nous avons fait le choix d'une **approche constructiviste**, **abductive** soutenu par une méthodologie de **recherche-intervention qualimétrique,** à la fois qualitative, quantitative et financière.

III.1.2 Approche méthodologique : qualitative ou quantitative ?

Les approches constructivistes orientent fréquemment vers une méthodologie plus qualitative, alors que les recherches quantitatives sont adaptées pour tester des relations linéaires entre un nombre limité de variables sur un grand échantillon avec une problématique cadrée. La recherche peut également être expérimentale, en laboratoire, ou sous la forme de questionnaire ou de bases de données qui permettent de recueillir des données primaires sommaires mais faciles à standardiser (nous utiliserons en partie cette méthodologie sur notre terrain central d'observation). Les bases de données et sondages fournissent des données secondaires déjà accessibles. Ces données sont traitables rapidement par exploitation statistique, mais restent neutres et sans la valeur ajoutée de l'interprétation. Les recherches qualitatives représentent une large palette de possibilités pour comprendre les organisations. Si elles sont plus souvent de nature inductive, afin de modéliser l'observation, elles peuvent aussi être déductives à partir d'un modèle et de données d'échantillons. Notre travail de diagnostic des terrains s'appuie initialement sur une approche essentiellement qualitative.

Il existe différentes méthodes de **recherche qualitative** (Savall H., Zardet V., 2004):

- l'**étude de cas**, souvent positiviste, permet le recueil de données sous forme d'enquête ou par triangulation de données afin de rapporter une situation concrète (Yin R., 1994) ;
- la **recherche-action** (*action-research*), principalement constructiviste, implique l'observation *in vivo* au sein de l'organisation pour la collecte des données ; elle est attribuée à K. Lewin (1951) et intègre théorie et pratique dans chaque étude. Le but de cette recherche est d'améliorer la condition des acteurs et de tester des hypothèses (Koenig G., 1993) (Argyris C., Schön D.A. , 2002).
- la **recherche clinique** (*action-science*), le plus souvent constructiviste, est utilisée par le Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique (CRG), qui travaille sur les

stratégies d'innovation et les coopérations inter-firmes ; ce type de recherche implique une participation plus importante à la vie de l'entreprise (Argyris C., 1970) (Girin J., 1989) ;

- la **recherche-intervention**, de nature constructiviste est mobilisée par le centre de gestion scientifique (CGS) de l'École des Mines-Paritech, qui modélise des outils de gestion. Au-delà de l'observation de l'organisation, elle prétend mettre en place un processus de changement des comportements par l'implantation d'outils. La recherche-intervention vise la transformation de l'objet de recherche (David A., 2001)

Enfin, la **recherche-intervention qualimétrique** (recherche-expérimentation), d'approche constructiviste, inclut la production de connaissances génériques. Cette méthodologie est développée par l'Institut socio-économique des organisations (ISEOR) (Savall H., Zardet V., 2004). La recherche-intervention qualimétrique extrait des données qualitatives et produit des données quantitatives et financières, dans le but de comprendre et transformer l'ensemble de l'organisation dans une démarche de co-construction participative. L'approche socio-économique, en imbriquant les contextes quantitatif et qualitatif, se différencie des systèmes socio-techniques qui n'explorent pas l'aspect financier (Bojie D., Rosile G.A., 2003).

III.1.3 Choix de la recherche-intervention

Une recherche-intervention provient avant tout d'une demande liée à un problème rencontré. Elle nécessite de disposer de temps, de pouvoir circuler et échanger librement dans l'organisation et de mettre en place des structures de pilotage collectives (Moisdon J-C., 2006). Ces conditions, une demande bien identifiée, une volonté claire d'accompagner la transformation de l'organisation, un accès ouvert au terrain de recherche central, nous ont permis de retenir la méthodologie de recherche-intervention.

Etant rattaché au laboratoire ISEOR, nous avons choisi une recherche-intervention de type socio-économique qui cumule les approches qualitative, quantitative et financière et propose une méthode intégrée pour transformer l'organisation.

Le point de départ de la démarche est le discours des acteurs, ceux-ci étant rapidement conquis par cet aspect participatif et qualitatif. Notre habitude professionnelle de la relation de clientèle a facilité ce choix méthodologique.

L'approche scientifique concrète et la dimension sociale de la recherche-intervention socio-économique a séduit les décideurs et personnels hospitaliers en quête de performance pour les soins aux patients et aussi en termes de bonne gestion budgétaire. Ils y voient tous un moyen commun et crédible d'aborder la notion de performance autrement que sous sa seule composante financière. Finalement pour l'hôpital la socio-économie est en quelque sorte un concept de «**soin-efficience**».

La recherche-intervention qualimétrique est une méthodologie de recherche intégrée dont les outils permettent une approche diagnostique et le déploiement des projets dans le but de transformer l'organisation et d'améliorer sa performance. Les organisations ayant souvent recours à d'autres approches, nous allons étudier la facilité d'intégration d'autres outils au management socio-économique.

III.2 Recherche-intervention socio-économique et intégration d'autres approches managériales

Hypothèse explicative n°3 : La recherche-intervention socio-économique favorise une approche globale et facilite l'intégration d'autres outils de management.

Nous positionnons la recherche-intervention socio-économique comme une supra-méthode comportant une panoplie complète d'outils auxquels nous proposons d'en intégrer d'autres, de management adaptés aux niveaux de complexité relationnel et technique de l'hôpital : la stratégie des partenaires et l'approche par processus.

III.2.1 Recherche-intervention qualimétrique, une approche globale

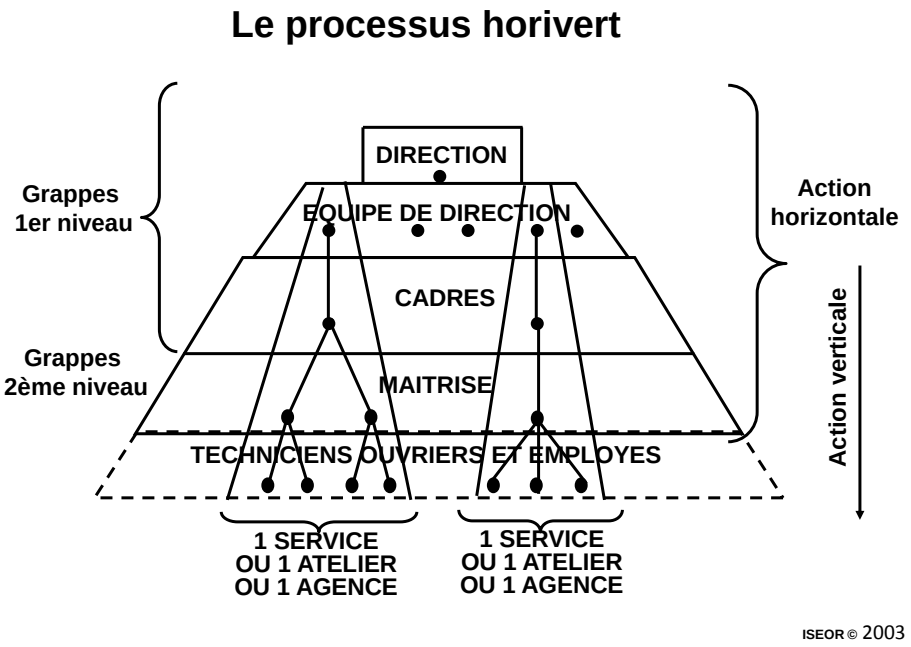
III.2.1.a Description de la recherche-intervention socio-économique

Afin de dynamiser les organisations, ce type de recherche-intervention propose une méthode de transformation globale qui débute par une négociation avec la Direction.

L'intervention commence par une démarche horizontale auprès de l'équipe de direction et par une démarche verticale du directeur vers le personnel de base auprès d'une ou deux unités de l'organisation. C'est la **démarche «Horivert»** qui est progressive et s'étend souvent sur plusieurs années. Son déroulement est structuré selon les différentes phases de diagnostic-projet-mise en œuvre-évaluation avec les acteurs. Le rythme entre chaque étape est important pour accompagner un changement efficace. La démarche est étendue ensuite à l'ensemble de l'organisation. Pour des questions de disponibilité personnelle (salarié à temps plein), notre recherche ne sera pas généralisée à l'ensemble des services cliniques partenaires de la pharmacie. La phase d'expérimentation - du diagnostic au projet - dure souvent plus d'un an. Une démarche complète jusqu'à l'évaluation du projet prend deux à trois ans. Nous verrons que nos diagnostics ont eu une durée moyenne d'une année et l'expérimentation longitudinale de notre terrain central s'est étendue sur plus de trois ans. La démarche de généralisation est engagée de manière très progressive. S'agissant de changements touchant aux comportements des acteurs et à la culture de l'organisation, nous pouvons dire que cette démarche doit être continue et intégrée à la stratégie.

La phase d'expérimentation, reprise dans la figure 13 ci-dessous, met en évidence les grappes d'une intervention «Horivert».

Figure 13 : Processus «Horivert»



Source : Savall H., Zardet H., 2003

L'originalité du processus «Horivert» réside dans le fait que sa phase horizontale au niveau de l'équipe de direction (grappes de 1er niveau) et des cadres intermédiaires (grappes de 2ème niveau) démarre en même temps que sa phase verticale vers les personnels de plusieurs unités, services et ateliers. La mise en œuvre simultanée des deux phases horizontale et verticale est importante afin de limiter le risque d'arrêt de la recherche-intervention lors d'une phase précoce de diagnostic horizontal et de limiter la durée globale de l'intervention pour arriver à la généralisation.

La démarche «horivert» permet d'articuler immédiatement les dysfonctionnements stratégiques et les dysfonctionnements opérationnels et d'impliquer les cadres dans les deux composantes horizontale et verticale du processus. Au final, la démarche «Horivert» insiste sur l'action verticale, la Direction ayant souvent une vision imparfaite de ce qui se passe à la base de l'organisation (Savall H., Zardet V., 2003). Au final, la dimension verticale de la démarche «Horivert» de la recherche-intervention qualimétrique peut être rapprochée de la

verticalité de celle des théories X (*bottom-up*) et Y (*up-bottom*), élaborées par X. Mac Grégor (1960) étudiées au chapitre II.

Pour accompagner son approche, l'ISEOR a développé un certain nombre d'outils qui permettent la décentralisation du management socio-économique. Nous verrons ces outils dans le paragraphe I.3.2.1c ci-dessous correspondant à la phase de projet.

III.2.1.b Démarche du diagnostic socio-économique

Le diagnostic commence par une phase d'écoute des acteurs qui permet de créer un climat de confiance en direction de l'intervenant, mais aussi du personnel envers les différents niveaux hiérarchiques. La démarche n'a pas pour objectif de rechercher des coupables mais de régler des problèmes. Cette proposition peut paraître évidente, mais le vécu au sein des organisations montre souvent qu'il n'en est rien. Nous avons constaté que l'application de cette méthode permet réellement l'installation d'un bon niveau de confiance et stimule positivement les comportements.

Le recueil des données est réalisé selon trois procédés :

- l'**étude des documents** et données chiffrées,
- l'observation directe en immersion,
- les **entretiens qualitatifs semi-directifs**, facilités par la démarche «Horivert ».

La personne interviewée en entretien s'exprime librement. L'intervenant-chercheur relance la discussion ou demande des précisions ; il effectue une prise de note exhaustive de chaque phrase identifiant un dysfonctionnement ; nous avons préféré cette méthode à l'enregistrement puis la retranscription des propos. L'analyse de ces entretiens est ensuite effectuée selon un classement rigoureux des phrases-témoins rattachées aux thèmes et sous-thèmes de dysfonctionnements de la nomenclature retenue. En recherche qualitative, la nomenclature peut être construite spécifiquement ; nous avons choisi la nomenclature de l'ISEOR (tableau 8 ci-après) qui reprend tous les domaines de gestion d'une organisation (condition et organisation du travail, communication-coordination-concertation, gestion du temps, formation, mise en œuvre stratégique).

Les **phrases-témoins** sont ensuite regroupées par **idées-clés**, celles-ci étant proposées par l'intervenant sous sa responsabilité. C'est au moment de l'analyse des «*verbatim*», recueillis sous forme de «phrases-témoins» exprimant chacune un dysfonctionnement, que la formulation d' «idées-clés» fait ressortir les spécificités propres à chaque organisation. Les phrases-témoins sont anonymes et codées par catégories de personnels et par unités d'appartenance afin de donner des indications complémentaires tout en garantissant l'anonymat. Nous avons choisi deux catégories, les managers et les personnels, en regroupant sous l'appellation «manager» les cadres de santé, techniques ou administratifs, les médecins, pharmaciens et leurs internes ; l'appellation «personnel» regroupant les autres catégories non cadres, personnels soignants, préparateurs en pharmacie, personnel administratif et agents. Pour préciser le lieu d'exercice de la personne nous avons simplement indiqué le service concerné, que ce soit un service de soins, un service médico-technique (pharmacie par exemple) ou la direction de l'établissement.

Les idées-clés sont associées à leur fréquence d'occurrence et présentées dans les monographies des terrains et le document de présentation qui permet d'effectuer un retour aux intéressés, l'**effet miroir**. Il convient de relativiser ces fréquences qui peuvent présenter des biais par exemple en cas de mot d'ordre au sein de l'organisation. Une idée-clé présentant une fréquence élevée peut révéler un «dada» de l'entreprise et inversement une fréquence basse, un «tabou» (Savall H., Zardet V., 2003, p.280). Toutes les catégories de personnels sont interviewées : le directeur général, le directeur des ressources humaines, les managers des unités concernées, les représentants du personnel. Les managers sont vus individuellement et les personnels, sous forme d'entretiens de groupe d'environ cinq personnes. L'ensemble du travail débouche sur la préparation d'un «effet-miroir» (Cf. chapitre IV.2.2) restituant fidèlement les propos tenus. Celui-ci, présenté en réunion anonymement aux personnes interviewées, suscite des réactions et des échanges utiles ensuite à la construction de la phase de projet. Un entretien d'une heure à une heure et demie pour un diagnostic d'une trentaine d'heures permet donc d'exploiter en moyenne entre 300 et 450 phrases-témoins (Savall H., Zardet V., 2003, p.268).

Nous présentons ci-après la nomenclature complète élaborée par l'Institut socio-économique des organisations.

Tableau 8 : Nomenclature des dysfonctionnements

PJUB - Reproduction et représentation réservées, confié pour un usage privé

NOMENCLATURE GENERALE DES THEMES ET DES SOUS-THEMES DE DYSFONCTIONNEMENTS

THEMES	SOUS-THEMES
1) Conditions de travail	101 Aménagement et agencement des locaux 102 Matériel et fournitures 103 Nuisances 104 Conditions physiques de travail 105 Charge physique de travail 106 Horaires de travail 107 Ambiance de travail
2) Organisation du travail	201 Répartition des tâches, des missions, des fonctions 202 Régulation de l'absentéisme 203 Intérêt du travail 204 Autonomie dans le travail 205 Charge de travail 206 Règles et procédures 207 Organigramme
3) Communication - Coordination- conçertation [3C]	301 3C interne au service 302 Relations avec les services environnants 303 3C entre réseau et siège 305 3C entre maison-mère et filiale 306 3C au niveau de l'équipe de Direction 307 3C entre élus et fonctionnaires 308 Dispositifs de 3C 309 Transmission des informations 310 3C Verticale 311 3C Horizontale
4) Gestion du temps	401 Respect des délais 402 Planification, programmation des activités 403 Tâches mal assumées 404 Facteurs perturbateurs de la gestion du temps
5) Formation intégrée	501 Adéquation formation-emploi 502 Besoins de formation 503 Compétences disponibles 504 Dispositifs de formation 505 Formation et changement technique
6) Mise en oeuvre stratégique	601 Orientations stratégiques 602 Auteurs de la stratégie 603 Démultiplication et organisation de la mise en oeuvre stratégique 604 Outils de la mise en oeuvre stratégique 605 Système d'information 606 Moyens de la mise en oeuvre stratégique 607 Gestion du personnel 608 Mode de management

© ISEOR 1989
MAJ : 13/12/99

Source : Savall H., Zardet V., 2003, *op.cit.*

L'intervenant évalue parallèlement à cette étape les coûts cachés car les dysfonctionnements élémentaires (causes diverses d'absentéisme, problèmes de qualité et/ou de productivité) entrainent des régulations qui consomment à la fois de l'activité (surtemps et/ou non-production, calculés en temps humain) et des produits (surconsommation). Le dernier composant des coûts cachés regroupe les risques, préoccupation que nous retrouverons dans le chapitre IX.

La méthode d'évaluation des coûts cachés se décompose en un module social, un module organisationnel et un module financier (méthode SOF). Le module social détecte les dysfonctionnements et leurs causes ; le module organisationnel met en évidence les régulations et leurs conséquences (surtemps, surconsommation) ; le module financier évalue le montant de ces régulations en coût global et en coût par salarié et par an. Cette méthode également appelée méthode qQFi (qualitative, quantitative et financière), est au centre de la démarche qualimétrique. Les coûts cachés sont ressentis comme une analyse objective ; au-delà de leur aspect financier qui met en regard les coûts et la qualité, ils permettent également une implication de tout le personnel (Savall H., Zardet V., 2003, p.279, *op. cit.*).

L'effet-miroir réalisé, l'intervenant-chercheur rédige un «**avis d'expert**» qui délivre son diagnostic. Il y reprend ses notes, il y intègre les non-dits qu'il a détectés, ses observations *in situ* et l'étude des données et documents mis à sa disposition. Il fait apparaître des idées-forces et alerte sur les dysfonctionnements à haut risque. Cet avis dessine des pistes de travail et permet d'aborder la phase de projet. L'avis d'expert est remis à l'équipe de direction et communiqué aux personnes qui en font la demande. Ce dernier point est parfois délicat à gérer sur le terrain, l'avis d'expert étant souvent considéré comme un rapport au seul bénéfice du commanditaire initial.

La phase diagnostique est le fondement de la démarche ; elle nécessite d'être consciencieusement effectuée avant d'entamer la phase de projet, si l'on souhaite en fin de recherche-intervention reprendre la même méthode pour mesurer précisément la transformation de l'organisation.

III.2.1.c Phase de projet

Après la phase de diagnostic, celle de projet a pour but d'initier un changement dans l'organisation en mobilisant, dans la confiance, la capacité d'autoproduction des acteurs dans un projet plus global. L'un des objectifs est de renforcer le rôle de l'encadrement dans le processus de changement à travers les groupes du projet :

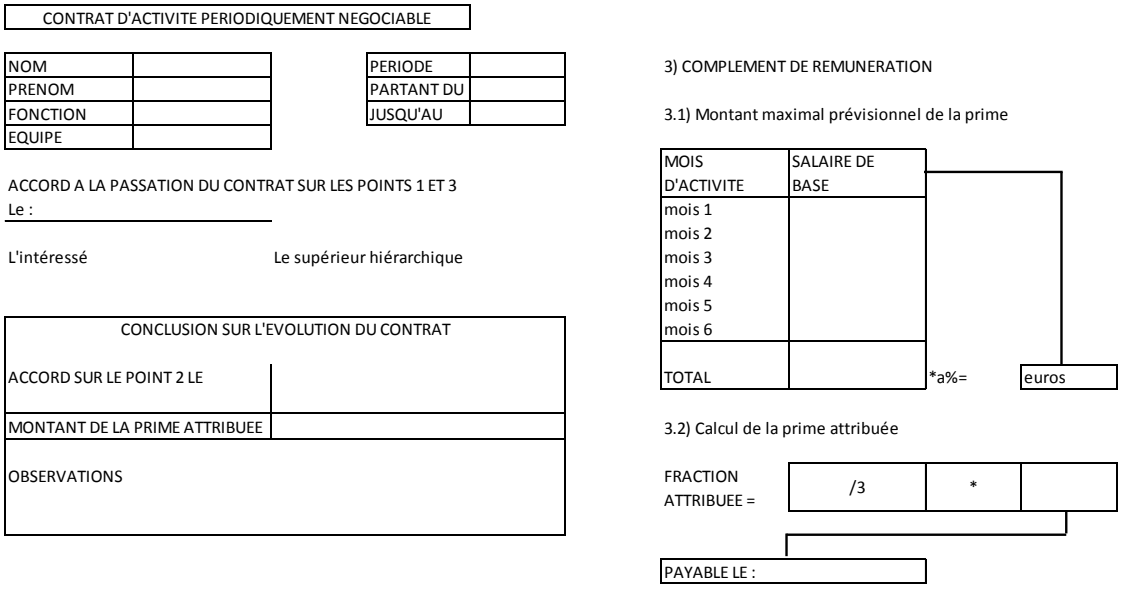
- un **groupe restreint** qui pilote l'avancement du projet en s'assurant de la cohérence avec la stratégie, composé de la direction, des responsables du projet et de l'intervenant-chercheur
- un **groupe plénier** qui complète le diagnostic et ébauche des solutions créatives.

À partir des dysfonctionnements mis en lumière par les idées-clés, la première étape consiste à fixer des objectifs et à définir les actions pour les atteindre. Les pistes de travail qui ont émergé de la réunion d'effet-miroir sont ensuite proposées dans l'avis d'expert de l'intervenant-chercheur. Le groupe restreint les formalise en pré-projets et les présente aux collaborateurs en groupe plénier avant de les prioriser et de constituer les groupes projets. Outre l'accompagnement de la performance, l'intérêt de l'organisation et de son encadrement réside dans le développement de l'autonomie et de la polyvalence des personnels.

Pour accompagner les projets retenus, l'Institut socio-économique des entreprises et des organisations (ISEOR) a mis au point un certain nombre d'**outils**. Le **contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN)** est le ciment du fonctionnement entre le manager et son collaborateur.

Le CAPN est établi tous les six mois entre le collaborateur et son supérieur. Il articule les relations entre les individus et l'entreprise en déterminant des objectifs articulés à ceux de l'entreprise, les moyens pour y parvenir et les contreparties pour le salarié comme le montre le modèle de la figure ci-dessous.

Tableau 9 : Modèle de contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN)



Source : Savall H., Zardet V., 2003©

Nous retrouvons dans le CAPN l'identification du collaborateur, de son unité, la période de réalisation du contrat, l'emplacement pour la réalisation des objectifs et les modalités de rémunération. Par rapport aux entretiens de performance développés habituellement dans les entreprises, ce type de contrat est en permanence synchronisé aux outils stratégiques de celle-ci. Le CAPN s'appuie donc sur d'autres outils : le **plan d'action prioritaire (PAP)** qui définit les actions à réaliser pour l'unité (service) sur une période donnée, souvent six mois. Ce sont les objectifs stratégiques à la fois internes et externes qui permettent d'élaborer le PAP. Ils figurent dans un **plan d'actions stratégiques internes et externes (PASINTEX)** défini pour trois à cinq ans, le PASINTEX se déclinant en différents PAP, un par unité. Le plan d'action prioritaire a pour but de réduire les dysfonctionnements de l'organisation.

En conclusion, le PAP organise la mise en œuvre stratégique et le CAPN en définit les objectifs individuels. Dans un environnement public, nous avons eu des difficultés d'installation du CAPN. Le chef du service pharmacie de notre terrain central d'observation a néanmoins mis en place un système d'évaluation annuelle qui n'existait pas auparavant à l'hôpital. Ce système d'évaluation que nous aborderons plus loin an chapitre V a été établi suite à l'utilisation d'un autre outil-clé de management socio-économique, la **grille de compétences** qui permet de d'identifier les compétences disponibles dans une unité de fonctionnement (ici, le service), comme le montre le tableau 10 ci-dessous.

Tableau 10 : Grille de compétences

GRILLE DE COMPETENCES PHARMACIE ABC - PROJET ISBA de Recherche-Intervention

Activités / Acteurs	FONCTION	DANS L'ORGANISATION EN DEBUT DE PERIODE: AVRIL 2010																											POLYVALENCE	OBSERVATIONS SAVOIR - FAIRES NOUVEAUX A CRÉER
		OPERATIONS EXISTANTES DE GESTION SECURITE														OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT												SAVOIR-FAIRE PARTICULIER				
VULNERABILITE																														

LEGENDE :

■ Pratique courante maîtrisée sans dysfonctionnement (3)
◪ Pratique occasionnelle ou non entièrement maîtrisée (2)
□ Connaissance des principes sans pratique (1)
— Ni connaissance théorique ni pratique
○ A réaliser

© ISEOR
MAJ : 17/3/2000

Source : Savall H., Zardet V., 2003, *op.cit.*

Le principe de cet outil est d'indiquer en ordonnée les personnes de l'unité et en abscisse leurs activités. Le but n'est pas d'évaluer chaque personne pour la comparer aux autres, mais de visualiser les compétences disponibles et leur niveau d'expertise dans une unité d'organisation. Cela rend compte des zones de confort et des manques, et permet la réorganisation et les formations nécessaires (Savall H., Zardet V., 2003). La grille de compétences est un outil-clé d'accompagnement qui donne une photographie au début de

la phase projet puis au cours de son évaluation. La concrétisation du projet impose cette analyse des compétences, son niveau d'atteinte avant d'envisager les compétences à renforcer, les compétences manquantes et les actions de formation qu'il faudra envisager.

Le pharmacien-chef du terrain central d'observation a réalisé une grille basée sur les compétences requises à chaque fonction que nous étudierons au chapitre V. Aux stades du diagnostic puis de la définition du projet la présence de l'intervenant est importante. Pendant le déroulement des projets et l'appropriation de la méthodologie et des outils, elle n'est importante que lors des réunions des groupes de travail, jusqu'à l'évaluation finale des transformations de l'organisation.

III.2.1.d Évaluation longitudinale

L'évaluation permet de mesurer le chemin accompli. Elle consiste en un nouveau diagnostic dont les résultats sont comparés au diagnostic initial. Ce diagnostic d'évaluation permet de constater ce qui a progressé. Il évalue le processus de changement et l'évolution sur l'ensemble des thèmes de la nomenclature. La grille d'analyse est la même, mais elle est orientée non pas sur les dysfonctionnements, mais sur ce qui a évolué ou non.

Dans la fiche ci-dessous, nous avons adapté le guide d'entretien d'évaluation socio-économique (annexe 3) à notre hôpital A.

Figure 14: Fiche d'évaluation socio-économique (hôpital A)

GUIDE D'ÉVALUATION de l'HÔPITAL A à partir du guide d'évaluation

Marc FRACHETTE, Janvier-mars 2012

Question à poser : «qu'est ce qui a changé depuis le début de l'intervention avec quels impacts sur le circuit du médicament ?»

PROCESSUS DE CHANGEMENT

-Apports des entretiens

-Apports de l'effet miroir

-Apports de la phase projets : déroulement et productions

THèME 1 : CONDITIONS DE TRAVAIL

Questions : ACTIONS et IMPACTS ?

THÈME 2 ORGANISATION DU TRAVAIL

Questions : ACTIONS et IMPACTS ?

THÈME 3 : COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION : 3C

Questions : ACTIONS et IMPACTS ?

THÈME 4 : GESTION DU TEMPS

Questions : ACTIONS et IMPACTS ?

THÈME 5 : FORMATION INTEGRÉE

Questions : ACTIONS et IMPACTS ?

THÈME 6 : MISE EN ŒUVRE STRATÉGIQUE :

Questions : ACTIONS et IMPACTS ?

CONCLUSION

Quels sont les éventuels besoins complémentaires ?

Quels sont les suggestions pour la poursuite d'une intervention socio-économique dans l'hôpital ou l'institution ?

La réévaluation de l'hôpital A en fin de projet a pour but d'observer la réduction des dysfonctionnements et les changements organisationnels obtenus. La réévaluation des compétences vérifie le sérieux des apprentissages et des savoir-faire désormais disponibles. Cette démarche peut être complétée par un toilettage permanent du fonctionnement de l'organisation, réalisé en interne de manière de plus en plus autonome par les responsables du projet. Le niveau de recours à l'intervenant sera un marqueur de la réelle implantation de cette méthode de management. Ces diagnostics, projets et évaluations nécessitent d'être mesurés. C'est pourquoi, le management socio-économique propose des indicateurs de pilotage.

III.2.1.e Choix d'indicateurs de pilotage

Des indicateurs de mesure doivent être associés pour accompagner la démarche ; ils sont issus de ceux proposés par le management socio-économique:

- le niveau d'absentéisme, reflet de la motivation du personnel,
- la rotation du personnel et la bonne adéquation entre la formation et l'emploi,
- la qualité, un moindre niveau d'erreur, un meilleur suivi des clients et un souci d'innovation,
- la productivité, de meilleures ventes ou de meilleurs délais de réalisation.

Pour mettre en évidence les bénéfices de ces actions, la méthode propose des indicateurs d'alerte : un *ratio* coûts cachés sur coûts visibles, un *ratio* coûts externés sur coûts internés et un *ratio* temps directement productif sur temps indirectement productif. Concrètement, si les coûts cachés augmentent par rapport aux coûts comptables classiques, l'alerte doit être donnée sur les dysfonctionnements. Si l'entreprise externalise de plus en plus de coûts, il arrive un moment où ceux-ci sont ré-internés par effet *boomerang.* Enfin, si le temps dit improductif diminue trop, l'entreprise perd son professionnalisme et sa capacité à innover. Ces indicateurs de pilotage peuvent être regroupés dans les différents outils et tableaux de bord stratégiques que nous avons évoqués dans le paragraphe I.3.2.1c.

Mais avant de mettre en place un tableau de bord et ses indicateurs, la fixation d'un objectif est un prérequis. Ensuite seulement, il convient de choisir une mesure appropriée et d'un niveau d'atteinte pour chaque indicateur. Certains indicateurs peuvent avoir un effet immédiat ou retardé. Par exemple la réduction des coûts cachés qui est en soi un indicateur, n'apparaitra que sur les exercices futurs (création de potentiel). Citons, à titre d'illustration quelques exemples d'indicateurs : les produits et charges d'exploitation, la qualité, les investissements matériels et immatériels (eux-mêmes divisés en indicateurs quantitatifs et qualitatifs).

La démarche «Horivert» structure la conduite de la démarche socio-économique du diagnostic des dysfonctionnements et sa traduction en coûts cachés. Au-delà du pilotage d'une recherche-intervention qualimétrique et de ses outils, nous avons voulu envisager la pertinence de l'intégration d'autres outils de management.

III.2.2 Facilité d'intégration d'outils de management à la recherche-intervention socio-économique

Le premier apport des chercheurs en gestion a été l'expertise quantitative. Les approches plus récentes s'appuient sur l'ingénierie, la modélisation des processus et sur la restitution qualitative d'expériences (Moisdon J-C., Tonneau D., 1999). Avec ces nouvelles méthodes on peut détecter les coordinations à mettre prioritairement en place pour améliorer les aspects organisationnels du travail.

Notre approche s'inscrit dans cette démarche. Cependant en termes de soins, bien souvent les outils n'ont pas l'efficacité attendue ou, en tout cas, celle-ci n'est pas toujours vérifiée (Kletz F., Lenay O., 2001). Les changements au sein de nos sociétés étant de plus en plus difficiles, il peut paraître intéressant d'utiliser conjointement différentes approches pour mettre en place les nécessaires transformations des organisations ?

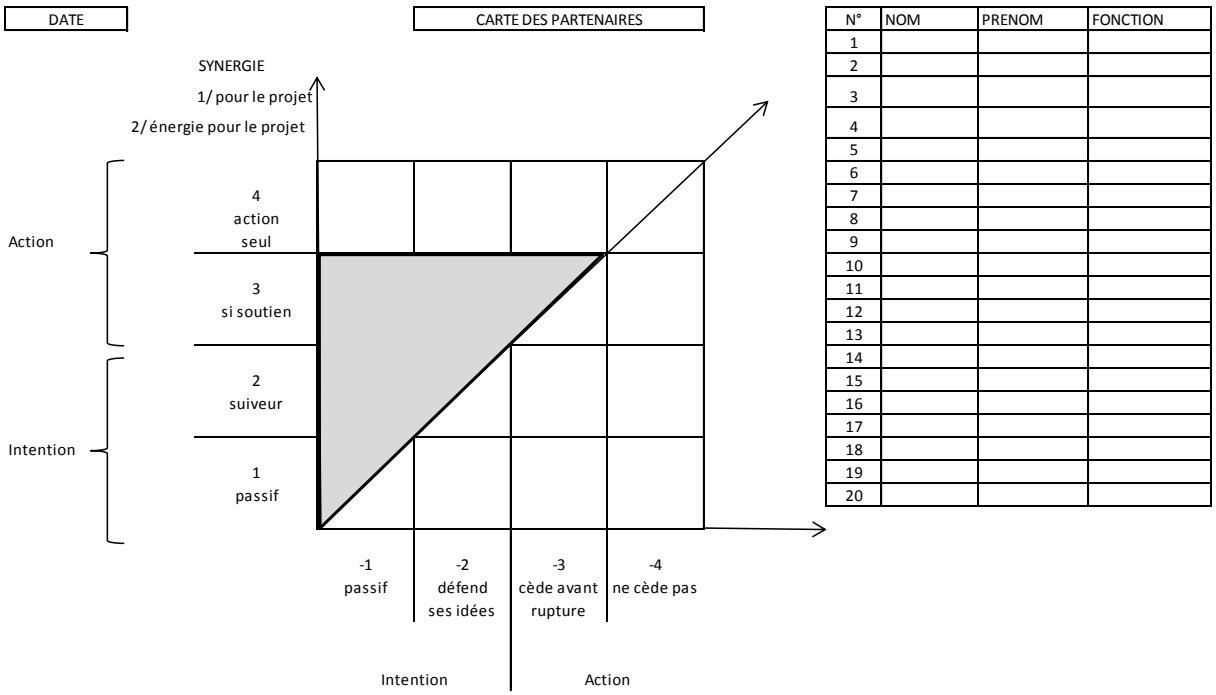
C'est pourquoi, nous proposons d'associer d'autres outils de management. Certains, parfois déjà implantés sur nos terrains, nous ont posé la question de leur cohabitation avec ceux du management socio-économique.

III.2.2.a Stratégie des partenaires

La stratégie du projet latéral (Cesar B., D'herbemont O., 2002), approche méthodologique issue de la socio-dynamique (Fauvet J-C., 2001), propose de mobiliser une forme spécifique de gestion de projet : la stratégie des partenaires. Au-delà des difficultés techniques, cette approche méthodologique se concentre sur l'aspect relationnel et les jeux d'acteurs.

L'initialisation de la démarche consiste à définir le cadre du projet («qu'est-ce que je veux atteindre, de qui l'obtenir, dans quel but et dans quel délai ?») jusqu'à la rédaction d'un objectif commun. Les acteurs auront été soigneusement identifiés, listés et approchés. La socio-dynamie des acteurs est ensuite mesurée (Fauvet J-C., Bülher N., Stéphani X., 1983) (Fauvet J-C., 2001) en les plaçant sur une carte en fonction de leur niveau d'alliance ou d'opposition au projet.

Figure 15 : Cartographie des partenaires



N°	NOM	PRENOM	FONCTION
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Source : Cesar B., d'Herbemont O., 2002

Ce qui importe ici, c'est la mesure du niveau d'énergie que chaque acteur consacre au projet, soit en synergie soit en antagonisme avec celui-ci. La synergie s'évalue selon le niveau de prise d'initiative : la simple intention, l'action individuelle, soutenue ou non par un tiers. L'antagonisme se mesure à l'énergie dépensée pour s'opposer au projet ou pour en faire aboutir un autre. L'intérêt de connaitre le positionnement d'un acteur est de pouvoir définir son attitude socio-dynamique : l'idéal est un allié en synergie forte et avec un niveau d'antagonisme qui lui permette de proposer des améliorations. Ces acteurs sont dans la zone dite du «triangle d'or» tandis que les hésitants sont la cible de l'action et les passifs les enjeux du projet. Le but recherché consiste à ce que les alliés du «triangle d'or», défenseurs du projet, entrainent à leur suite les autres alliés, que les opposants soient soumis ou neutralisés, et que les passifs - les plus difficiles à gérer- se rallient au projet. Le projet définitif permet de faire adhérer le plus grand nombre possible d'acteurs à une issue partagée. Cette phase délicate aboutit à l'ordonnancement des étapes et à la réévaluation régulière du positionnement des acteurs.

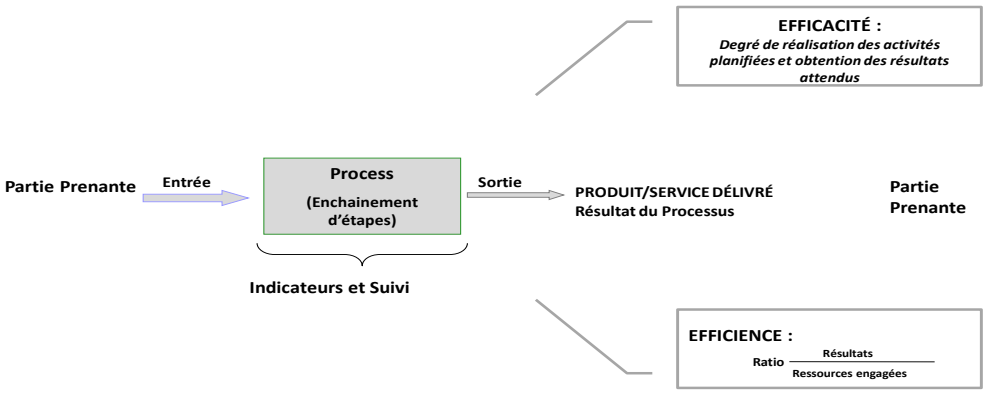
L'articulation de la stratégie des partenaires avec le management socio-économique est intéressante dès le début de l'intervention quand l'on perçoit une grande complexité des jeux d'acteurs. Cette articulation permet de traiter l'aspect politique et relationnel du projet contrairement à l'approche par processus qui permet d'en accompagner la complexité technique. L'hôpital, par sa structure et la complexité du maillage relationnel de ses différents personnels, est un modèle organisationnel adapté à l'utilisation de la stratégie des alliés. L'aboutissement des projets, quelle que soit l'approche technique qui les accompagne, en est facilité.

III.2.2.b Approche par processus

Un processus est un ensemble d'activités, organisées dans le temps, et produisant un résultat mesurable et précis. Le processus est la partie technique du projet : il fait intervenir des parties prenantes qui réaliseront des activités plus ou moins efficientes. Ces parties prenantes peuvent être gérées de façon socio-dynamique si la complexité relationnelle le nécessite.

La figure 16 ci-dessous représente l'efficacité attendue d'un processus depuis son activation par les parties prenantes jusqu'au résultat en termes de produit délivré ou de service rendu.

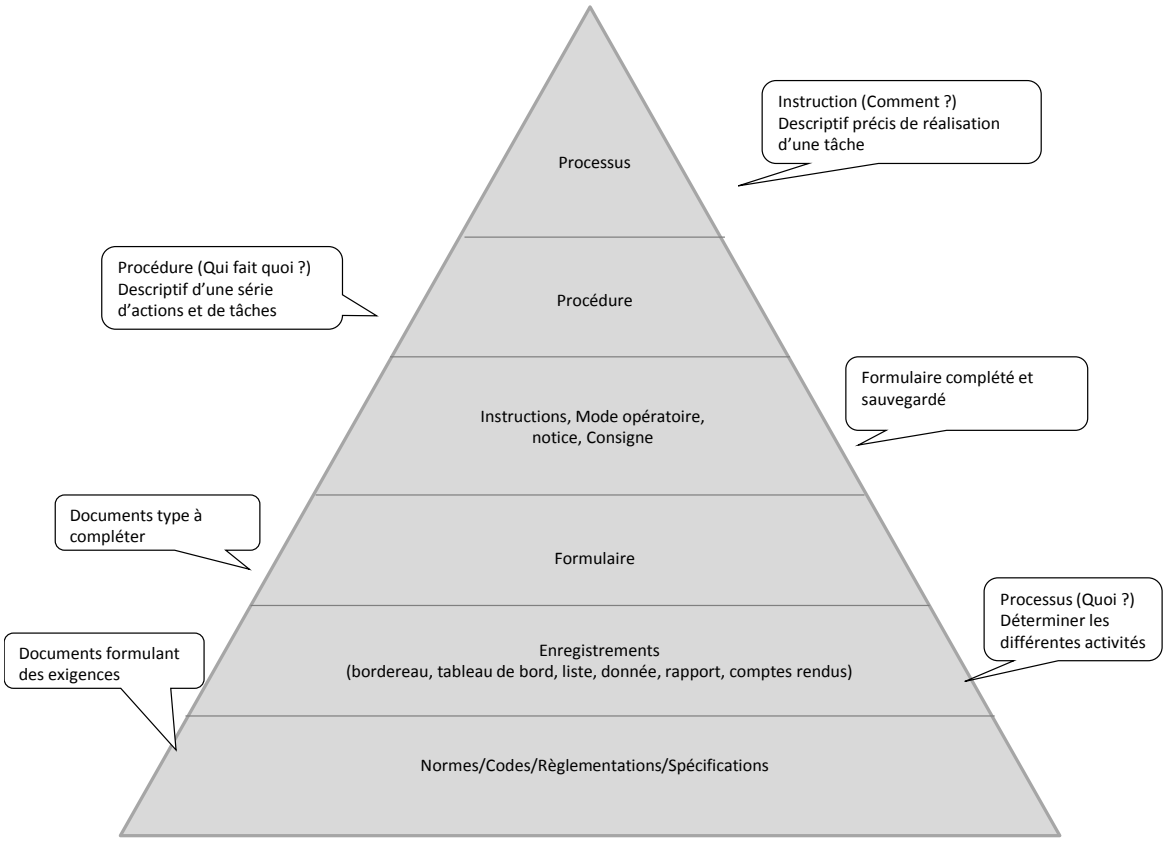
Figure 16 : Représentation d'un processus



Source : Klasen A., 2012

La pyramide ci-après détaille la démarche : les processus (quoi ?) déterminent les activités et étapes ; ils se décomposent en procédures, tâches réalisées par des individus (qui fait quoi ?) puis en consignes (comment ?).

Figure 17 : Schéma de décomposition du processus en procédures et modes opératoires



Source : Klasen A., 2012, *op. cit.*

Les modes opératoires situés en-dessous des processus et procédures sont enregistrés dans des formulaires dûment sauvegardés. A.M. Pettigrew (1990) décrit un lien d'interdépendance entre le processus et le contexte du changement dans lequel il se développe. La démarche par processus est donc à inscrire dans son contexte et à intégrer à une démarche plus globale. L'articulation entre l'approche par processus et le management socio-économique a répondu à des exigences pratiques, l'approche par processus étant déjà mise en place sur nos terrains d'observation. Force est de constater, que cette approche convient aux pharmaciens hospitaliers dont le fonctionnement est proche d'une démarche d'ingénierie. Cette démarche utilisée pour cartographier à la fois les activités et les processus de production a présenté des difficultés de mise en place, à notre arrivée sur le terrain : les personnels semblaient perdus avec ces processus. Repartir d'une démarche d'analyse en profondeur des dysfonctionnements a permis d'articuler le fonctionnement des

processus au fonctionnement des organisations, notamment sur le terrain A, comme nous le verrons au chapitre VI.

Si l'on reprend les approches du pouvoir de G. Poggi (2001), celles-ci se décomposent en différentes phases : la dépersonnalisation (celui qui dirige est de moins en moins présent et les parties prenantes de plus en plus nombreuses) ; la formalisation (renforcement des règles et des procédures) ; enfin, l'intégration descendante (pour que l'organisation absorbe ces règles). G. Poggi décrit le processus d'institutionnalisation du pouvoir comme un lien fort entre approche par processus, procédures et fonctionnement des organisations.

La mobilisation de l'approche par processus, complétée par la stratégie des partenaires, dans le cadre plus systémique du management socio-économique nous semble une approche intégrative intéressante. Cependant toute implantation d'outil de management nécessite une réflexion sur son appropriation (de Vaujany F-X., 2006) et ne permet pas de généralisation systématique. Selon F-X. de Vaujany il existe deux types d'appropriation d'outils : l'appropriation collective qui exige une coordination et l'appropriation individuelle pour réaliser un travail précis (par exemple auprès d'un patient). Le choix d'une utilisation plus ou moins poussée du management par processus ou du management socio-dynamique va dépendre des niveaux de complexité technique et relationnelle. Ces deux types d'approches peuvent s'intégrer à celle du management socio-économique.

Nous plaçons le management socio-économique au rang de méta-méthode, car il propose un cadre plus large d'analyse, et utilisons l'approche par processus, déjà intégrée à la culture de l'hôpital comme ossature technique en la complétant de la stratégie des partenaires pour en éclairer la complexité relationnelle et la mobilisation des parties prenantes.

Nous avons tenté d'expliquer dans ce paragraphe comment l'approche par processus et la stratégie des partenaires sont utilisables dans le cadre d'une approche globale de recherche-intervention socio-économique.

III.3 Présentation des deux terrains de recherche-intervention

Hypothèse prescriptive n°3 : Le positionnement de la recherche, les solutions théoriques et méthodologiques permettent le choix d'une approche des terrains d'observation pour présenter un corps d'hypothèses et construire la représentation de l'objet de recherche.

Notre travail de recherche repose sur deux principaux terrains d'observation :

- un terrain central sur un CHU que nous nommerons hôpital A et que nous avons accompagné pendant trois ans de la phase diagnostic, début 2009, jusqu'à l'évaluation finale des changements, début 2013 ;
- un deuxième terrain B composé de deux hôpitaux d'un CHU en cours de fusion que nous nommerons B1 et B2 et dont nous avons réalisé la phase diagnostique durant toute l'année 2011.

Avant d'aborder les résultats lors des deuxième et troisième parties, la présentation de terrains d'observation nous amènera à clore cette première partie par notre corps d'hypothèse en tentant d'articuler le contexte, les cadres théoriques et méthodologiques avec le fil de notre démonstration.

III.3.1 Présentation et approche du terrain central : l'hôpital A

L'accès au terrain nous a été facilité par notre connaissance des établissements de santé. Le choix de notre premier terrain d'observation est le fruit d'une rencontre avec le nouveau Chef de service Pharmacie d'un hôpital d'un grand centre hospitalier universitaire (CHU) lors d'une formation à la gestion de projet. Cet hôpital d'un grand CHU reste à taille humaine, avec un seul bâtiment d'environ 400 lits pour 120.000 journées d'hospitalisation. Sa pharmacie est attachée au pôle biologie-pathologie-pharmacie. Au cours de notre intervention, l'organisation des pôles a changé pour regrouper les services de plusieurs hôpitaux proches en dix pôles inter-établissements (annexe confidentielle 1: Bilan d'activité 2007). L'hôpital A draine un bassin de quelque 500.000 habitants, répartis sur une quinzaine de communes, avec une forte proportion de personnes âgées de plus de 75 ans. Son effectif médical est d'un peu plus de 400 personnes et son effectif total d'environ 2000 personnes. Le bilan d'activité de l'hôpital A, à notre arrivée avant le regroupement des différents sites,

présente des dépenses de personnels de 80 millions d'euros sur un budget annuel de 140 millions ; l'hôpital est excédentaire en termes de recettes et l'établissement dépensait 12 millions de médicaments par an (annexe confidentielle 2 : bilan d'activité 2007, hôpital A).

Le bilan d'activité est structuré en deux parties, l'une reprenant les éléments de présentation de l'établissement, notamment des instances de décision, les chiffres clés d'activité, de personnels et de budget, les objectifs poursuivis ; l'autre est entièrement consacrée aux bilans d'activité des pôles, conformément aux règles de fonctionnement de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Tableau 11 : Bilan d'activité de l'hôpital A

K€ (X1000 euros)	Dépenses 2006	Crédits 2007	Dépenses 2007	Écarts dépenses 2007/ dép. 2006		Écarts dépenses 2007/ crédits 2007	
				K€	%	K€	%
PNM (pers non médical)	64 204	66 101	67 017	+ 2 813	+ 4,4 %	+ 916	+ 1,4 %
PM (personnel médical)	19 417	20 443	20 278	+ 861	+ 4,4 %	- 165	- 0,8
= T1 (total 1)	83 621	86 544	87 295	+ 3 674	+ 4,4 %	+ 751	+ 0,9 %
Dépenses médicales hors remboursées	13 448	13 989	14 769	+ 1 321	+ 9,8 %	+ 780	+ 5,6 %
Dépenses logistiques	10 302	10 841	10 626	+ 324	+ 3,1 %	- 215	- 2,0 %
= Exploitation courante (= T2 + T3 nets)	*23 750*	*24 830*	*25 395*	*+ 1 645*	*+ 6,9 %*	*+ 565*	+ 2,3 %
Total hôpital	107 371	111 374	112 690	+ 5 319	+ 5,0 %	+ 1 316	+ 1,2 %

Source : interne, hôpital A, 2007

Ce tableau présente les dépenses de personnels (T1), médicales et logistiques de l'établissement et le total des dépenses de l'hôpital. L'intérêt premier est de vérifier quelle est la part des dépenses de personnels dans le budget global de l'organisation.

Le rapport de certification 2006 a émis des **réserves sur le circuit du médicament** et ordonne la remise à plat des activités, notamment la délivrance nominative (par patient) et l'informatisation des prescriptions : 53 % de prescriptions, seulement, sont informatisées en 2007, ce qu'illustre notre hypothèse explicative numéro trois en termes de difficulté à accepter et utiliser les logiciels de prescription (annexe confidentielle 1 bilan d'activité 2007).

Le nouveau pharmacien-chef décide en 2008 de mettre en place son projet de service en utilisant une approche de management par la valeur, pour cartographier les processus et mieux structurer le circuit du médicament. Depuis la certification de 2006, un important travail d'assurance qualité a été engagé, notamment au niveau de la sécurisation du circuit du médicament qui nécessite un suivi spécifique (résultat de niveau 2 impliquant un rapport de suivi dans les six mois). Cette réserve a été levée en 2008, une des démarches-clé ayant consisté en un plan de formation auprès de 480 agents. Il faut noter que ce sont principalement les personnels non médicaux qui ont suivi ces formations.

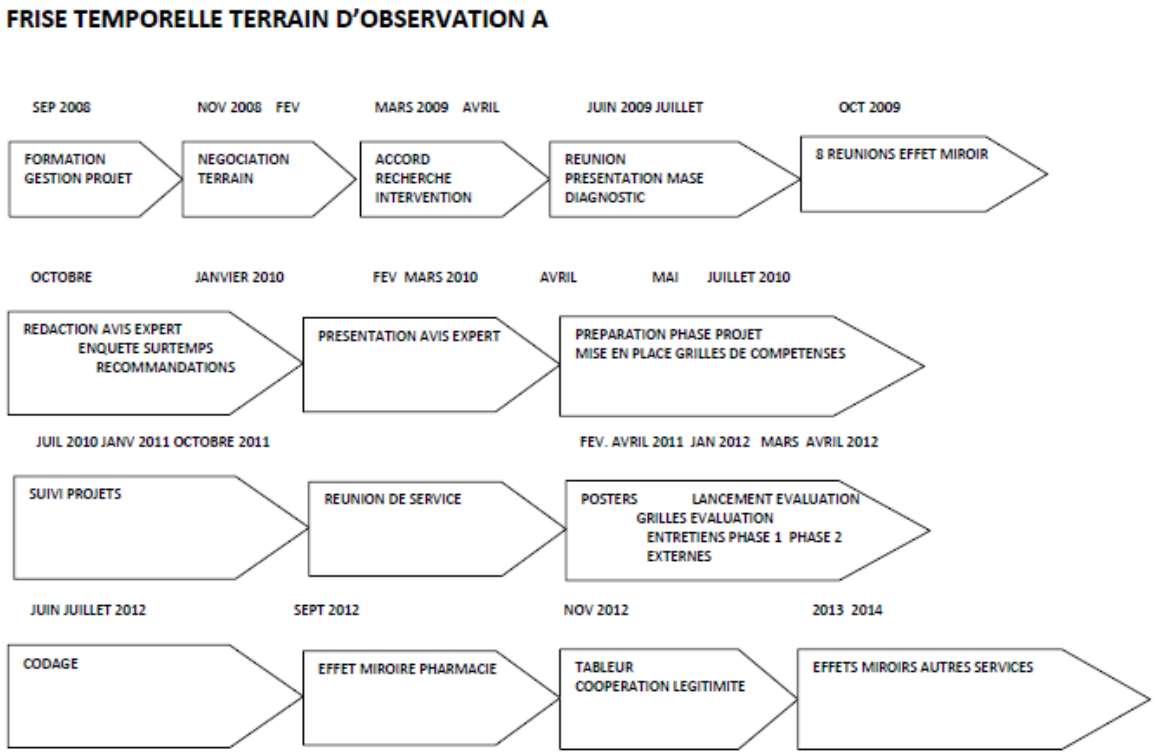
C'est à ce moment que nous lui exposons notre projet de recherche sur le champ de l'hôpital public, en relation avec les activités de la pharmacie proches de celles de responsable grands comptes hospitaliers que nous exerçons dans un laboratoire pharmaceutique. En accord avec notre Directeur de recherche, nous reprenons contact fin 2008 et proposons d'étudier au sein de son hôpital le fonctionnement du circuit du médicament.

La **sécurisation du circuit du médicament** est un sujet sensible, depuis le décès d'un enfant pendant les fêtes de Noël 2008 suite à une erreur d'administration d'un médicament, drame fortement médiatisé sur les chaînes nationales de télévision. Cet accident met à nouveau en lumière la question des accidents thérapeutiques.

Une fois l'idée du projet entérinée par le chef de service pharmacie, nous rencontrons en mars 2009, le pharmacien et le cadre qui en seront les copilotes. Nous sommes reçus par le directeur adjoint de l'établissement pour une présentation du projet et de l'approche retenue. Celui-ci nous donne son accord de principe, à la fois sur le projet d'amélioration du circuit du médicament et l'installation d'un processus de coopération, ainsi que sur la méthodologie choisie qui l'intéresse en tant que gestionnaire.

Dans la frise ci-dessous figurent toutes les étapes réalisées au sein de l'hôpital A, de la négociation du terrain (novembre 2008) à la réalisation du diagnostic juin-octobre 2009) jusqu'à l'évaluation des résultats (septembre 2012).

Figure 18 : Frise longitudinale du terrain A



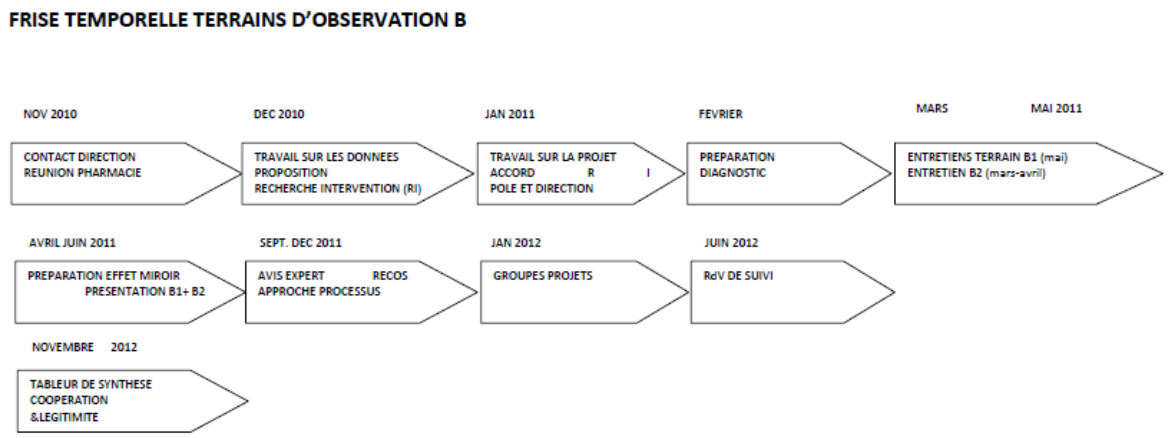
Le directeur adjoint de l'hôpital A qui a validé notre démarche a ensuite pris la direction générale de l'hôpital B1. D'autre part les pharmaciens du terrain B connaissaient l'approche déployée sur le terrain A, ayant tous suivi des formations au management par processus avec l'intervenant-chercheur. Dès la fin du diagnostic du terrain A, nous avons donc pu approcher le terrain B.

III.3.2 Présentation et approche du terrain secondaire B: fusion des hôpitaux B1 et B2

Fin 2010, nous sommes contacté par l'ancien Directeur de notre premier terrain A qui a pris la direction générale de l'hôpital B1. Il nous propose de rencontrer la pharmacienne de son nouvel établissement car celle-ci a un **projet d'automatisation du circuit du médicament**.

Nous avons pu mener une démarche de diagnostic sur le terrain B (de fin 2010 à mi-2012, Cf. figure 19 ci-dessous), composé de deux hôpitaux B1 et B2. Nous n'avons pas pu engager, par manque de temps en raison de notre activité professionnelle, une phase de mise en place de projets ni d'évaluation de la transformation de l'organisation.

Figure 19 : Frise longitudinale du terrain B



Dès octobre 2010, nous organisons une réunion préparatoire avec les pharmaciens, puis une autre avec le directeur en novembre 2010 pour préparer les modalités d'une possible recherche-intervention. Le contexte est celui d'une fusion de deux hôpitaux gériatriques. Certaines activités, comme le laboratoire et l'imagerie médicale, ont été regroupées et il est prévu que les activités pharmaceutiques le soient aussi en 2012. Nous sommes contacté dans le cadre d'une aide méthodologique pour accompagner le projet de mutualisation et d'harmonisation des activités pharmaceutiques des deux hôpitaux.

Ces deux hôpitaux gériatriques B1 et B2 sont situés dans un département très étendu, regroupant trois territoires de santé. Les deux établissements sont éloignés de 29 kilomètres (30 minutes de parcours en heures creuses). Les personnes de plus de 75 ans

dans ce département représentent 5 % de la population totale et près de 12 % d'entre elles sont placées en institution, et ce dernier chiffre est en constante augmentation. Le nombre de lits est réparti en court séjour, en soins de suite et de réadaptation et en long séjour.

Le site B1 est lui-même issu de la fusion historique de deux hôpitaux : il totalise environ 700 lits dont 500 de soins de suite et de réadaptation et de soins de longue durée. Il comprend trois pôles : un pôle hospitalisation, un pôle longue durée et un pôle pharmacie médico-technique comme cela est souvent le cas.

Le site B2, de taille plus modeste, comporte environ 400 lits dont 350 en moyen et long séjour ; sa plus petite taille inquiète beaucoup le personnel, dans le processus de regroupement prévu avec le site B1. Ce site B2 totalise environ 150.000 journées d'hospitalisation par an avec 30 millions d'euros de budget d'exploitation, 29 membres de personnel médical et 684 de personnel non médical. Ce qui caractérise ce type d'activité, c'est une durée moyenne de séjour élevée, en raison de l'activité médicale de gériatrie et de soins de suite.

Les deux pharmacies délivrent les médicaments à la fois sous forme de dotation hospitalière journalière individuelle nominative (DHJIN), c'est-à-dire préparée en amont patient par patient, et aussi sous forme globalisée, c'est-à-dire par unité de soins. La DHJIN est entièrement manuelle sur les deux sites. La complémentation des piluliers lors des changements de prescription est réalisée par les préparateurs ; elle est déléguée au personnel infirmier après préparation des quantités suffisantes par la pharmacie. Une grande diversité existe dans les modalités de préparation des piluliers et dans celles de mise à disposition aux personnels infirmiers. Pour réaliser ce travail, les deux pharmacies regroupent environ une trentaine de collaborateurs dont cinq pharmaciens. Les personnels consacrent un temps important à la préparation manuelle des plateaux de dispensation journalière individuelle nominative. Les bénéficiaires de ces préparations représentent, au début de notre recherche 635 patients sur le site principal et 395 sur le deuxième site.

Il est utile de préciser que les logiciels informatiques des deux sites sont identiques tant pour la prescription que pour les activités pharmaceutiques d'analyse et de dispensation. Le livret thérapeutique des médicaments disponibles est d'ores et déjà commun.

Le bilan pharmaceutique des deux établissements (annexes confidentielles 3 et 4) détaillent les activités à forte valeur ajoutée pharmaceutique telles que le temps passé à l'analyse pharmaceutique (9 à 12 heures de temps-pharmacien par jour, environ 35000 analyses par an) ou le pilotage du bon usage des médicaments (contrat de bon usage, mise à jour du livret thérapeutique et des recommandations pharmaceutiques associées) avec la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Le budget médicament est moins élevé dans cette d'activité qu'en activité aigüe MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) : environ un million et demi d'euros pour l'ensemble des deux établissements, mais ces médicaments sont majoritairement pris en charge par l'établissement lui-même (il y a moins de molécules innovantes «remboursées en sus» par la Sécurité sociale, qu'en établissement de court séjour-MCO). Seuls 5% des évènements indésirables déclarés concernent le circuit du médicament. Ils sont considérés comme inhérents à la partie logistique, alors qu'ils proviennent des étapes de prescription et d'administration. Le circuit du médicament reste encore perçu comme une activité de support et non comme une réelle activité médico-pharmaceutique impliquant l'ensemble des acteurs.

La proposition d'intervention sur le terrain B (annexe 5) suggère la réalisation d'un diagnostic socio-économique sur la qualité de l'organisation globale du circuit du médicament dans le cadre d'un projet d'automatisation ambitieux. Pour rappel, il existe deux grands types de mise à disposition des médicaments :

- la première est la dispensation patient par patient préparée par la pharmacie à réception des ordonnances ; c'est une approche plus industrielle, la **dispensation hospitalière journalière nominative (DHJIN)** en étant la forme la plus développée ;
- la deuxième est la **dotation globale de service** ; elle consiste en la livraison dans une unité de soins de l'ensemble des produits commandés, ceux-ci étant rangés et gérés par les personnels de la pharmacie et les soignants, à charge ensuite pour le personnel infirmier de préparer les médicaments pour chaque patient.

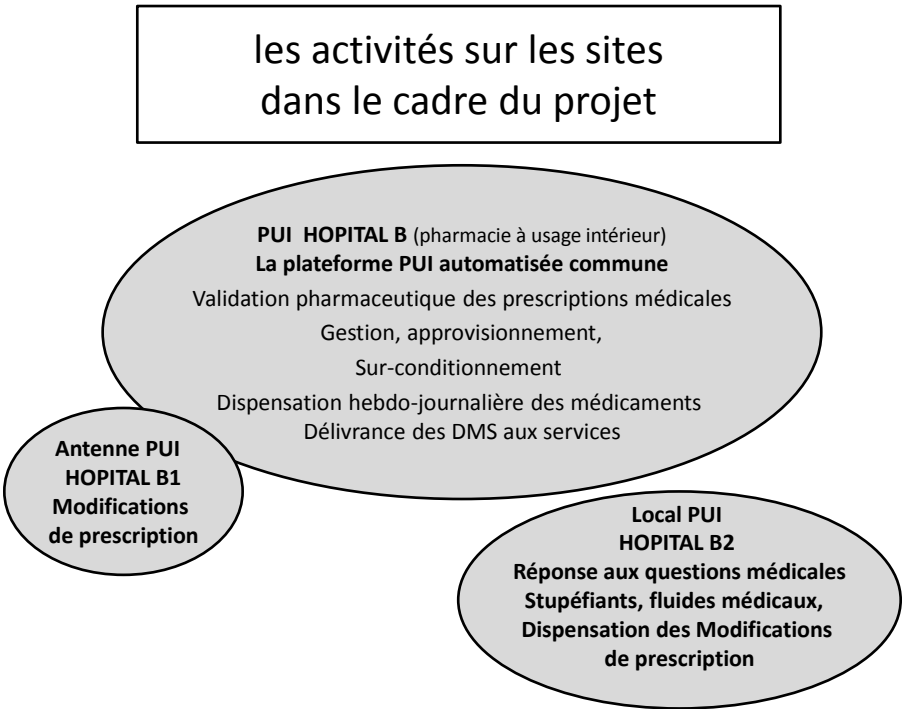
L'équilibre est difficile à trouver entre la rigueur indispensable à la préparation des médicaments (DHJIN) et la qualité de la communication et de la coopération entre personnels de la pharmacie et soignants (dotation). Ce point nous semble important à

souligner avant de poursuivre la réflexion sur un système entièrement robotisé. En effet, le projet d'automatisation *via* un robot consiste à confier à une machine la préparation des médicaments pour chaque patient ; il vise à limiter l'intervention humaine, pour éviter le risque d'erreur et diminuer les frais de personnels. Ce type d'organisation pose néanmoins la question de la coopération entre personnels pharmaceutiques et personnels soignants pour accompagner le médicament des informations et recommandations d'utilisation qui permettent également de corriger d'autres erreurs (prescription…).

Lors de la réunion préparatoire au projet, nous avons également présenté notre projet de thèse et l'approche de recherche-intervention socioéconomique. A l'issue de celle-ci, il est décidé de définir précisément l'objectif du projet, les acteurs à identifier et à mobiliser, notamment le chef de pôle pharmaceutique qui doit donner son aval au projet. Courant janvier 2011, nous nous réunissons à nouveau avec les pharmaciens des deux hôpitaux pour une présentation des données techniques du projet d'automatisation et de sa mise en perspective plus globale dans un contexte assez délicat et compliqué.

Le projet de plateforme automatisée décrit dans le schéma ci-dessous, permet de comprendre les enjeux.

Figure 20 : Projet de plateforme des hôpitaux B



Source interne, 2008

En effet, les deux sites hospitaliers B1 et B2 bénéficieraient de l'approvisionnement en médicaments prêt-à-l'emploi grâce à la production de l'automate qui traiterait les prescriptions médicales.

Ce projet de plateforme des médicaments et des dispositifs médicaux a pour objectif d'accroître la sécurité du circuit du médicament et de répondre aux orientations institutionnelles. Cette plateforme doit permettre le regroupement des deux pharmacies (hôpitaux B1 et B2) et la mise en place d'un automate inédit de conditionnement des médicaments : sur-conditionnement des formes sèches (des blisters, des comprimés…), reconditionnement des autres formes et délivrance par remplissage de plateaux hebdomadaires, particulièrement adapté au rythme de l'activité gériatrique.

L'amortissement de ce projet de plus d'un million d'euros est prévu sur cinq ans, d'autant plus que ce robot permet la prise en charge de lits supplémentaires dans les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) alentour. Avec cette automatisation, il est prévu d'approvisionner les 1031 lits de manière nominative qu'ils soient en délivrance nominative individuelle journalière comme en délivrance nominative individuelle hebdomadaire et en fonction du caractère aigu ou chronique de chaque activité. L'on peut également envisager l'extension de cette mise à disposition à 3 ou 4 établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), de façon à en amortir l'investissement plus rapidement, car la capacité maximale de ce robot peut monter jusqu'à 1200 lits.

Lors de la séance de travail avec les pharmaciens des deux sites, nous avons utilisé la méthodologie de la stratégie des partenaires et formulé à nouveau l'objectif du projet : «Réorganisation du fonctionnement médico-pharmaceutique des hôpitaux B1 et B2, en termes de management et ressources humaines, de moyens logistiques, de sécurisation et de règlementation des produits de santé et de recherche et innovation, dans le cadre du projet hospitalo-universitaire et de son ancrage dans le territoire de santé». La complexité du contexte institutionnel de ces établissements nous a amené à évaluer les enjeux du projet par cet outil méthodologique introduit dans le chapitre II.

Les deux terrains d'observation A et B ont bénéficié du même intérêt pour la recherche-intervention. Ces proximités faciliteront une étude comparée des deux terrains.

Avant d'aborder la deuxième partie avec la présentation de nos terrains de recherche, nous souhaitons détailler ici notre corps d'hypothèses. Celui-ci étant le fruit d'une démarche itérative entre les terrains d'observation et les cadres théoriques, nous souhaitons le présenter en fin de première partie, à mi-chemin entre les présentations contextuelle, théorique, méthodologique et les diagnostics de nos des terrains d'observation.

Notre hypothèse centrale, question de départ appliquée à notre objet de recherche est ainsi rédigée : «L'amélioration de la coopération entre pharmacie et services cliniques engendre une amélioration de l'efficience du fonctionnement médico-pharmaceutique et une plus grande légitimité du pharmacien et de ses activités».

Le corps d'hypothèses, déclinaison de l'hypothèse centrale en sous-hypothèses représente une construction permise par la problématique énoncée et les résultats observés, confrontant ainsi l'objet de recherche aux informations obtenues. C'est une élaboration dans le temps qui part d'un thème de recherche, celui-ci se subdivisant en sous-thèmes. Ce construit permet d'élaborer des hypothèses qui vont s'articuler entre elles, de la description à l'explication et enfin à la prescription. Nous devrons nous assurer que nos hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives s'emboitent avec cohérence pour permettre d'écrire le fil conducteur de la démonstration et de confirmer, totalement, partiellement ou d'infirmer les hypothèses émises grâce aux résultats de notre recherche (Savall H., Zardet V., 2003).

Le tableau 12 ci-après présente le corps d'hypothèses. Certaines touchent au fond de la recherche ; nous en évaluerons la validité dans la conclusion. D'autres s'appuient plutôt sur des aspects méthodologiques et servent simplement la cohérence de la construction.

Tableau 12 : Présentation du corps d'hypothèses

HYPOTHESE CENTRALE : L'amélioration de la coopération entre pharmacie et services cliniques engendre une amélioration de l'efficience du fonctionnement médico-pharmaceutique et une plus grande légitimité des activités pharmaceutiques

Parties, chapitres, idées-clés	HYPOTHÈSES DESCRIPTIVES	HYPOTHÈSES EXPLICATIVES	HYPOTHÈSES PRESCRIPTIVES
1ère PARTIE	SANTE HÔPITAL et PHARMACIE à la RENCONTRE des SCIENCES de GESTION		
Chapitre I : Enjeux du système de santé : l'économie au centre des besoins des populations	Le droit à la santé est une construction de plus en plus tournée vers la recherche d'efficacité	Les contraintes économiques imposent un devoir de gestion qui remet en cause le droit à la santé et l'accès aux soins	En améliorant la gestion du médicament en partenariat avec les services cliniques, la pharmacie de l'hôpital peut contribuer à ce droit à la santé
Chapitre II : Fonctionnement de l'hôpital : histoire, réformes et cadres théoriques	L'édification de l'hôpital et l'apparition de la pharmacie s'inscrivent dans une longue tradition de réformes	La nécessité de s'adapter à l'évolution de la santé amène l'hôpital à repenser son organisation de façon continue	En introduisant d'autres concepts et en renouvelant les cadres de compréhension, la théorie socio-économique ouvre des perspectives de changements structurants
Chapitre III : Choix Méthodologiques : le management socio-économique au cœur des moyens mobilisés	Les chercheurs travaillant sur ce proceessus de recherche itératif sont amenés à choisir la recherche-intervention	La recherche-intervention socio-économique favorise une approche globale et l'intégration d'autres outils de management	Le positionnement de la recherche, les solutions théoriques et méthodologiques permettent le choix d'une approche des terrains d'observation pour présenter un corps d'hypothèses et construire la représentation de l'objet de recherche
2ème PARTIE	DIAGNOSTIC MEDICO-PHARMACEUTIQUE à L'HÔPITAL		
Chapitre IV: Analyse dysfonctionnelle du processus médico-pharmaceutique : regard qualimétrique sur le site d'un CHU	L'accès au terrain nécessite une approche des acteurs et une négociation des interventions complexes	La solidité d'une recherche-intervention dépend de la qualité de la négociation préalable auprès des acteurs de terrain	Le diagnostic central conduit auprès de nombreux acteurs, mettant en lumière les dysfonctionnements et permettant la proposition de pistes et de projets est une étape incontournable d'une recherche-intervention
Chapitre V : Etude comparée du cas central avec les autres terrains d'observation: la coopération comme clé du fonctionnement	Les 6 thèmes du diagnostic socio-éonomique permettent de comparer les dysfonctionnements entre les terrains d'observation	Les cadres théoriques de la coopération éclairent les difficultés rencontrées sur les terrains	Les diagnostics socio-économiques sont des facteurs énergisants contribuant à la mobilisation d'outils de management complémentaires à ceux existants
Chapitre VI : Analyse de la chaîne médico-pharmaceutique corrélée au contexte institutionnel: l'apport du management par la valeur	Les accidents thérapeutiques entrainent le renforcement du cadre règlementaire	Le management du processus "circuit du médicament" participe à la production de valeur et à la sécurité médico-pharmaceutique	La proposition d'un schéma de chaîne médico--pharmaceutique permet un positionnement clair des acteurs dans le cadre d'un management global
3ème PARTIE	PLACE ET ACTIVITES DU PHARMACIEN DANS L'UNIVERS HOSPITALIER: ÉVOLUTIONS, PROPOSITIONS ET CONSÉQUENCES		
Chapitre VII : Actions de coopération et s outils de gestion : évaluation longitudinale de la recherche-intervention	La production de résultats par les acteurs est possible grâce à l'appropriation d'une méthode et d'outils	La production d'actions d'améliorations organisationnelles stimule la coopération entre acteurs	L'enracinement de l'approche socio-économique permet des résultats durables
Chapitre VIII : Evaluation du fonctionnement médico-pharmaceutique : vers un regain de légitimité des activités pharmaceutiques	Les concepts de coopération et de légitimité sont utiles à mobiliser pour la reconnaissance de la pharmacie	La production de résultats et d'actions d'améliorations utiles au fonctionnement médico-pharmaceutique favorise la reconnaissance de l'activité pharmaceutique	La proposition d'une formation pour sensibiliser aux outils de pilotage contribue à reconnaître la place de la pharmacie
Chapitre IX : Le pharmacien-manager : une posture pour améliorer sa légitimité et son efficience	La gestion est une activité mal perçue à l'hôpital où les acteurs cliniques fonctionnent sur le savoir et le colloque singulier avec le patient	La gestion des risques et l'éducation thérapeutique sont des activités à forte valeur ajoutée que le pharmacien peut piloter	L'intégration d'un rôle transversal et clinique (gouvernance clinique) aux missions pharmaceutiques contribue à la reconnaissance et à l'efficience médico-pharmaceutique

Notre fil conducteur chemine à travers les hypothèses descriptives, explicatives et prescriptives structurant chaque chapitre. Le **chapitre I** traite des enjeux du système de santé, du droit à la santé, droit universel des peuples, reconnu internationalement par l'OMS et par le code de la santé publique en France. L'évolution de la démographie et de l'épidémiologie expliquent les volontés de rationalisation des politiques publiques dans les systèmes de santé des différents pays. Tous les domaines de la protection sociale doivent réaliser des efforts rigoureux de gestion et l'évolution des dépenses de médicaments, poste historiquement faible, nécessite un traitement économique de même niveau que celui des autres dépenses de santé. Au sein de ce dispositif, notre questionnement concerne la place centrale de l'hôpital et le rôle-clé de sa pharmacie dans la bonne gestion du médicament, en partenariat avec les services cliniques utilisateurs. Le **chapitre II** aborde le fonctionnement de l'hôpital et les cadres théoriques qui s'y réfèrent en sciences de gestion. L'hôpital est une institution multiséculaire, dont la structuration progressive a nécessité une longue succession de réformes, tant dans son maillage territorial que dans son organisation interne. La gestion du fonctionnement de l'hôpital et de sa pharmacie nécessite une articulation sans cesse renouvelée de ses activités. Certaines théories des organisations offrent une précieuse grille de lecture pour éclairer ce fonctionnement ; et les cadres théoriques mobilisés, un moyen de proposer un traitement des dysfonctionnements. La théorie socio–économique représente le cadre central de notre travail, complétée par les théories de la coopération entre les acteurs du fonctionnement médico-pharmaceutique et de la légitimité organisationnelle au service de la reconnaissance et de l'efficience de la pharmacie. Le **chapitre III** présente les choix épistémologiques, méthodologiques ainsi que les terrains d'observation. La recherche des terrains d'observation est guidée par la posture épistémologique et le choix méthodologique : la recherche-intervention socio-économique favorise une approche globale du terrain et facilite l'intégration d'autres outils de management. Le chapitre trois permet la présentation du corps d'hypothèses articulant le contexte, les cadres retenus à l'objet de recherche. Le **chapitre IV** propose une analyse du circuit du médicament du terrain central. L'environnement de l'hôpital nécessite d'abord une phase complexe de négociation ; une fois sur le terrain central, la recherche-intervention permet d'identifier les dysfonctionnements autour du médicament et le diagnostic permet la proposition de pistes d'amélioration consolidées en projets.

Le **chapitre V** permet une étude comparée avec les autres terrains. Ce diagnostic différentiel permet de comparer et renforcer l'analyse des dysfonctionnements. Les théories de la coopération illustrent les principaux dysfonctionnements observés ; enfin, les diagnostics orientent l'utilisation d'outils de management. Le **chapitre VI** aborde le circuit du médicament sous l'angle du management par la valeur. Le contexte actuel d'accidents thérapeutiques entraine un renforcement du cadre règlementaire du circuit du médicament ; la mise en place d'un management par la valeur structure les processus de fonctionnement médico-pharmaceutique. Enfin, la proposition d'une chaîne médico-pharmaceutique vise à renforcer le fonctionnement entre les utilisateurs du médicament. Le **chapitre VII** évalue les résultats longitudinaux et la coopération des acteurs. La production de résultats de terrain est rendue possible par l'appropriation collective de la méthode de recherche-intervention socio-économique et de ses outils. La communication des données obtenues entraîne l'amélioration de la coopération entre les acteurs, et l'enracinement du management socio-économique permet, sous certaines conditions, un suivi longitudinal. Le **chapitre VIII** positionne la légitimité des activités pharmaceutiques au sein de ce fonctionnement médico-pharmaceutique. Le cadre théorique de la légitimité complète celui de la coopération dans le but d'améliorer la reconnaissance de la pharmacie et de développer des résultats médico-pharmaceutiques. Les enseignements de notre recherche nous amènent à proposer et déployer une formation au pilotage médico-pharmaceutique pour les pharmaciens. Enfin le **chapitre IX** traite des leviers permettant au pharmacien de développer sa posture de manager du circuit du médicament. Le management est une activité mal perçue par les personnels de l'hôpital, organisation centrée sur ses savoirs et sur le colloque singulier avec le patient ; la gestion des risques et l'accompagnement des patients dans leurs parcours sont des enjeux collectifs majeurs que les acteurs de l'hôpital doivent cogérer. Aux compétences scientifiques et techniques du pharmacien, l'ancrage des rôles transversal et clinique de la pharmacie parait utile au développement du fonctionnement médico-pharmaceutique et à l'efficience de l'organisation. Le pharmacien hospitalier en évoluant vers une posture managériale et en amenant son équipe à un soutien transversal utile aux unités de soins peut y parvenir.

Les terrains d'observation ayant été présentés, situés dans leur contexte institutionnel, méthodologique et théorique et dans le cheminement de notre démonstration, notre deuxième partie traitera de notre démarche de diagnostic socio-économique et comparera les différents terrains d'observation.

2ÈME PARTIE

DIAGNOSTIC MÉDICO-PHARMACEUTIQUE À L'HÔPITAL

CHAPITRE IV

ANALYSE DYSFONCTIONNELLE DU PROCESSUS

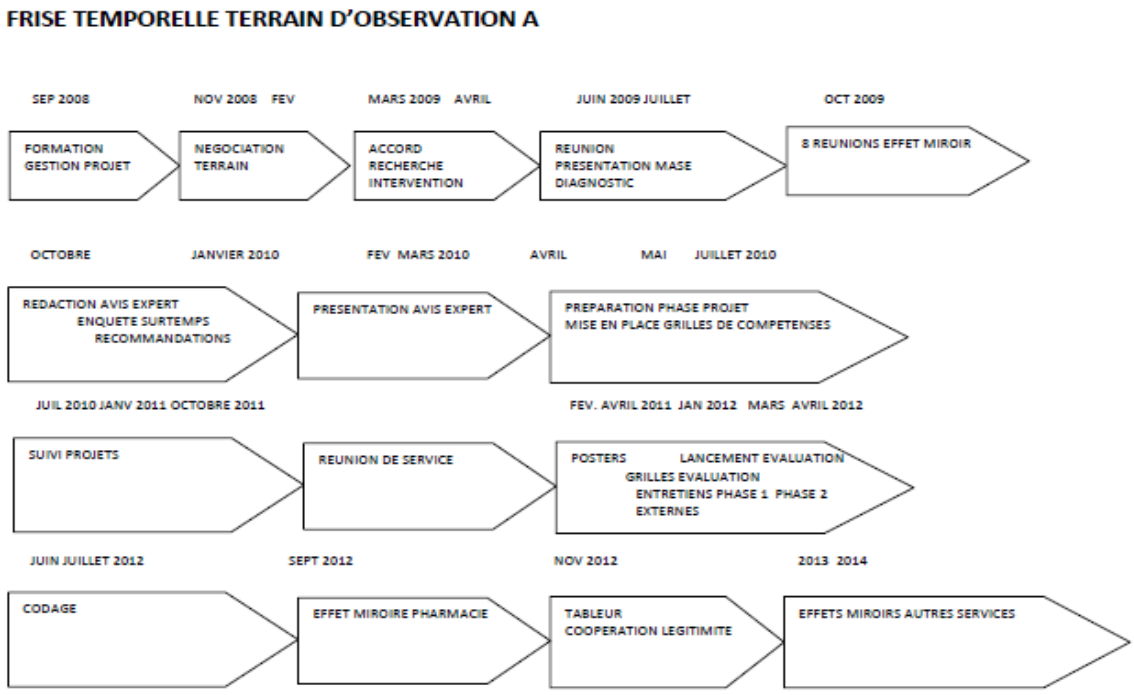
MÉDICO-PHARMACEUTIQUE :

REGARD QUALIMÉTRIQUE SUR LE SITE D'UN C.H.U.

L'analyse des dysfonctionnements du circuit du médicament nécessite l'accès à des terrains d'observation. Plusieurs étapes ont été nécessaires pour aborder ce site d'un Centre hospitalier universitaire: tout d'abord l'approche des décideurs, puis la définition et l'accord sur le périmètre de la recherche-intervention, et enfin la réalisation du diagnostic lui-même. La réalisation des entretiens, leur analyse puis le retour aux acteurs ont permis ensuite de dessiner des pistes et d'envisager des projets d'amélioration. L'approche retenue est une recherche-intervention de type qualimétrique dont l'objectif est de quantifier les éléments qualitatifs retenus avec des indicateurs qualitatifs, quantitatifs et financiers, dite démarche «qQFi».

Comme l'indique la figure 19, la période de diagnostic a duré de septembre 2008 à mars 2010 ; la phase de mise en place et de suivi des projets retenus s'est déroulée d'avril 2010 à fin 2011.

Figure 19 : Frise longitudinale du terrain A (*op. cit* dans le chapitre III)



IV.1 Approche du terrain central A

Hypothèse descriptive n°4 : L'accès au terrain nécessite une approche des acteurs et une négociation des interventions complexes.

Le premier terrain d'observation A est notre terrain central. Nous y avons expérimenté toutes les étapes d'une recherche-intervention, de la négociation et l'accès au terrain, au diagnostic et à sa restitution, jusqu'aux résultats de l'évaluation que nous traiterons dans la troisième partie.

La négociation de l'accès au terrain impose un travail avec les parties prenantes qui représentent «tout groupe ou individu qui affecte ou est affecté par la réalisation des objectifs de l'entreprise» (R. Freeman, 1984) (El Abboubi M., Cornet A., 2010, p. 277). R.K. Mitchell, B.R. Agle et D.J. Wood (1997) proposent de classer les parties prenantes selon les

critères de pouvoir, de légitimité et d'urgence, précisant ainsi l'impact des parties prenantes sur le fonctionnement de l'organisation. Ces notions expriment pourquoi **l'identification des acteurs et l'approche des décideurs sont déterminantes avant de démarrer une recherche-intervention**.

En se référant au concept de socio-dynamique développé au chapitre II (1.II.3.2.b) il est utile de distinguer les parties prenantes dont la relation est vitale pour l'organisation de celles plus secondaires au projet (Preble J.F., 2005). Concernant la pharmacie de l'hôpital, la question est de savoir si celle-ci est considérée comme partie prenante primaire ou secondaire (Clarkson M.B.E., 1995). Historiquement, le rôle et la place de la pharmacie étaient considérés secondaires, comme un service support, avec des niveaux de légitimité variables en fonction de la personnalité du pharmacien chef de service. L'impact des parties prenantes est bien sûr différent, selon que l'engagement des acteurs est militant ou passif (Girard C., Sobczak A., 2010). Le positionnement des acteurs est donc important pour déterminer comment approcher les décideurs de l'institution.

IV.1.1 Priorités et projets de l'hôpital A et de sa pharmacie

IV.1.1.a Priorités managériales de l'établissement

L'hôpital A s'est engagé dans l'élaboration de son projet stratégique 2010-2014 (voir annexe 6). L'aspect ressources humaines est l'un des cinq volets du projet, dont un axe management a été défini comme prioritaire. Ce projet a pour objectif de poursuivre la dynamique engagée lors d'un séminaire de l'encadrement. Il s'inscrit également dans le projet de renforcement des pratiques managériales au sein de l'établissement : donner à l'ensemble de ses managers (paramédicaux, administratifs, médicaux) les outils dont ils ont besoin pour mener à bien leur mission. D'ailleurs, dans un guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management dans les établissements de santé (HAS, 2005), la Haute autorité de santé identifie, à cet égard, cinq fonctions principales du management : prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer. Dès juillet 2009, chaque direction de pôle a réalisé, à partir de ce référentiel de la HAS, une autoévaluation de la qualité de son management. Un travail similaire doit être effectué au niveau de l'établissement dans le but d'identifier les actions d'amélioration qui constitueront les axes du projet de management 2010-2014 de

l'hôpital. L'annexe 6 illustre clairement la volonté d'en renforcer le management. C'est dans ce contexte que s'est inscrite notre action.

IV.1.1.b Projets de la pharmacie déjà engagés

À notre arrivée dans cet hôpital fin 2008, les trois projets stratégiques ci-dessous venaient d'être engagés (Cf. annexes 7, 8, 9 et 10) :

- **Space** (Soins Pharmaceutiques Avis Conseil Education),
- **Logiqs** (Logistique Organisation Gestion Informatisation Qualité Sécurité),
- **Aere** (Activité Enseignement Recherche).

Lors de différentes réunions et jusqu'au séminaire d'octobre 2011, un état d'avancement de ces projets a été réalisé :

- le programme SPACE concerne les soins pharmaceutiques, les avis, les conseils, l'éducation des patients et comprend la sécurisation du circuit du médicament. Il s'adresse directement aux patients et à leur prise en charge thérapeutique;
- le programme LOGIQS concerne la logistique, l'organisation, la gestion, l'informatisation et la qualité – sécurité. Il s'agit d'un projet purement organisationnel ;
- le programme AERE concerne l'activité d'enseignement – recherche – expertise et intéresse tous les personnels de la pharmacie.

Notre recherche-intervention peut se situer dans les trois programmes : SPACE pour la sécurisation du circuit du médicament, LOGIQS pour la gestion et l'organisation et AERE pour l'aspect recherche. **Il a cependant été décidé de rattacher notre travail au programme LOGIQS, centré sur la gestion**. Chaque responsable de programme doit préciser les indicateurs, le rythme et la cible à atteindre. Il doit définir une stratégie de communication et prévoir la formation de ses collaborateurs. Par exemple, pour le programme LOGIQS, outre le suivi des bons d'urgence et le nombre de lignes de médicaments commandés, les indicateurs retenus sont :

- le montant des stocks, les déclarations d'évènements indésirables via un logiciel *ad hoc* et
- le nombre de courriers d'informations sur les médicaments transmis.

IV.1.2 Approche du terrain central A

IV.1.2.a Démarche d'explication du management socio-économique

La méthodologie proposée fut une recherche-intervention de type socio-économique, à visée transformative qui s'appuie sur une nomenclature des dysfonctionnements traduisibles en coûts cachés. Elle a retenu l'intérêt du groupe projet : nous avons reçu l'accord du Directeur de l'approvisionnement et de l'investissement, favorable à la recherche en gestion, et du Chef de service pharmacie de l'hôpital à l'initiative de la démarche. Notre méthodologie a été intégrée au contexte local : le Chef de service de la pharmacie a repris contact avec l'enseignant-ingénieur qui avait animé en 2008 une formation à la gestion de projet selon la méthodologie de management par la valeur, et obtenu de son Directeur un accompagnement à la mise en place des processus des activités de la pharmacie.

Ce terrain d'observation a donc vu se mettre en place **deux approches méthodologiques différentes, la recherche-intervention socio-économique que nous avons décidé de mobiliser et l'approche par processus**, déjà précédemment implantée. Les deux approches ont pour objectif commun de dégager de la valeur en termes de fonctionnement médico-pharmaceutique. Notre première démarche fut de situer la recherche-intervention socio-économique (Savall H., Zardet V., 2003) comme approche managériale globale, intégrative d'autres outils de management, qu'ils soient structurels, comme l'approche par processus déployée sur les terrains A et B (Porter M., 1996), ou plus comportementaux comme la socio-dynamique retenue sur le terrain B (Fauvet J-C., 2001) (Cf. chapitre III, partie 1.III.2.2). Concrètement nous proposerons au chapitre V (partie 2.V.3.1.a) une grille de lecture reliant les processus et les dysfonctionnements observés.

Pour expliquer l'intérêt collectif du Management socio-économique, nous avons effectué une série de présentations préalables au démarrage du diagnostic. L'activité hospitalière et la nécessaire continuité des soins nous a imposé de démultiplier l'information.

Le tableau 13 ci-après indique l'ensemble des réunions réalisées lors de la recherche-intervention.

Tableau 13 : Planning des réunions de la recherche-intervention sur le terrain A

HOPITAL A – PROJET CIRCUIT MÉDICO-PHARMACEUTIQUE			
PRÉPARATION INTERVENTION	SERVICES et PERSONNES CONCERNES	ANNEES / DATES	LIEU
RÉUNIONS	OBJET	*2009*	
RÉUNION PRÉPARATOIRE	Chefs de projet	mars	Pharmacie
RÉUNION DE SERVICE	Pharmaciens	avr	Pharmacie
PRÉSENTATION SERVICE	Marc F. RH	mars	Salle staff
RÉUNION DE SERVICE	Ensemble des personnels	avr	Pharmacie
IMMERSION PHARMACIE	Marc Frachette	mai	Pharmacie
IMMERSION PHARMACIE	Marc F	juin	Pharmacie
IMMERSION PHARMACIE	Marc F	juin	Pharmacie
PRÉPARATION EFFET MIROIR	Sponsor et chef de projet pharmacie	juin	Pharmacie
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Management services	juillet	Pharmacie
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Management services	juil	Pharmacie
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Management Direction et pharmacie	septembre	Salle haut
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Management pharmacie	sept	Pharmacie
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Personnels pharmacie 1ère réunion	sept	Pharmacie
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Personnels pharmacie 2ème réunion	octobre	Pharmacie
PRÉSENTATION EFFET MIROIR	Personnels Cardiologie et pharmacie	oct	Cardiologie
PRÉPARATION COUTS CACHÉS		oct	Domicile
PRÉPARATION COUTS CACHÉS		novembre	Pharmacie
PRES METHODO COUTS CACHÉS	Pharmacie & cardio	nov	Pharmacie / Cardio
ENQUÈTE COUTS CACHÉS	Pharmacie & Cardiologie	semaines 48-49	Phie / Cardio
		2010	
RÉUNION FIN DIAGNOSTIC		février	Pharmacie
RÉUNION PRECOMEDIMS		févr	Direction
PRÉSENTATION COMEDIMS	COMEDIMS	févr	Pharmacie

RÉUNION FIN DIAGNOSTIC		mars	Pharmacie
RÉUNION FIN DIAGNOSTIC		mars	Cardiologie
RÉUNION GRILLE COMPETENCE		avr	Pharmacie
RÉUNION PROJET	Service pharmacie	mai	Pharmacie
RÉUNION TELEPHONIQUE PROJET	Direction	mai	Téléphone
RÉUNION PROJET	Calage suite projet	juil	Pharmacie
POINTS PROJETS		juil	Tel
RÉUNION TRAVAIL		nov	Domicile
RÉUNION W AR MF		nov	Domicile
		2011	
RÉUNION DOTATION		janv	Pharmacie
RÉUNION POSTER ANPPH		févr	Pharmacie
RÉUNION POSTER ANPPH		mars	Pharmacie
RÉUNION POSTER ANPPH		mars	Pharmacie
RÉUNION POSTER SNPHPU		04/2011	Pharmacie

Dès 2008, et au début de la recherche-intervention en 2009, nous avons réuni plusieurs fois les personnes impliquées dans le projet : l'encadrement, les personnels de la pharmacie et les deux services cliniques concernés de cardiologie et d'obstétrique. Par encadrement nous entendons toutes les positions de cadres, encadrants ou non, et nous les avons dénommés managers (chefs de service ou de pôle, directeurs, praticiens hospitaliers médecins ou pharmaciens, cadres infirmiers ou médico-techniques, internes). Par personnels, nous entendons tous les autres acteurs (infirmiers, préparateurs, agents, externes en médecine et pharmacie).

La phase de diagnostic s'est déroulée ensuite sous la forme d'entretiens qualitatifs semi-directifs, individuels pour les managers, et collectifs pour le reste du personnel ; nous avons introduit chaque nouvel entretien par un rappel des principes et de la méthodologie de management socio-économique (annexe 11: diaporama de présentation socio-économique).

Cette phase d'implantation a été cruciale, l'argument de valorisation du potentiel humain recueillant l'adhésion des acteurs, tout d'abord au principe de l'entretien, mais aussi à l'ensemble de la démarche. Trois éléments ont permis cette adhésion : la validation du projet au niveau le plus élevé, jusqu'aux directions des services, l'implication opérationnelle des membres du groupe de projet, et enfin l'adhésion des personnels concernés.

IV.1.2.b Négociation et organisation de la recherche-intervention

Grâce au chef de service de la pharmacie, l'accès au terrain a été validé par la Direction générale. Les personnels de la pharmacie et ceux des services de soins y ont ensuite adhéré. Le Directeur adjoint dont dépend la pharmacie a rapidement validé le principe et le contenu de la recherche-intervention. Cette phase a duré quatre mois de fin 2008 à mars 2009. En amont de cette recherche-intervention nous avons réalisé une série de rencontres informelles pour en définir le périmètre et les modalités possibles.

Puis nous avons constitué un groupe de travail avec les deux copilotes du projet : le cadre supérieur de la pharmacie et un pharmacien, praticien hospitalier (PH), dont la nouvelle mission est de diriger la gestion des activités de la pharmacie. L'objectif retenu en février 2009 fut de **valoriser l'activité médico-pharmaceutique de l'établissement en adaptant la gestion des médicaments à l'activité des services : projet piloté avec les personnels de deux services de soins et de la pharmacie**.

Le groupe de projet a organisé les rendez-vous à la pharmacie et dans les services de soins et planifié les entretiens et les réunions. Début mars 2009, nous avons obtenu l'accord de débuter la recherche-intervention. Le circuit du médicament implique tous les acteurs du soin, de la prescription à l'administration au patient, mais son aspect fonctionnel intéresse peu les personnels soignants qui le considèrent comme une activité plus logistique. C'est pourquoi son fonctionnement collectif et collaboratif - entre pharmacie et services cliniques - a retenu notre attention. En effet, comme nous l'avons vu aux chapitres I et II (1.I.3.4, 1.II.3.2.a) et comme nous le verrons plus loin dans ce chapitre (2.IV.4.2) et au chapitre V (2.V.2), les difficultés de collaboration représentent un enjeu majeur pour l'organisation hospitalière. Pour ce qui concerne plus spécifiquement notre objet de recherche et le circuit

du médicament, nous avons appelé cette coopération **fonctionnement médico-pharmaceutique** (chapitre VI, partie 2.VI.3.1).

La négociation avec les décideurs a permis le déroulement de cette recherche-intervention sur le terrain central A, la qualité de cette étape conditionnant la richesse du diagnostic.

IV.1.2.c Déroulement de la recherche-intervention

La phase de diagnostic s'est déroulée en plusieurs étapes entre avril et juin 2009 comme l'indique la frise temporelle en début de ce chapitre (Frachette M. et *al.*, 2013) :

- le recueil et l'étude des données : organigramme de l'hôpital et bilan d'activité, exposés plus haut, qui permettent de situer cette organisation dans son environnement ;
- la réalisation d'une série de trente entretiens qualitatifs, fournissant les données primaires du travail de recherche ;
- l'immersion de l'intervenant-chercheur au sein de l'organisation auprès des acteurs concernés ;
- l'effet miroir, présentation du diagnostic qualitatif, quantitatif et financier;
- l'avis d'expert : remise d'un rapport.

Le tableau ci-dessous indique le nombre d'entretiens, de personnes interviewées par service et catégorie de personnel.

Tableau 14 : Synthèse des entretiens et nombre de personnes interviewées, hôpital A

ENTRETIENS QUALITATIFS PROJET HÔPITAL A	**TOTAL**	**Pharmacie**	**Cardiologie**	**Gynécologie**	**Direction**
Nombre entretiens	30	15	9	1	5
Nombre entretiens individuels	20	9	6	0	5
Nombre entretiens de groupes	10	6	3	1	0
Répartition personnes interviewées	62	Pharmaciens et internes	Médecins Sage-femmes et internes		Direction
	62	12	6		5
		Cadres	Agents		Agents autres
		6	20 (10/10)		13
Nombre de phrases témoins	352				
Nombre d'idées clés	55				
Immersion d'observation	3	1	1	1	
Durée des entretiens	de 45 Minutes à 2 Heures 15 : 1 H 15 en moyenne				
Heures d'entretiens	37H 30	TOTAL = 126 Heures, soit 15 Jours entre le 4 mars et le 10 juillet 2009			
Présentations	6 H				
Observation	3 H				
Nombre d'heures d'analyse	60 H				
Organisation-déplacement	20 H				

Pour information : le tableau complet du planning des entretiens qualitatifs semi-directifs figure en annexe 12.

La synthèse du détail des entretiens indique que nous avons réalisé :

- 30 entretiens d'1H15 (moyenne)
- 15 entretiens auprès du service Pharmacie
- 9 entretiens auprès du service Cardiologie
- 1 entretien auprès du service obstétrique
- 5 entretiens auprès de la Direction
- 62 personnes interviewées

Les entretiens ont duré une heure et quart en moyenne, avec des minima d'une heure pour les entretiens individuels et d'une heure et demie pour les entretiens collectifs. Ils ont eu lieu entre mars et juin 2009; ils ont permis d'interviewer au total soixante-deux personnes.

Nous avons présenté au chapitre III (partie III.2.1.b), la méthodologie de conduite et traitement des entretiens. Rappelons succinctement les principales caractéristiques. Les entretiens qualitatifs semi-directifs ont consisté en une prise de notes exhaustive et anonyme. Ils ont permis une sélection d'environ 350 phrases-témoins exprimant clairement un dysfonctionnement. Nous avons choisi une prise de notes sans enregistrement vocal, facilitant la liberté de parole. L'anonymat est assuré par le codage des phrases-témoins selon le métier et le statut de manager ou de personnel, par exemple, «manager, pharmacie» ou «personnel, cardiologie». Nous avons consacré les dix premières minutes d'entretien à expliquer le projet de recherche et l'intérêt du Management socio-économique. Celui-ci est bien accueilli à l'hôpital, notamment l'équilibre entre la performance et l'approche sociale car les contraintes budgétaires et les pressions en termes de réorganisation pèsent directement sur l'emploi et sont mal vécues. L'entretien qualitatif semi-directif permet à chaque personne de s'exprimer, et à l'intervenant de faire préciser certains points.

La nomenclature retenue (Cf. chapitre III, partie 1.III.2.1.b) a permis de proposer des thèmes si l'interlocuteur était en panne d'inspiration, mais ne constitue en aucun cas un questionnaire. Suivant les individus, l'entretien a été spontané ou a nécessité des relances : pour les personnels, les *items* d'organisation du travail ont permis de lancer concrètement la discussion ; pour l'encadrement, ce sont les thèmes stratégiques qui ont facilité l'entretien.

Encadré 4 : Thèmes de la nomenclature de dysfonctionnements

Les phrases-témoins ont été classées selon les thèmes de dysfonctionnement suivants :

- conditions de travail,
- organisation du travail,
- communication-coordination-coopération,
- gestion du temps,
- formation intégrée,
- mise en œuvre stratégique. ISEOR ©

Les phrases-témoins ont ensuite été assemblées en idées-clés par l'intervenant-chercheur et ont permis de calculer leur fréquence d'apparition selon la méthode de l'encadré ci-après.

Encadré 5 : Fréquence des idées-clés

La fréquence d'apparition de l'idée-clé est notée :

«TOUJOURS» si au moins 90 % des personnes ont exprimé une phrase-témoin correspondant à celle-ci ;

«TRES SOUVENT» : entre 65 et 89 %,

«SOUVENT» :entre 50 et 64 %,

«ASSEZ SOUVENT» : entre 30 et 49 %,

«PARFOIS» : entre 15 et 29 %,

«RAREMENT» : entre 1 seul répondeur et 14 % de personnes interviewées

Sur 55 idées-clés retenues, 25 correspondent aux items «parfois-assez souvent-souvent-très souvent». Pour faciliter le travail de diffusion auprès des personnels, et pour bien faire ressortir les principaux dysfonctionnements, nous avons décidé conjointement avec l'équipe de direction de centrer notre communication sur celles-ci.

IV.2 Analyse des dysfonctionnements du terrain A

Hypothèse explicative n°4 : La solidité d'une recherche-intervention dépend de la qualité de la négociation préalable auprès des acteurs de terrain.

L'hôpital est un environnement régulièrement évalué ; les cloisonnements entre les différentes activités sont souvent relevés. C'est pourquoi il semble nécessaire d'adopter une approche globale, du diagnostic à l'évaluation du projet avec l'ensemble des acteurs et faisant appel à une démarche mixte à la fois qualitative, quantitative et financière.

IV.2.1 Organisation du diagnostic

Les audits lancés dans le cadre du plan hôpital 2007 par la MEAH (Mission d'évaluation d'activités hospitalières) dès 2003 auprès d'environ 450 établissements volontaires, ont montré que les dysfonctionnements provenaient de problèmes d'ajustement entre de nombreux acteurs (Moisdon J-C., Tonneau D., 2008). Ces dysfonctionnements sont difficilement perceptibles. C'est pourquoi une démarche de diagnostic de recherche-intervention peut apporter une contribution. La démarche de recherche est logiquement fondée sur les observations de l'intervenant-chercheur, la compilation de données de l'organisation, la mise en place d'entretiens, puis le travail en laboratoire pour extraire de façon structurée les dysfonctionnements de l'organisation.

Chaque étape présente des difficultés et attend de l'intervenant-chercheur beaucoup d'entregent vis-à-vis de l'organisation. L'observation directe lui demande d'être capable de se fondre dans l'environnement auprès des acteurs. Le recueil et la compilation des données nécessite des relances, des explications ; ces éléments ne sont pas toujours accessibles. La mise en place des entretiens impose des relais internes reconnus (pharmaciens, cadres), pour faciliter l'approche et la planification. Le travail en laboratoire et l'extraction des dysfonctionnements demande trois fois le temps passé au sein de l'organisation (Savall H., Zardet V., 2003). Enfin, le déroulement des effets miroirs, temps fort du processus diagnostic, nécessite une rigueur exemplaire dans son organisation et sa restitution.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre général de l'observation des dysfonctionnements et dans celui du projet de service de la pharmacie à usage intérieur (PUI). L'objectif est la mise en place d'un projet de transformation de l'organisation. La phase préparatoire a demandé différentes réunions et abouti à la proposition d'une recherche-intervention auprès des services concernés. Ont ensuite été réalisés les entretiens qualitatifs semi-directifs et la présentation de l'effet-miroir, puis la rédaction de l'avis d'expert et le calcul de certains coûts cachés.

IV.2.2 Restitution du diagnostic

IV.2.2.a Présentation des résultats

En raison de la nécessaire continuité des soins, l'effet miroir a été réalisé en plusieurs séances au second semestre 2010. **Le diagnostic complet comprend la phase d'entretiens, la restitution de l'effet-miroir et la rédaction d'un avis d'expert**. Il représente un total de 30 jours sur le terrain et en laboratoire.

Tableau 15 : Ensemble des idées-clés par sous-thèmes de dysfonctionnements, hôpital A

THÈMES ISEOR	N°	SOUS THÈMES	N° IC	IDÉE-CLÉS	% IC	FRÉQUENCE IC	Nombre phrases témoins
1: CONDITIONS DE TRAVAIL	101	AMENAGEMENT ET AGENCEMENT DES LOCAUX	1	La proximité entre le management et le personnel est insuffisante	13	RAREMENT	17
7 IC centrales			2	Les locaux sont inadaptés, vétustes et les stocks dispersés	43	ASSEZ SVT	
	102	MATERIEL ET FOURNITURES	3	Les matériels informatique et téléphonique sont insuffisants et inadaptés	50	SOUVENT	15
			4	La gestion des commandes et des stocks pose problème	43	ASSEZ SVT	13
			5	L'égalité d'accès aux médicaments n'est pas respectée pour des motifs de gestion	20	PARFOIS	6
			6	Les logiciels ne sont pas adaptés aux activités	60	SOUVENT	18
	103	NUISANCES	7	La vétusté des équipements pose de nombreuses difficultés	0,6	RAREMENT	11
	104	CONDITONS PHYSIQUES DE TRAVAIL	8	Les locaux ne sont pas conformes aux normes	36	ASSEZ SVT	
	105	CHARGE PHYSIQUE DE TRAVAIL	9	Le manque de matériel adapté pose un problème de déplacement des charges lourdes	23	PARFOIS	7
	106	HORAIRES DE TRAVAIL	10	le respect des horaires d'ouverture de la pharmacie est sujet à controverse	13	RAREMENT	4
	107	AMBIANCE DE TRAVAIL	11	la peur de l'erreur crée des tensions	0,6	RAREMENT	2

THÈMES ISEOR	N°	SOUS THÈMES	N° IC	IDÉE-CLÉS	% IC	FRÉQUENCE IC	Nombre phrases témoins
TOTAL THÈME 1		7 SOUS THEMES	11	11 DEES CLES	Nbe phrases témoins		93
2: ORGANISATION DU TRAVAIL	201	REPARTITION DES TACHES, MISSIONS,FONCTIONS	12	La répartition des tâches à la pharmacie n'est pas claire ni communiquée	40	ASSEZ SVT	13
3 IC centrales			13	La gestion des dotations entre la pharmacie et les services n'est pas efficace	26	PARFOIS	8
			14	Effectuer des tâches à la place d'une autre personne est très consommateur de temps	13	RAREMENT	4
	202	REGULATION DE L'ABSENTEISME	15	La surcharge de travail peut entraîner de l'absentéîsme	13	RAREMENT	4
			16	La durée des absences perturbe le fonctionnement	0,3	RAREMENT	1
	203	INTERET DU TRAVAIL	17	Certaines activités sont peu valorisées ou peu intéressantes	10	RAREMENT	3
	204	AUTONOMIE DANS LE TRAVAIL	18	Le pharmacien a du mal à déléguer et est souvent interrompu	13	RAREMENT	4
			19	Les personnels manquent d'initiative	10	RAREMENT	3
	205	CHARGE DE TRAVAIL	20	La surcharge de travail est due à la variation de l'activité et au manque de rigueur	10	RAREMENT	3
			21	Il n'y a pas assez de personnel	10	RAREMENT	3
	206	REGLES ET PROCEDURES	22	Les procédures sont complexes, mal communiquées et mal appliquées	23	PARFOIS	7

THÈMES ISEOR	N°	SOUS THÈMES	N° IC	IDÉE-CLÉS	% IC	FRÉQUENCE IC	Nombre phrases témoins
	207	ORGANIGRAMME	23	Les listings de l'établissement ne sont pas à jour	13	RAREMENT	4
			24	les organigrammes ne concernent que l'encadrement	0,3	RAREMENT	1
TOTAL THÈME 2		7 SOUS THEMES	13	13 IDEES CLES	Nbe phrases témoins		55
3: 3C	301	3C INTERNE AU SERVICE	25	Les acteurs ont des difficultés de communication	30	ASSEZ SVT	10
Communication	302	RELATIONS AVEC LES SERVICES ENVIRONNANTS	26	La communication pharmacie-services cliniques n'est pas efficace	73	TRES SVT	22
Coordination	303	3C ENTRE RESEAU ET SIEGE					
Concertation	305	3C ENTRE MAISON MERE ET FILIALE					
4 IC centrales	306	3C AU NIVEAU DE L'EQUIPE DE DIRECTION					
	307	3C ENTRE ELUS ET FONCTIONNAIRES					
	308	DISPOSITIFS DE 3C					
	309	TRANSMISSION DES INFORMATIONS	27	La sécurité, la traçabilité et la validité de la prescription ne sont pas assurées	63	SOUVENT	19
	310	3C VERTICALE	28	La communication verticale n'est pas adaptée	20	PARFOIS	6
	311	3C HORIZONTALE					
TOTAL THÈME 3		10 SOUS THEMES	4	4 IDEES CLES	Nbe phrases témoins		57
4: GESTION DU TEMPS	401	RESPECT DES DELAIS	29	Le non respect des délais perturbe fortement l'activité de la pharmacie	23	PARFOIS	7

THÈMES ISEOR	N°	SOUS THÈMES	N° IC	IDÉE-CLÉS	% IC	FRÉQUENCE IC	Nombre phrases témoins
5 IC centrales			30	L'administration du bon médicament au patient dans les délais n'est pas toujours respectée	10	RAREMENT	3
	402	PLANIFICATION, PROGRAMMATION DES ACTIVITES	31	La présence de la pharmacie dans les services cliniques est insuffisante	10	RAREMENT	3
			32	L'activité médicament de la pharmacie est mal organisée	30	ASSEZ SVT	9
			33	L'activité médicale aïgue implique implique un circuit du médicament adapté	10	RAREMENT	3
			34	Le temps consacré à la gestion du médicament est important	6	RAREMENT	2
	403	TACHES MAL ASSUMEES	35	Les bons d'urgence représentent un problème de gestion majeur	76	TRES SVT	23
			36	le coût de l'approvisionnement en urgence est élevé	10	RAREMENT	3
			37	La qualité des différentes étapes du circuit du médicament est imparfaite	63	TRES SVT	19
			38	Il existe de nombreux glissements de fonction	30	ASSEZ SVT	9
			39	Le travail des collègues n'est pas respecté	16	RAREMENT	5
	404	FACTEURS PERTURBATEURS DE LA GESTION DU TEMPS	40	Prendre en compte toutes les demandes est très chronophage	13	RAREMENT	4

THÈMES ISEOR	N°	SOUS THÈMES	N° IC	IDÉE-CLÉS	% IC	FRÉQUENCE IC	Nombre phrases témoins
			41	Les nombreux déplacements et les attentes à la pharmacie perturbent l'activité de soin	0,6	RAREMENT	2
TOTAL THÈME 4				13 IDEES CLES	Nbe phrases témoins		94
5: FORMATION INTEGREE	501	ADEQUATION FORMATION-EMPLOI	42	La formation de tous les acteurs du circuit du médicament n'est pas efficace	20	PARFOIS	6
1 IC centrale			43	Les compétences techniques des préparateurs sur le médicament semblent insuffisantes	10	RAREMENT	3
			44	Les compétences managériales de l'encadrement sont insuffisamment développées	13	RAREMENT	4
	502	BESOINS DE FORMATION					
	503	COMPETENCES DISPONIBLES	45	Les personnels ne sont pas assez polyvalents	13	RAREMENT	4
	505	FORMATION ET CHANGEMENT TECHNIQUE	46	les acteurs ne maîtrisent pas tous les outils informatiques	10	RAREMENT	3
TOTAL THÈME 5				5 IDEES CLES	Nbe phrases témoins		20
6: MISE EN ŒUVRE STRATÉGIQUE	601	ORIENTATIONS STRATEGIQUES	47	les instances ne remplissent pas leur rôle	10	RAREMENT	3
3 IC centrales			48	La direction parle surtout chiffres	0,6	RAREMENT	2
	602	AUTEURS DE LA STRATEGIE	49	L'approche économique est difficile à intégrer dans la culture hospitalière	10	RAREMENT	3
	603	DEMULTIPLICATION ET ORIENTATION DE LA MOE STRATEGIQUE	50	L'importance du médicament n'est pas prise en compte	23	PARFOIS	7

THÈMES ISEOR	N°	SOUS THÈMES	N° IC	IDÉE-CLÉS	% IC	FRÉQUENCE IC	Nombre phrases témoins
	605	SYSTÈME D'INFORMATION	51	Les contraintes de gestion focalisent la direction sur les économies	0,6	RAREMENT	2
			52	Le déploiement des systèmes d'information est lent	10	RAREMENT	3
	607	GESTION DU PERSONNEL	53	Les recrutements sont limités	0,3	RAREMENT	1
	608	MODE DE MANAGEMENT	54	La culture managériale est peu développée et reste centrée sur la technique	20	PARFOIS	6
			55	les personnels ne se sentent pas reconnus	16	PARFOIS	5
TOTAL THÈME 6				9 IDEES CLES	Nbe phrases témoins		32
						TOTAL	352

Dans le tableau 15 ci-dessus, les idées-clés les plus représentatives sont surlignées en gris. Les dysfonctionnements du tableau ci-dessus sont repris en synthèse ci-dessous.

Encadré 6 : Volume des dysfonctionnements classés par thème

Thème 1 : conditions de travail : 7 IC centrales (sur 11 IC et 93 phrases-témoins)

Thème 2 : organisation du travail : 3 IC centrales (sur 13 IC et 55 phrases-témoins)

Thème 3, communication-coordination-concertation (3C) : 4 IC centrales (sur 4 IC et 57 phrases-témoins)

Thème 4 : gestion du temps : 5 IC centrales (sur 13 IC et 94 phrases-témoins),

Thème 5 : formation intégrée : 1 IC centrale (sur 5 IC et 20 phrases-témoins)

Thème 6 : mise en œuvre stratégique : 1 IC centrale (sur 9 IC et 32 phrases-témoins)

La collaboration sur le circuit du médicament n'est pas ressentie comme une activité stratégique par les personnels sauf à la pharmacie. Le fait qu'elle soit perçue comme de la simple intendance favorise certainement l'apparition de dysfonctionnements. En effet, la méconnaissance du métier de l'autre (notamment entre fonction de soin et fonction technique) gène la compréhension des missions et contraintes de chacun. Ces lourdeurs, usantes pour le personnel, sont souvent perçues comme des signes de mauvaise volonté des uns envers les autres. Pourtant, dès que les personnels communiquent, ils trouvent des solutions concrètes. Le non-positionnement du circuit du médicament comme activité stratégique et le déficit de communication sur les pratiques médico-pharmaceutiques, au niveau des instances et des acteurs, sont centraux dans notre observation.

Nous avons pu observer, en juin 2009 aux côtés d'un préparateur en pharmacie, le fonctionnement réel du circuit du médicament et confronter ainsi les acquis de nos entretiens à l'observation directe sur le terrain (Cf. annexe 13).

Nous nous sommes posté une journée à l'accueil de la pharmacie, point de contact privilégié avec les services de soins. Les appels téléphoniques mal orientés, les venues à la pharmacie pour demander des produits non commandés, les difficultés de connexion électronique et de logiciels, les saisies informatiques encore manuelles représentent des interruptions de tâches et consomment du temps à des activités à faible valeur ajoutée. Nous avons également accompagné deux demi-journées un préparateur dans le département pneumologie-cardiologie et dans le service de gynécologie-obstétrique pour vérifier l'état des dotations. Selon les responsables, en raison de l'application de la loi sur les trente-cinq heures, le système de dotation de médicament nominative (patient par patient) a dû être ramené de cinq à trois fois par semaine. Cela crée des difficultés en cas d'adaptation de traitement. Il a donc été décidé de mettre en place une dotation globale par service de soins avec un stock de médicaments préétabli entre la pharmacie et chaque service clinique concerné. Cette dotation est régulièrement réapprovisionnée en fonction des demandes du service et des contrôles de la pharmacie. Lors de sa visite, le préparateur réalise un état des stocks (rangement de la dotation, ajustement des quantités, contrôle des périmés, et vérification de l'existence d'un éventuel stock caché «sauvage», source supplémentaire de risque thérapeutique). Au-delà de l'aspect logistique, il est fondamental de garantir un niveau de sécurité thérapeutique maximal et de limiter les risques d'erreur.

Ce terrain central présente donc un certain nombre de dysfonctionnements classés ci-dessous selon les thèmes de la nomenclature de dysfonctionnements, par ordre décroissant d'importance et d'apparition. Comme vu au chapitre III (section 1.III.2.1.b), les thèmes de dysfonctionnements se composent de sous-thèmes qui s'y rapportent. Y sont classées les idées clés conçues par l'intervenant regroupant les phrases témoins recueillies sur le terrain. L'ensemble des phrases témoins figure dans l'annexe 14.

Thèmes 1 et 2 liés aux CONDITIONS et à L'ORGANISATION du TRAVAIL Apparaissent différents sous-thèmes qui marquent certaines insuffisances :

- le sous-thème «matériels et fournitures» (102) souligne les problèmes de téléphone et d'informatique (idée-clé n°3, IC 3), de logiciels (IC 6), de gestion des stocks et des commandes (IC 4). Le livret thérapeutique (IC 5) souligne l'inégalité d'accès aux médicaments pour des motifs de gestion.

- les sous-thèmes «conditions physiques de travail» (104) et «charge physique de travail» (105) insistent sur la non-conformité des locaux de la pharmacie (IC 8) et sur son manque de matériel de manutention (IC 9). Au moment de la rédaction de l'avis d'expert, des travaux ont déjà été effectués et certaines difficultés matérielles semblent avoir été entendues par le management.

L'axe d'amélioration du thème 1 : matériels de communication.

Le sous-thème «répartition des tâches, des missions, des fonctions» (201) exprime une difficulté dans la communication de la répartition des tâches à la pharmacie (IC 12), une gestion des dotations de médicaments à améliorer (IC 13) et un non-respect des procédures (IC 22) dans la relation avec les services cliniques.

Citons par exemple une phrase-témoin : «le médicament n'est pas toujours disponible avec la Dotation unitaire trois fois par semaine…»

Les axes d'amélioration du thème 2 : organisation et répartition des tâches à la pharmacie et à destination des services cliniques.

Thème n°4 sur la GESTION du TEMPS

Le sous-thème «tâches mal assumées» (403) fait fortement ressortir la gestion des bons d'urgence (IC 35), le circuit du médicament (IC 37) et les différents modes de dotations. Citons par exemple la phrase-témoin qui fait apparaître l'utilisation des bons d'urgence au lieu de la procédure normale : «avec les bons, l'aide-soignant est la personne qui perd le plus de temps dans l'organisation».

Les sous-thèmes «planification des activités de la pharmacie» (402 [IC 32]) et «respect des délais» (401 [IC 29]) abordent l'organisation et l'ouverture de la pharmacie et donc le service attendu par l'institution.

L'axe d'amélioration du thème 4 : relation entre la gestion des bons d'urgence, le choix de la dotation de service, et son accompagnement par la pharmacie.

Thème n°3 COMMUNICATION-COORDINATION-CONCERTATION

Nous retrouvons au même niveau d'importance les sous-thèmes «relations avec les services environnants» (302), notamment entre la pharmacie et les services cliniques [IC 26]), «transmission des informations, notamment le circuit de la prescription» (309 [IC 27]) et «communication verticale», notamment la masse d'informations descendantes (310 [IC 28]). Citons un exemple de phrase témoin : «la communication pharmacie-service est le principal dysfonctionnement».

L'axe d'amélioration du thème 3 : mise en place de moyens de coopération efficaces.

Thèmes 5, FORMATION et 6, MISE EN OEUVRE STRATÉGIQUE

Ils sont moins fréquemment cités, sans doute en raison de la composition de l'échantillon (moindre nombre de managers). Ces deux thèmes constituent le point de départ du projet et le traitement d'une partie des dysfonctionnements.

Dans le sous-thème «démultiplication de la mise en œuvre stratégique» (603), nous retrouvons une des causes-racines des dysfonctionnements : le fait que l'importance du circuit du médicament ne soit pas prise en compte (IC 50).

Le sous-thème «modes de management» (608) exprime une culture managériale qui reste centrée sur la technique (IC 54).

Ces deux sous-thèmes illustrent un phénomène classique dans les organisations complexes et de haute technicité : la séparation entre la gestion et la technique.

Enfin le sous-thème «adéquation formation-emploi» (501) insiste sur la sensibilisation régulière et l'acceptation de l'importance du circuit du médicament par tous les acteurs. Citons cette phrase-témoin : «le personnel est insuffisamment sensibilisé à l'importance du circuit du médicament».

L'axe d'amélioration des thèmes 5 et 6 : le circuit du médicament doit bénéficier d'une approche managériale incluant les décideurs et les acteurs.

C'est à partir de ces données qu'a été construite la maquette de présentation de l'effet-miroir lors de séances de restitution aux personnels interviewés.

IV.2.2.b Effet miroir

Une fois les entretiens terminés et les données traitées, nous avons réalisé huit présentations. Ces séances dites d'«effet miroir» se sont déroulées de juin à octobre 2009 auprès de 47 personnes dont 12 managers qui ont participé à plusieurs séances. D'abord les managers puis les personnels en présence des managers.

Tableau 16 : Planning des effets-miroirs, hôpital A

HOPITAL A : PROJET CIRCUIT MÉDICO-PHARMACEUTIQUE			
PRÉPARATION INTERVENTION	SERVICES et PERSONNES CONCERNÉES	ANNEE / DATES	LIEU
RÉUNIONS	OBJET	*2009*	
RÉUNION PREPARATOIRE	Chefs de projet	mars	Pharmacie
RÉUNION DE SERVICE	Pharmaciens		Pharmacie
PRÉSENTATION SERVICE	Marc F. RH		Salle staff
RÉUNION DE SERCICE	Ensemble des personnels		Pharmacie
IMMERSION PHARMACIE	Marc Frachette		Pharmacie
IMMERSION PHARMACIE	Marc F.		Pharmacie
IMMERSION PHARMACIE	Marc F		Pharmacie
PRÉPARATION EFFET MIROIR	Sponsor et chef de projet phie		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Management services		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Management services		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Management Direction et pharmacie		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Management pharmacie		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Personnels pharmacie 1ère réunion		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Personnels pharmacie 2ème réunion		Pharmacie
PRESENTATION EFFET MIROIR	Personnels Cardiologie et pharmacie		Cardiologie
PREPARATION COUTS CACHES	AR		Domicile
PREPARATION COUTS CACHES	EK puis JH & RH		Pharmacie
PRES METHODO COUTS CACHES	Pharmacie & cardio	novembre	Phie / Cardio
ENQUETE COUTS CACHES	Pharmacie & Cardiologie	semaines 48-49	Phie / Cardio

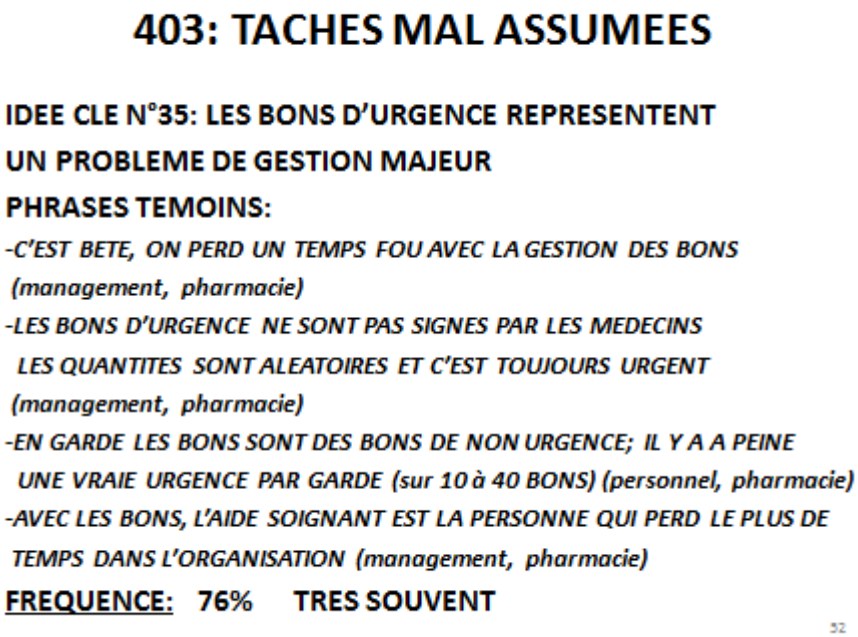
Deux raisons motivent ces nombreuses réunions : d'abord la restitution aux commanditaires et responsables du projet pour lesquels cette démarche est nouvelle ;

ensuite la difficulté à réunir les personnels tenus par des impératifs de continuité des soins. La détermination du chef de service pharmacie et des deux copilotes s'est révélée décisive dans la réalisation de cette étape. Le but de l'effet-miroir est d'effectuer la restitution la plus fidèle possible des dysfonctionnements exprimés par les personnes interviewées (Frachette M., Haddad R., Caffin A-G., Rieutord A., 2013).

Ces séances d'effet miroir se sont déroulées en plusieurs temps :

- rappel de la méthodologie et des principes du management socio-économique et de la durée prévue de réunion (environ deux heures) ;
- synthèse du projet et de son déroulement ;
- projection d'une diapositive par idée-clé, illustrée par une ou plusieurs phrases témoins et favorisant un dialogue conduit par l'intervenant-chercheur entre tous les participants.

Figure 21 : Exemple de diapositive de l'effet-miroir



L'ensemble de l'effet-miroir figure en annexe 15.

Nous avons rencontré deux difficultés principales :

-la première concerne la gestion du temps : le premier effet-miroir avec les décideurs a duré près de quatre heures, témoignant de leur intérêt mais de la difficulté à la mise évidence des points importants. Les séances d'effet-miroir suivantes, entre deux heures et deux heures et demi, ont permis de se concentrer sur les points les plus déterminants ;

-la seconde a été de ne pouvoir réunir l'ensemble des personnes concernées en même temps, ce qui a nui à la qualité du débat. La faible participation aux mêmes réunions des personnels des services de pharmacie et de soins est un élément susceptible d'avoir freiné leur coopération, malgré l'accueil bienveillant réservé à la gestion commune du circuit du médicament. Leurs présences dispersées sur de nombreuses réunions n'a pas facilité l'échange et l'émergence de propositions communes.

IV.2.3 Enquête complémentaire des coûts cachés

Cet effet-miroir a été complété d'une démarche de **calcul de certains coûts cachés**, **en particulier le surtemps des activités à faible valeur ajoutée**. Nous avons construit avec le personnel de la pharmacie une maquette destinée à recueillir des informations auprès des managers et autres personnels (services de pharmacie et de cardiologie ; le service d'obstétrique ayant finalement peu participé à la démarche). Cette enquête a été réalisée sur deux semaines : vingt-deux personnes l'ont renseignée et retournée.

Tableau 17 : Maquettes d'autoanalyse du temps par catégorie d'acteurs, hôpital A

Préparateurs et agents de la pharmacie, pharmaciens, personnels infirmiers et aides-soignants du service cardiologie, médecins du service cardiologie

QUESTIONNAIRE PHARMACIE	**COÛTS CACHÉS**										
FONCTION : PRÉPARATEURS & AGENTS											
ACTIVITÉS MESURÉES	30-nov		01-déc		02-déc		03-déc		04-déc		5 jours/semaine 49
TEMPS PASSE en minutes	matin	a-midi	matin	a-midi	matin	a-midi	matin	a-midi	matin	a-midi	TOTAL Minutes
INTERRUPTIONS non justifiées téléphone erreurs «d'aiguillage»											
BONS D'URGENCE											
URGENCES COURSIERS											
RETOURS de MÉDICAMENTS											
D.U. (dotation unitaire) CARDIOLOGIE											
COMMANDES après 10 H											
PRÉPARATOIRE											

Légende : préparatoire = activités de préparation des médicaments

QUESTIONNAIRE PHARMACIE	**COÛTS CACHÉS**										
FONCTION : PHARMACIENS											
ACTIVITÉS MESURÉES	23-nov		24-nov		25-nov		26-nov		27-nov		5 jours/semaine 48
TEMPS PASSÉ en minutes	matin	a-midi	matin	a-midi	matin	a-midi	matin	a-midi	matin	a-midi	TOTAL Minutes
Nombre d'INTERRUPTIONS non justifiées télélphone…erreurs «d'aiguillage»											
GLISSEMENTS de FONCTION Tâches gérées en plus (hors avis spécialisé nécessaire)											

ENQUETE CARDIOLOGIE	**COÛTS CACHÉS**										
INFIRMIERES											
ACTIVITES MESUREES TEMPS PASSÉ en minutes	23-nov	24-nov	25-nov	26-nov	27-nov	30-nov	01-déc	02-déc	03-déc	04-déc	TOTAL minutes Semaines 48 & 49
RECOMPOSITION des TIROIRS des PATIENTS											

ENQUETE CARDIOLOGIE	**COÛTS CACHÉS**										
AIDES SOIGNANTES											
ACTIVITES MESUREES TEMPS PASSE en minutes	23-nov	24-nov	25-nov	26-nov	27-nov	30-nov	01-déc	02-déc	03-déc	04-déc	TOTAL minutes Semaines 48 & 49
ALLER-RETOUR & ATTENTE PHARMACIE											

ENQUETE CARDIOLOGIE	**COüTS CACHÉS**										
PRESCRIPTEURS											
ACTIVITES MESUREES TEMPS PASSE en minutes	23-nov	24-nov	25-nov	26-nov	27-nov	30-nov	01-déc	02-déc	03-déc	04-déc	TOTAL minutes Semaines 48 & 49
TEMPS EN PLUS SUR LOGICIEL PHEDRA par rapport à une prescription normale											

Ces maquettes ont été conçues pour recueillir les temps passés à des activités à faible valeur ajoutée. Les activités les plus marquantes ont été définies avec les personnels concernés, notamment les préparateurs et leur cadre en pharmacie : les activités réalisables par d'autres personnes ou répondant à des sollicitations exagérées des services cliniques ont été considérées comme présentant peu de valeur ajoutée par rapport à la qualification des personnels concernés. Une fois les enquêtes terminées, le travail en laboratoire a permis de comptabiliser les surtemps induits par les activités à faible valeur ajoutée.

La méthodologie complète de calcul des coûts cachés (SOF) se décompose en trois étapes (Savall H., Zardet V., 2003) :

- la partie sociale (S) qui détecte les dysfonctionnements primaires,
- la partie organisationnelle (O) qui en quantifie les effets,
- la partie financière (F) qui les transpose en unités monétaires

La partie sociale a été évaluée lors de l'analyse des dysfonctionnements, la partie organisationnelle correspond aux enquêtes, phase que nous avons circonscrite à l'évaluation des temps passés aux activités à faible valeur ajoutée. Enfin la partie financière tient compte du coût horaire en déduisant du chiffre d'affaires les charges variables ; pour des raisons de simplification, nous avons seulement tenu compte dans notre analyse des surtemps, des salaires chargés.

Nous présentons dans le tableau ci-dessous l'évaluation des surtemps à faible valeur ajoutée.

Tableau 18 : Enquête de surtemps sur les activités à faible valeur ajoutée, hôpital A

CIRCUIT du MÉDICAMENT : ACTIVITÉ observée	Fonction	Service	TOTAL (minutes)	minutes par jour	heures par an	mois de travail
Recomposition des tiroirs	Infirmier	Cardiologie	567	6,52	39	0,2
Allers-retours service cardiologie-pharmacie	Aide-soignante	Cardiologie	48	6,86	41	0,3
Bons d'urgence	Préparateur	Pharmacie	1 480	37,94	227	1,6
Sous-total gestion BONS			1 528		268	1,9
Interruptions non justifiées	Préparateur	Pharmacie	619	15,87	95	0,6
Urgences coursiers	Préparateur	Pharmacie	105	2,69	16	0,1
Retours médicaments	Préparateur	Pharmacie	155	3,97	23	0,1
Dotation unitaire cardiologie	Préparateur	Pharmacie	0	0	0	0
Commandes après 10 heures	Préparateur	Pharmacie	445	11,41	68	0,4
Préparatoire	Préparateur	Pharmacie	465	11,92	71	0,5
Interruptions non justifiées	Pharmacien	Pharmacie	549	13,39	80	0,5
Glissements de fonction	Pharmacien	Pharmacie	1 199	29,24	175	1,2
TOTAL activités à faible valeur ajoutée			5 652		835	5,9

Ces surtemps induits par les dysfonctionnements de la gestion du médicament sont équivalents à six mois de travail d'une personne (valorisés environ à 30.000 Euros en salaires chargés sur cette seule enquête). Les seuls bons d'urgence représentent, quant à eux, presque deux mois de travail à temps plein.

Pour évaluer ces surtemps cachés, deux réunions avec les deux pilotes (le cadre et le pharmacien en charge de la gestion) et les préparateurs ont permis de choisir des indicateurs de mesure. Selon le groupe de travail, les données à analyser étaient :

- la gestion des bons d'urgence (multiplication des allers-retours des soignants à la pharmacie pour des produits censés être dans la dotation des services cliniques),
- les interruptions non justifiées (que ce soit au téléphone ou à l'accueil de la pharmacie, pour les personnels comme pour les pharmaciens),
- différentes tâches figurant dans le tableau 18 ci-dessus.

Cette enquête a été réalisée selon le principe d'auto-évaluation du temps passé à ces activités. Il ne s'agit pas de chronométrer les temps mais de renseigner quotidiennement le temps de chaque *item* dans le tableau.

La méthodologie a été présentée aux personnels de la pharmacie et du service de cardiologie le 19 novembre. Chacune des deux parties de l'enquête s'est déroulée sur deux semaines : la première sur les semaines 48 et 49 de 2009 ; la seconde sur la semaine 52 de 2009 et la 1ère semaine 2010. Vingt-deux questionnaires exploitables ont été collectés. Cette enquête a mis en évidence des surtemps sur l'ensemble des activités (5,9 mois de travail). Par comparaison avec les salaires chargés correspondant à chaque fonction, ces surtemps ont été évalués à 27.500 Euros. Ce montant peut paraître modeste, mais il ne concerne que quelques tâches, évaluées par quelques opérateurs de deux services seulement. Une évaluation plus complète des coûts cachés intégrant l'ensemble des indicateurs et des composants ne nous a pas été possible pas manque de temps.

Cette enquête a été ajoutée au rapport définitif, l'avis d'expert, qui est ensuite remis aux commanditaires du diagnostic. **Les sommes identifiées laissent entrevoir des gisements de performance importants et permettent de dégager des investissements immatériels, notamment des formations**.

IV.2.4 Avis d'expert

Après la présentation orale des résultats**, l'avis d'expert, document synthétique qui engage l'intervenant-chercheur dans ses commentaires, achève le diagnostic, rend compte de l'analyse des dysfonctionnements et délivre des pistes de recommandations** (Savall H., Zardet V., 2003).

L'avis d'expert synthétise les données de l'effet miroir auxquelles l'intervenant-chercheur ajoute son analyse personnelle, à partir des données fournies, de son observation et des non-dits. Les nombreuses heures d'étude de données, d'observation, d'entretiens et de travail auprès des acteurs de l'hôpital A nous ont permis de dégager un certain nombre de non-dits dont nous avons fait état dans l'avis d'expert (Cf. annexe 16) et dont nous présentons une synthèse ci-dessous :

Le respect des collègues et le fort attachement au service public de soins sont évidents. Le sens de la mission collective est clair pour tous et engendre une fierté certaine d'appartenance au groupe. Ceci étant, la profonde mutation de l'hôpital public engendre une perte de repères. Les principales causes de malaises détectées concernent les impératifs de gestion imposés par des enveloppes budgétaires contraintes, surtout dans le domaine des ressources humaines. Au-delà des doutes sur l'avenir du système, la crainte majeure est de ne plus pouvoir exercer sa mission correctement par manque de moyens humains, matériels ou d'organisation. Cette préoccupation reste une source de cohésion, chaque acteur recherchant des solutions, malgré une certaine défiance envers les autorités de santé.

Concernant spécifiquement le circuit du médicament :

La coopération entre services cliniques et médico-techniques est perçue comme une activité annexe, la pharmacie restant prestataire des services de soins. Le fait que les activités pharmaceutiques soient vécues comme logistiques, limite les interactions et favorise l'apparition de dysfonctionnements, même si des projets communs prennent corps, tels que la formation au circuit du médicament et l'Éducation thérapeutique. **L'absence de positionnement du circuit du médicament comme activité stratégique de l'organisation est certainement un point central de cet avis d'expert.**

L'avis d'expert a été complété d'un chiffrage des coûts cachés induits par les dysfonctionnements.

A la fin de la démarche, nous avons émis une série de cinq recommandations :

1) **Donner une place centrale au circuit du médicament**, activité garante de la sécurité et de l'efficacité du dispositif médico-pharmaceutique par la création d'un groupe projet «circuit du médicament» entre soignants et personnels médico-techniques ;
2) **Redéfinir l'approvisionnement des médicaments dans le service** de cardiologie, en envisageant par exemple un nouveau système de dotation,
3) **Revoir la répartition des tâches au sein même du service pharmacie** en cartographiant ses activités et ses compétences,
4) **Améliorer les moyens matériels indispensables au bon fonctionnement médico-pharmaceutique**,
5) **Compléter ces changements par un plan de communication et de formation afin de créer une dynamique autour du circuit du médicament**.

A l'issue du diagnostic, les dysfonctionnements du terrain central A apparaissent plus clairement. Ceux-ci vont permettre d'envisager des pistes de travail et la constitution de groupes et de retenir les projets clés à la transformation de l'organisation.

IV.3 Projets d'amélioration

Hypothèse prescriptive n°4 : Le diagnostic central conduit auprès de nombreux acteurs, mettant en lumière les dysfonctionnements et permettant la proposition de pistes et de projets est une étape Incontournable d'une recherche-intervention.

Les enseignements du diagnostic socio-économique vont permettre d'envisager trois groupes projets autour du circuit du médicament qui ont mobilisé plusieurs outils d'investigation et de mesure.

IV.3.1 Exploitation de l'avis d'expert

À l'issue du diagnostic, les recommandations de l'avis d'expert (Cf. partie IV.2.4 ci-dessus) ont été analysées par le groupe qui a décidé la mise en place de trois projets afin de redonner une place centrale au circuit du médicament. La participation de tous les métiers concernés par ce circuit a permis d'identifier et de classer les dysfonctionnements pour proposer des recommandations. Trois groupes de projet ont été décidés :

- Groupe projet 1 : ACTIVITÉS PHARMACIE

Les objectifs sont de redessiner l'organigramme, de reprendre les fiches de poste, d'instaurer les grilles de compétences par un processus de leur autodiagnostic,

- Groupe projet 2 : COMMUNICATION

L'objectif est la mise en place d'une plaquette sur le circuit du médicament et l'accompagnement du parcours des patients (notamment le circuit des chimiothérapies, l'hôpital de jour étant intéressé par la démarche),

- Groupe projet 3 : PILOTAGE

L'objectif est le suivi des indicateurs tels que les bons d'urgence.

Comme nous l'avons vu, nous avons choisi, en accord avec les décideurs, les pilotes du projet, de nous centrer sur l'évaluation des activités dégageant une faible valeur ajoutée (temps perdu en dérangements, glissements de tâches). Les résultats de cette enquête des coûts cachés ont été ajoutés à l'avis d'expert. Ce diagnostic complet correspond à un total de 31 jours de travail de terrain et au laboratoire, étalés sur un an et demi (si l'on y inclut les premiers contacts et l'élaboration de notre sujet de recherche).

A l'issue de ce diagnostic, nous avons eu l'opportunité d'organiser une rencontre entre le Chef de service pharmacie, le Directeur approvisionnement et logistique et l'un de nos Directeurs de thèse (10 février 2010). Cette réunion a permis de valider un certain nombre de points avant d'engager la phase projet :

- **une pharmacie peu valorisée**, considérée comme un *back office*, qui ne doit pas fonctionner comme un self-service ;

- **une mise en place difficile des nouveaux systèmes d'information** se heurtant à un conflit générationnel avec certains praticiens seniors ;
- **des glissements de tâches de bas en haut**, des opérateurs vers le management de proximité ;
- **une polyvalence des activités pharmaceutiques**, qui nécessite leur réorganisation en utilisant les grilles de compétences du management socio-économique. L'élaboration d'un plan de carrière pour les préparateurs semble une voie de redéploiement possible.

Un point de discussion a été particulièrement explicite lors de la réunion de fin de diagnostic avant de commencer la phase de projet : le fait de ne pas utiliser les coûts cachés pour diminuer les dépenses de personnels, mais au contraire les valoriser en investissant sur le potentiel humain pour améliorer l'organisation, notamment en réalisant des investissements immatériels (formation…).

L'avis d'expert a été présenté aux managers et à la Commission du médicament (COMEDIMS) lors de quatre réunions en février et mars 2010.

IV.3.2 Initiation des projets

Après le diagnostic et l'avis d'expert, une série de cinq réunions a permis de préparer la phase projet entre avril et juillet 2010. Suite aux réunions de fin de diagnostic, une des priorités du projet a été **la mise en place des grilles de compétences, outil jugé préliminaire à toute modification de l'organisation**. En effet, la cartographie des activités et des compétences disponibles a été perçue comme un prérequis à la démarche de projets.

Tableau 10 : Modèle de grille de compétences (déjà cité au chapitre III)

GRILLE DE COMPETENCES PHARMACIE ABC - PROJET ISBA de Recherche-Intervention

Activités / Acteurs	FONCTION	DANS L'ORGANISATION EN DEBUT DE PERIODE: AVRIL 2010																												POLYVALENCE	OBSERVATIONS SAVOIR - FAIRES NOUVEAUX A CRÉER
		OPERATIONS EXISTANTES DE GESTION SECURITE														OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT													SAVOIR-FAIRE PARTICULIER				
VULNERABILITE																															

LEGENDE :

■ Pratique courante maîtrisée sans dysfonctionnement (3)
◪ Pratique occasionnelle ou non entièrement maîtrisée (2)
□ Connaissance des principes sans pratique (1)
— Ni connaissance théorique ni pratique
○ A réaliser

© ISEOR
MAJ : 17/3/2000

Comme nous l'avons indiqué au chapitre III (partie II.2.1.c) la grille de compétences consiste à indiquer dans un tableau en ligne toutes les personnes du service, et en colonnes l'ensemble des activités afin de visualiser les compétences disponibles à développer pour le bon fonctionnement de l'organisation. **La mise en place des grilles de compétences** est donc un élément central du dispositif.

Les deux projets ci-dessous, de dotation d'une part, de chimiothérapie en hôpital de jour d'autre part nécessitent la mobilisation des grilles de compétences et de l'approche par processus ; nous détaillons ci-dessous les indicateurs de suivi mis en place.

Les dotations de médicaments représentent une décision stratégique en termes de circuit du médicament. Le diagnostic sur le circuit du médicament a conforté la nécessité de réorganiser l'approvisionnement de certains services de soins, notamment la cardiologie. Au cours du diagnostic, la méthodologie de recherche des dysfonctionnements a fait émerger l'intérêt de revoir le processus de traitement des patients sous chimiothérapies à l'hôpital de jour.

IV.3.2.a Projet de dotation cardiologie

La mise en place de la dotation de médicaments par la pharmacie à destination des patients d'un service clinique peut se faire de plusieurs manières : dotation nominative, c'est-à-dire approvisionnement des médicaments pour chaque patient ; ou bien dotation globale, c'est-à-dire, livraison de la quantité de médicaments commandées par un service clinique dans une armoire au sein d'un service clinique. S'il est vrai que la dotation nominative est synonyme de sécurité et de traçabilité, celle-ci est difficile à gérer pour certaines activités, quand les prescriptions et dosages évoluent en permanence. Un autre moyen consiste à approvisionner une dotation globale de service, notamment par le biais d'armoires sécurisées avec un accès personnalisé.

Le projet de dotation cardiologie, dépendant du pôle médical thorax, a bénéficié d'un pilotage spécifique entre la pharmacie et la cardiologie. Ce projet détaillé dans le contrat de service de la figure 22 ci-après, reprend les listes de médicaments et leur toilettage, la gestion du local de dotation, l'organisation des activités, et la répartition des rôles entre les personnels de la cardiologie et ceux de la pharmacie.

Figure 22 : Exemple de projet entre les services de pharmacie et de cardiologie, hôpital A (projet complet en annexe 17)

PARTENARIAT AVEC LE SERVICE CARDIOLOGIE
PÔLE : - THORAX

CONTRAT DE SERVICE TYPE
GESTION DU MÉDICAMENT

«Le bon médicament, au bon endroit, au bon moment, en bonne quantité et au meilleur coût

SOMMAIRE

1 – Gestion des MEDICAMENTS

1 – 1 MEDICAMENTS EN DOTATION

- **Médicaments de la dotation globale**
- **Médicaments des dotations spécifiques**

1 – 2 MEDICAMENTS NOMINATIFS

1 – 3 MEDICAMENTS PERSONNELS

OBJET :

- **Renforcer et homogénéiser la qualité des soins : Sécurité/Efficacité/Traçabilité.**
- **Développer un partenariat entre la pharmacie et l'unité de soins**
- **Adapter les dotations en fonction de l'activité clinique**
- **Prévenir l'erreur médicamenteuse évitable**
- **Formaliser et maîtriser la gestion du médicament, le circuit du médicament :**
  - **Commander**
  - **Préparer la commande**
  - **Délivrer et dispenser les médicaments par la pharmacie**
  - **Livrer les médicaments (transport)**
  - **Réceptionner les médicaments commandés**
  - **Ranger les médicaments commandés**
  - **Gérer les erreurs médicamenteuses liées à la gestion du médicament depuis la commande jusqu'au rangement (voir chariot d'administration)**
  - **Pérenniser le projet (indicateurs de suivi).**

Notre démarche de recherche-intervention a en partie contribué à stimuler la coopération entre la pharmacie et les services cliniques qui ont développé des outils d'accompagnement. Dans le tableau ci-dessous, le projet de dotation du service cardiologie a mis en place des indicateurs de suivi, notamment le suivi des bons d'urgence.

Tableau 19 : Maquette de suivi des bons d'urgence du service cardiologie, hôpital A

MOIS UNITÉS	mois	mois	mois	mois	mois	mois
NBRE DE BONS						
NBRE DE LIGNES EN DOTATION						
NBRE DE LIGNES HORS DOTATION						
NBRE TOTAL DE LIGNES						

Moyenne du nombre de lignes/bon						

Rappelons que les bons d'urgence représentent les demandes de médicaments dont les services ne disposent pas et dont ils ont un besoin urgent pour leurs patients. Malheureusement, ces bons sont souvent utilisés pour l'approvisionnement, à la place des procédures de dotation existantes, soit parce que celles-ci n'ont pas été utilisées, soit parce qu'elles ont été défaillantes.

L'idée-clé 35 «les bons d'urgence représentent un problème de gestion majeur» explique ce phénomène dont la fréquence est qualifiée de «très souvent». Au-delà des surtemps, ces dérives impactent directement la mise en place du nouveau système de dotation de médicaments dans le service de cardiologie.

Il a été décidé de suivre plusieurs indicateurs :

- nombre de lignes de médicaments en dotation figurant sur un bon correspondant au nombre de médicaments pourtant disponibles dans le service ;
- nombre de lignes de médicaments hors dotation

Nous verrons plus loin au chapitre VII l'analyse des résultats de la mise en œuvre du projet dotation et la corrélation entre le suivi des dotations et l'évolution du nombre de bons.

IV.3.2.b Projet «chimiothérapie en hôpital de jour»

Au cours de la phase de suivi et des présentations aux instances de l'établissement, un nouveau développement apparaît possible : l'amélioration de la fourniture des chimiothérapies anticancéreuses à l'hôpital de jour. Ce circuit du médicament est soumis à de fortes contraintes : la production des poches de chimiothérapie suit un processus de production quasi-industriel, aussi complexe techniquement que logistiquement. Ces traitements s'adressent à des patients atteints de pathologies lourdes, qui se déplacent spécialement pour une hospitalisation à la journée.

Début 2011, le chef de service de la pharmacie a proposé aux personnels de l'hôpital un projet appelé **«Chemin clinique du patient sous chimiothérapie en hôpital de jour»** pour remettre à plat ce processus et ses dysfonctionnements et pour déployer des solutions pour les soignants et les patients. Le chef de service pharmacie a organisé une réunion pour définir l'objectif d'amélioration de ce processus. Il a recueilli des témoignages de dysfonctionnements de la part de tous les acteurs sur le circuit des chimiothérapies selon la méthodologie de diagnostic socio-économique que nous avions initialement déployée.

Il a analysé les données et en a retiré deux idées-clés :

- les validations des chimiothérapies arrivent souvent tardivement à la pharmacie pour lancer la production : «les OK (chimio) la veille ne sont pas possibles quand la NFS (numération formule sanguine) est limite ou n'a pas été faite en ville, ou quand l'état du patient ne le permet pas», «dans certains cas, l'absence de OK la veille est simplement due à un oubli des médecins».
- les heures d'arrivée des patients, tous convoqués à la même heure pose problème en termes de production, de sécurité et de satisfaction des patients : «On pourrait baisser le nombre de convocations à 8 heures 30 - 9 heures 30».

Ces observations ont été partagées lors de la réunion du 13 janvier 2011 et immédiatement transformées en propositions d'actions : «vérifier tous les soirs les OK possibles à mettre», «proposer aux patients d'appeler la veille s'il y a un problème quelconque afin de ne pas mettre le OK». Cette dernière remarque sera incluse dans un questionnaire de satisfaction adressé aux patients.

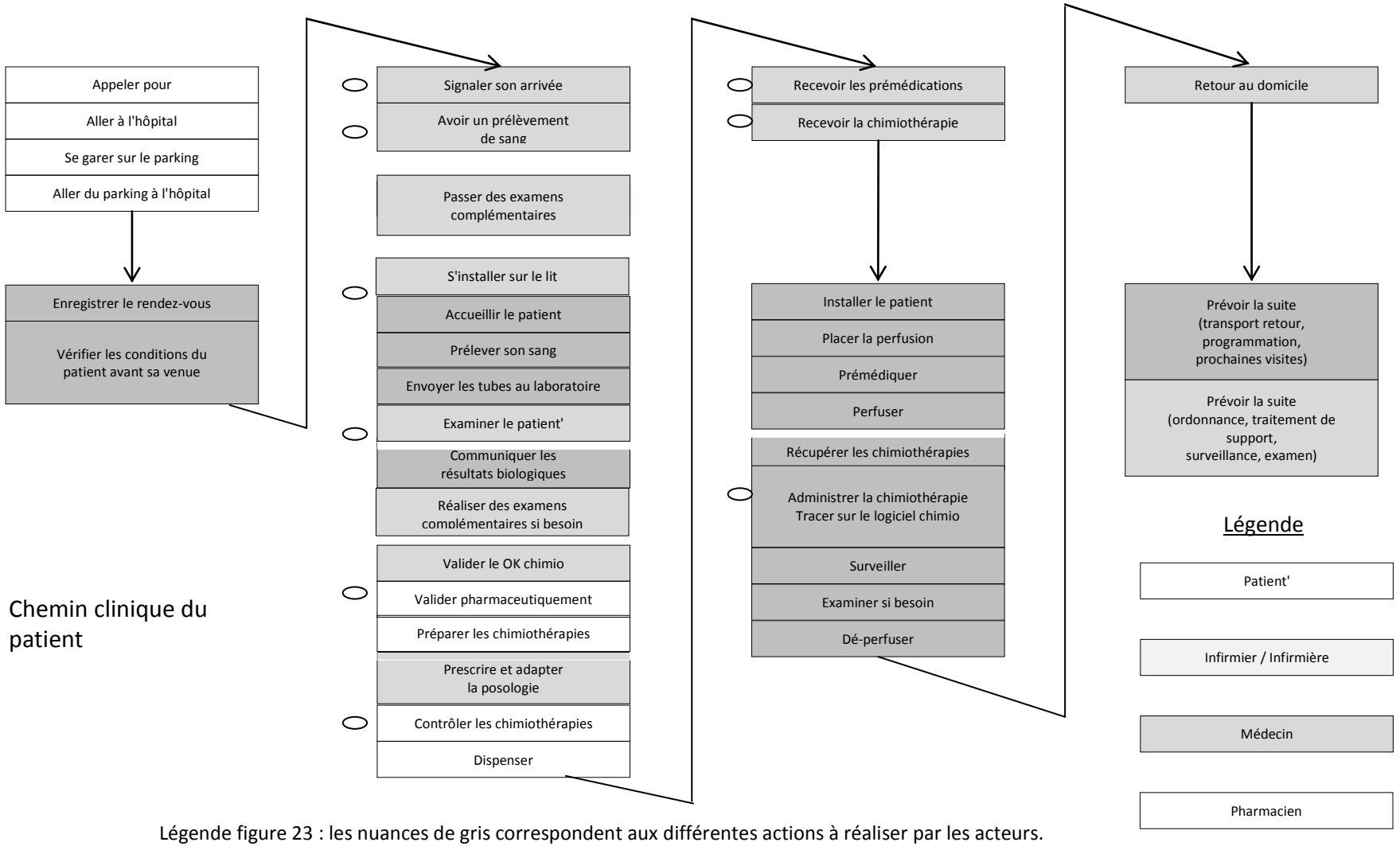
Encadré 7 : Indicateurs de suivi du circuit des chimiothérapies

Un certain nombre d'indicateurs ont été mis en place :

- le délai entre l'admission du patient et la première perfusion ;
- le nombre de OK chimio la veille ;
- le délai entre le OK chimio et l'état préparé ;
- l'heure d'arrivée des patients.

Pour bien séquencer ces différentes étapes, une approche par processus a été mise en place.

Figure 23 : Processus du chemin clinique du patient en chimiothérapie



Légende figure 23 : les nuances de gris correspondent aux différentes actions à réaliser par les acteurs.

Les indications sous forme de lettres correspondent au temps entre deux étapes (par exemple B-B' = 54 minutes. Cf. tableau 20 ci-dessous)

Le détail de l'ensemble des étapes permet une approche rapide pour rechercher les principaux dysfonctionnements, ce qui est utile dans la phase de construction du projet. Cette approche par processus a facilité la construction des indicateurs de suivi. Dans le tableau ci-dessous, nous retrouvons les indicateurs de temps qui vont permettre d'améliorer la réalisation de ce processus.

Tableau 20 : Temps de réalisation des activités du processus de chimiothérapie, hôpital A

Etape	Indicateur	avril 2011	XX 2011
A-A'	Heures d'arrivée des patients	7 h 30 - 8 h 30 : 8,9 %	
		8 h 30 - 9 h 30 : 66,7 %	
		9 h 30 – 10 h 30 : 22,2 %	
		>10 h 30 : 2,2 %	
B-B'	Délai entre admission et consultation médicale	m : 54 minutes [5 min ; 2 h 40]	
C	Nombre de ok la veille ou avant 9 h 30	7 soit 15 %	
D	Délai entre ok chimio et passage à l'état préparé de la première molécule de CT	m : 1 h 05 [20 min ; 2]	
E-E'	Délai entre admission et première administration de médicament (prémédication ou CT)	m : 1 h 46 [20 min ; 4 h 50]	
F-F'	Délai entre admission et première perfusion de CT	m : 2 h 42 [1 h ; 3 h 10]	

Ce tableau met en évidence un certain nombre d'anomalies en termes de délais, notamment l'attente de presque deux heures en moyenne entre l'admission du patient et la perfusion de la chimiothérapie (CT).

L'avis d'expert du diagnostic de l'hôpital A a permis la sélection de projets clés pour l'amélioration du circuit du médicament : redéfinition des activités de la pharmacie et des compétences nécessaires pour les assurer, communication autour du circuit du médicament pour promouvoir son amélioration, et pilotage des indicateurs dans la durée. Ces projets participent concrètement à la mise en place de grilles de compétences, au pilotage des dotations de médicaments et à la redéfinition du processus des chimiothérapies. Nous présenterons ces résultats dans le chapitre VII (partie VII.3.2).

Le terrain d'expérimentation A fera l'objet d'une analyse comparée avec les autres terrains d'observation au chapitre V.

CHAPITRE V

ÉTUDE COMPARÉE DU CAS CENTRAL AVEC LES AUTRES TERRAINS D'OBSERVATION : LA COOPÉRATION COMME CLÉ DU FONCTIONNEMENT

L'hôpital A, terrain d'observation principal de notre travail de recherche a bénéficié d'un traitement longitudinal, du diagnostic à l'évaluation du changement. Le terrain B, situé au sein d'un CHU et composé de deux hôpitaux B1 et B2 en cours de fusion, a uniquement fait l'objet d'un simple diagnostic. Après une analyse des dysfonctionnements des sites du terrain B, **il est intéressant de comparer les convergences et spécificités des diagnostics des deux terrains A et B, au regard de l'objet de recherche en termes de coopération entre acteurs**. Par ailleurs, l'identification et l'analyse des dysfonctionnements permettent de mettre en œuvre l'intégration des outils de management présentés au chapitre III.

V.1 Diagnostic comparatif entre les sites du terrain B : une confirmation des dysfonctionnements du terrain A

Hypothèse descriptive n°5 : Les six thèmes du diagnostic socio-économique permettent de comparer les dysfonctionnements entre les terrains d'observation.

Les diagnostics des deux sites hospitaliers B1 et B2 ont demandé une phase de négociation et d'organisation pour effectuer les recherches-interventions en parallèle.

Une fois les dysfonctionnements repérés dans chaque hôpital, la comparaison des données a permis de révéler les convergences et les spécificités entre les deux sites.

V.1.1 Organisation de l'intervention sur les deux sites B1 et B2 du terrain B

Le terrain B est constitué de deux hôpitaux gériatriques au sein d'un CHU, que nous nommerons B1 et B2 (Cf. chapitre III, partie 1.III.3.2). L'hôpital B1 est le site principal. Ces deux hôpitaux du terrain B illustrent la volonté de regroupement exigée par les pouvoirs publics pour impulser de nouvelles dynamiques. Il existe cependant un antagonisme entre le fait d'individualiser les prises en charge au plus près des patients et celui de regrouper les hôpitaux dans une logique proche de celle du secteur marchand. L'exemple de la réforme des maternités le montre clairement avec les limites désormais connues en termes de baisse possible ou inéluctable de la qualité des soins (Grenier C., Guitton-Philippe S., 2010).

Suite à l'approche de ces nouveaux terrains fin 2010 , nous avons organisé en janvier 2011 une séance de travail avec le management de la pharmacie et formalisé l'objectif suivant : **«Projet de réorganisation du fonctionnement médico-pharmaceutique des deux sites hospitaliers, en termes de management et ressources humaines, de moyens logistiques, de sécurisation et de règlementation des produits de santé, de recherche et d'innovation, dans le cadre du projet de pôle hospitalo-universitaire de cette structure hospitalière multi-sites et de son ancrage dans le territoire de santé à échéance 2012-2014».**

Face à la complexité organisationnelle, financière et politique de la situation, nous avons identifié les acteurs et envisagé leurs attitudes face au projet selon la méthodologie de la stratégie des partenaires abordée au chapitre III (partie 1.III.2.2) (César B., d'Herbemont O., 2002) (Fauvet J-C., 2001). Cette démarche permet de planifier de manière précise l'ordre des réunions et des entretiens en commençant par la prise de rendez-vous avec les décideurs : groupe de pilotage, directeurs, présidents de CME, puis managers, mais aussi en fonction du niveau d'adhésion ou d'opposition au projet. Une fois cette cartographie des acteurs réalisée, nous organisons le planning des entretiens présenté ci-dessous ; entretiens individuels pour l'encadrement et groupes d'interviews pour les personnels non-cadres, selon le même mode opératoire que sur le terrain A (Cf. chapitre IV, partie 2.IV.1.2). Le représentant du personnel du site principal B1 a été entendu de manière individuelle.

Nous présentons ci-dessous le planning des entretiens réalisés.

Tableau 21 : Planning des entretiens, terrain B

DATE entretien	NOM	PRÉNOM	FONCTION	CONTACT	MAIL	TEL	DURÉE ENTRETIEN	MEMBRES DU GROUPE
pas de suite			DRH MCO	secrétariat				
pas de suite			Chef pôle	secrétariat				
SS TOTAL								
03/2011			CS Phie	secrétariat			90 minutes	
03/2011			Pharmacien adjoint	direct			75 min	
mars			PPH FF Cadre prépa	direct			110 min	
mars			PPH FF Cadre prépa	direct				
04/2011			Médecin Pdt CCM	direct			60 min	
04/2011			DG	secrétariat			60 min	
05/2011			cadre infirmier	direct			60 min	
05/2011			Directeur Finances	direct			120 min	
mars			Aide de pharmacie	secrétariat			90 min	
avril	**Groupe préparateurs**		3 PERSONNES	secrétariat			75 min	
05/2011	**Groupe infirmières**		3 PERS	secrétariat			75 min	
SS TOTAL	**HOPITAL CENTRAL**	11ENTRETIENS	15 PERS				815 min (13 H 30)	
03/2011			CHEF service pharmacie	direct			90 min	
03/2011			PPH Cadre prépa	direct			75 min	
05/2011			Médecin chef de pôle	secrétariat			90 min	
05/2011			Médecin Pdt CCM	direct			60 min	
04/2011			DG	secrétariat			105 min	
mars			Cadre inf	secrétariat			75 min	
03/2011	**2ème Groupe préparateurs+agents**		5 PERS	secrétariat			90 min	
mars	**Groupe préparateurs+agents**		5 PERS	secrétariat			90 min	
mars	**Groupe infirmières**		4 PERS	secrétariat			60 min	
SS TOTAL	**2ème HOPITAL**	9 ENTRETIENS	20 PERS				735 min (12 H 30)	
TOTAL		20 ENTRETIENS	36 PERSONNES				26 HEURES	

Deux des pharmaciens ayant assisté à une formation sur l'approche par processus, il a été envisagé, dans un deuxième temps de mobiliser cette approche en faisant intervenir un enseignant-ingénieur qui avait préalablement travaillé sur les processus du terrain A (Cf. chapitre IV, partie 2.IV.1.2).

Fin janvier 2011, nous sommes en mesure de remettre une proposition de recherche-intervention intégrant la stratégie des partenaires (César B., d'Herbemont O., 2002) ainsi que

le management par la valeur et l'approche par processus (Grandayhes J-P., Rieutord A., 2010).

Au-delà de l'intervention sur les deux sites, l'enjeu général de notre travail de recherche est **la valorisation et la reconnaissance des activités des pharmacies à usage intérieur**, de leurs projets pharmaceutiques, de leur management, des coopérations qui les accompagnent, des outils qui les facilitent et de leur confrontation aux travaux de recherche en Sciences de Gestion. Dès lors il est nécessaire d'intégrer à ce projet logistique une valeur ajoutée managériale soutenue par le diagnostic auprès des acteurs concernés. À cette fin nous mobilisons la même méthodologie de recherche-intervention que sur notre terrain central A (Savall H., Zardet V., 2003). Ce type de recherche qui tend à transformer les structures et les comportements de l'objet observé, permet de quantifier les données qualitatives recueillies : elle fait partie du cœur méthodologique que nous avons retenu. Le périmètre précis du projet étant finalisé, nous élaborons le rétro-planning et l'organisation pratique du diagnostic avec le groupe de pilotage composé des deux pharmaciens chefs et du pharmacien adjoint. L'objectif du diagnostic de ces deux circuits du médicament qui doivent à terme fonctionner ensemble est d'identifier auprès des acteurs de terrain, leurs dysfonctionnements respectifs. Rappelons que la méthodologie mobilisée comporte une série d'entretiens auprès d'un certain nombre d'acteurs identifiés sur les deux sites: directeurs, pharmaciens, médecins, infirmiers, préparateurs et agents. Ensuite, une phase d'analyse des données en laboratoire permet de répertorier toutes les remarques effectuées, puis d'en classer les idées-clés extraites par fréquence d'apparition selon des thèmes de dysfonctionnement de notre nomenclature (Savall H., Zardet V., 2003). Puis nous revenons vers les intéressés pour une série d'effets miroir, restituant fidèlement les remarques des acteurs. Cette étape d'appropriation d'avant-projet est capitale avant la remise d'un avis d'expert proposant une série de recommandations basées sur les entretiens, l'étude de données et sur les observations personnelles de l'intervenant-chercheur. Nous convenons, en raison du temps imparti, que notre action se limitera à la phase de diagnostic et à l'émission de recommandations générales, suivies seulement de quelques séances d'accompagnement.

À ce stade, l'approche dysfonctionnelle inquiète une partie du groupe de pilotage. Sa crainte de voir uniquement ressurgir les dysfonctionnements pose problème à certains.

Nous aurons des difficultés sur ce point au cours de cette recherche-intervention car leur projet initial d'achat d'un robot, suivi de l'ajustement des effectifs va de ce fait évoluer vers une démarche davantage managériale que technique, mais plus difficile à déployer dans un contexte très tendu et politisé.

Le point de départ de notre recherche-intervention est la communication auprès des décideurs afin d'obtenir leur aval pour cette recherche. Suite à l'amendement managérial apporté au projet pharmaceutique, nous avons obtenu l'accord de principe des directeurs et présidents de la Commission consultative médicale (CCM) des deux sites, puis celui du pharmacien chef de pôle qui l'intégrera à son projet de pôle. La présentation au chef de pôle pharmaceutique s'est déroulée en deux temps lors d'une même séance : celui du projet d'automatisation et celui de son accompagnement par le management socio-économique. La nouveauté de l'approche socio-économique a suscité intérêt et questions, notamment en termes de retour sur investissement et de coûts cachés. Nous avons finalement obtenu l'adhésion du chef de pôle qui a recommandé dans son projet l'adoption du management socio-économique : «je prône donc un management du pôle de type socio-économique […] ». L'idée que «le niveau de performance d'une organisation dépend de la capacité de coopération durable de ses membres, c'est-à-dire leur savoir-faire de négociations, de relations productives efficaces et efficientes, qui se déconstruisent inéluctablement et qu'il faut reconstruire inlassablement» (Savall H., Vallée M., Zardet V., 2001) me semble essentielle». La coopération est donc placée par les décideurs, directement au cœur de ce projet. Le périmètre définitif du projet prévoit de mobiliser le management socio-économique et l'approche par processus, de consolider les ressources humaines, de déployer les moyens logistiques, de sécuriser les produits de santé dans le cadre de leur règlementation et de favoriser la recherche et l'innovation, démarches complémentaires logiques dans un établissement hospitalo-universitaire.

La phase préparatoire de la démarche, commencée en novembre 2010 a abouti à une proposition d'intervention validée en janvier 2011 (annexe 18) et comprenant :

- une série de vingt entretiens qualitatifs semi-directifs (35 personnes interviewées) avec une prise de notes exhaustive suivie d'une sélection des phrases exprimant clairement un

dysfonctionnement. Chaque dysfonctionnement exprimé est classé en idées-clés, sous-thèmes et thèmes de dysfonctionnements (Cf. annexes 19 et 20);

- une série de six séances de présentation d'effets miroir (retour factuel et précis des dysfonctionnements observés) aux personnes interviewées (Cf. annexes 21 et 22);
- la remise d'un avis d'expert qui reprend l'effet miroir, complété des observations et de l'étude des données et émet une série de recommandations de la part de l'intervenant (Cf. annexe 23).

Avant de détailler les dysfonctionnements observés, il convient de préciser que le circuit du médicament de ces deux établissements est considéré par les différents acteurs comme performant. La dispensation journalière individuelle nominative et l'analyse pharmaceutique donnent satisfaction et semblent constituer un socle commun d'efficacité.

Dans le domaine du management hospitalier, nous proposons de dépasser les frontières de la coopération vues au chapitre II (partie 2.II.3.2.a). Les concepts de réseau et d'alliance permettent d'illustrer ce que nous avons observé. Le réseau est défini comme un «ensemble de relations» (Baudry B., 2003) ; le réseau peut également être «une forme de coopération multilatérale» (d'entités, d'entreprises…) (Martinet A-C., Silem, A., 2009). Il se construit autour d'une organisation-pivot, en l'occurrence ici un hôpital au cœur d'un groupe hospitalier organisant la complémentarité des acteurs (Hakanson H., Johanson J., 1988 ; Crémadez M., 1993). L'alliance est définie comme «une union consacrée par engagement mutuel» (Robert P., 2012) ; elle devient stratégique en cas «d'accord de coopération entre firmes indépendantes mais qui partagent des objectifs communs» (Martinet A-C., Silem A., 2009). Dans le domaine des organisations, l'alliance se situe à mi-chemin entre concurrence et concentration (Dussauge P., Garette B., 1996). Ces rapprochements sont la conséquence de l'industrialisation des soins (Gentil S., 2012) et nécessitent une articulation opérationnelle que nous avons pu étudier entre les pharmacies des deux sites observés. Les relations entre l'ensemble des sites du groupe hospitalier, la direction générale, les services cliniques, leurs pharmacies, la chefferie du pôle pharmaceutique, entités aux projets parfois concurrents et à financement constants, illustrent ces problématiques d'alliance, de réseaux et justifient une approche stratégique en amont de l'intervention elle-même.

V.1.2 Dysfonctionnements des deux hôpitaux B1 et B2

Au-delà de la définition d'un objectif commun de prise en charge pharmaceutique sur les deux hôpitaux B1 et B2 du terrain B, nous avons effectué une recherche- intervention sur chacun des deux sites.

RECHERCHE-INTERVENTION sur le SITE HOSPITALIER B1 du TERRAIN B

Les entretiens se sont déroulés sur deux mois, de mars à mai 2011, comme l'indique l'encadré ci-dessous.

Encadré 8 : Répartition des entretiens, hôpital B1

11 entretiens de 1 heure 15 en moyenne
15 personnes interviewées :
-8 personnes à la pharmacie
-2 personnes de la Direction
-5 personnes des services cliniques

L'ensemble des entretiens a représenté 13 heures 30 d'interviews et l'analyse des données en laboratoire, 27 heures, soit un total de 41 heures environ.

Les entretiens qualitatifs semi-directifs ont permis d'isoler 166 phrases-témoins regroupées en 66 idées-clés classées par familles de dysfonctionnement (Savall H., Zardet V., 2003):

1. conditions de travail,
2. organisation du travail,
3. communication-coordination-coopération,
4. gestion du temps,
5. formation intégrée,
6. mise en œuvre stratégique.

Quatre présentations d'effet miroir se sont déroulées entre juin et octobre 2011. Elles ont représenté huit heures de restitution, d'abord auprès du Chef de service pharmacie, de son adjoint, du Président de CCM (Commission consultative médicale) et de la direction, et ensuite auprès des personnels en présence des chefs de service.

RÉSULTATS du DIAGNOSTIC QUALITATIF du SITE HOSPITALIER B1

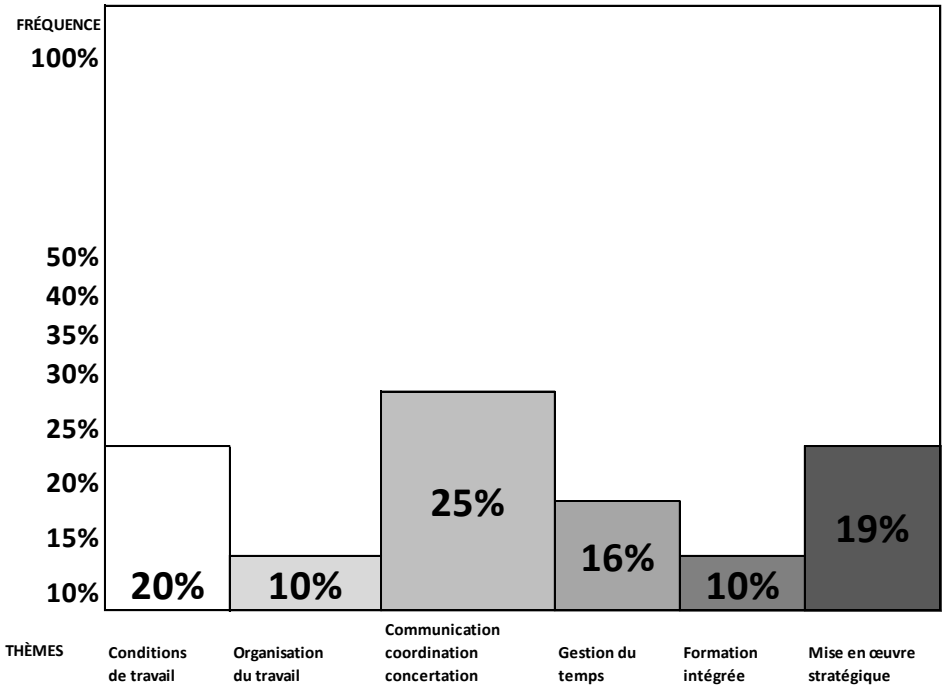
Nous avons classé le nombre de phrases-témoins selon les thèmes de dysfonctionnements et les avons ordonnées par ordre décroissant de fréquence dans l'encadré ci-après.

Encadré 9 : Ordre d'importance des dysfonctionnements classés par thèmes sur l'hôpital B1

Le thème n°3 - **communication-coordination-concertation** - regroupe 42 phrases-témoins (classées en 15 idées-clés), soit une fréquence d'apparition de 25 %,
Le thème n°1 - **conditions de travail** - regroupe 33 phrases-témoins (classées en 11 idées-clés), soit une fréquence de 20 %,
Le thème n°6 - **mise en œuvre stratégique** - regroupe 31 phrases-témoins (classées en 14 idées-clés), soit une fréquence de 19 %,
Le thème n°4 - **gestion du temps** - regroupe 26 phrases-témoins (classées en 7 idées-clés), soit une fréquence de 16 %,
Le thème n°2 - **organisation du travail** - regroupe 17 phrases-témoins (classées en 7 idées-clés), soit une fréquence de 10 %,
Le thème n°5 - **formation intégrée** - regroupe 17 phrases-témoins (classées en 8 idées-clés), soit une fréquence de 10 %.

La synthèse ci-dessous exprime les dysfonctionnements de l'hôpital B1 observés thème par thème et par ordre décroissant d'apparition.

Figure 24 : Histogramme de fréquence des dysfonctionnements, hôpital B1



L'avis d'expert du terrain B comprenant les diagnostics des hôpitaux B1 et B2 figure en annexe 23.

THÈME n°3 : Communication-coordination-concertation

Le sous-thème - relation avec les services environnants - est celui qui exprime le plus de dysfonctionnements. L'idée-clé **la collaboration entre préparateurs et soignants est limitée**, est illustrée par dix phrases-témoins telles que :

- *«on connait les pharmaciens, mais pas les préparateurs*» d'après un membre du personnel d'un service clinique,
- *«on n'a aucun contact avec le personnel soignant*» exprime un membre du personnel de la pharmacie.

Ce sous-thème – relation avec les services environnants - est complété par d'autres idées-clés complétant ces difficultés de coopération inter-services : **la méconnaissance réciproque des métiers entre pharmacie et services cliniques** et **la gestion partagée du médicament entre ses différents acteurs pourrait être optimisée.**

THÈME n°1 : Conditions de travail

Le sous-thème - matériels et fournitures - est le plus présent. L'idée-clé **le matériel et les logiciels informatiques sont peu performants et en nombre insuffisant** présente onze phrases-témoins, comme par exemple : *«il y a une imprimante pour six postes et elle est à l'autre bout de la pharmacie»* (personnel, pharmacie) *«suivant les étages, la connexion bugue»* (personnel, service clinique). L'idée-clé **certains matériels de rangement ne sont pas adaptés** est illustrée par la phrase-témoin d'un personnel de la pharmacie *«les caisses ne passent pas entre les rayons»*. Le sous-thème - charge physique de travail - exprime qu**'il manque des personnels pharmaceutiques pour garantir la qualité aux soignants**. Enfin, le sous-thème «ambiance de travail», relate que **l'inertie générale et l'autarcie ambiante fragilisent l'organisation de l'institution** illustrant les résistances au changement.

THÈME n°6 - mise en œuvre stratégique - arrive en troisième position, ce qui dénote les attentes des collaborateurs en termes de décisions à l'occasion du regroupement ; le sous-thème - orientations stratégiques - illustre cette préoccupation avec l'idée-clé **la stratégie sur le médicament n'est pas définie** et sous-tend les inquiétudes des personnels avec l'idée-clé **la crainte de perte d'activité est omniprésente**. Le sous-thème sur les - auteurs de la stratégie - insiste sur la nécessité de réglages stratégiques : **le fonctionnement de la COMEDIMS** (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) **et des instances qui est à redéfinir avec tous les acteurs concernés**.

THÈME n°4 : Gestion du temps

Le sous-thème - tâches mal assumées - est le plus présent ; l'idée-clé **la qualité d'approvisionnement des médicaments est perturbée par les actions de chaque acteur du circuit du médicament** est illustrée par dix phrases-témoins, dont par exemple *«le risque, c'est que l'armoire ne soit pas réapprovisionnée par le cadre entre deux appros de la pharmacie»* (personnel, pharmacie). Le sous-thème - planification des activités - signale

l'organisation de la pharmacie n'est pas assez orientée vers les personnels des services. Cette idée-clé pourrait d'ailleurs aussi se retrouver dans le sous-thème sur la communication avec les services environnants ; son classement au sein du sous-thème planification des activités suggère que le fonctionnement médico-pharmaceutique doit bénéficier d'aménagements.

THÈME n°2 : Organisation du travail

Les sous-thèmes reprenant le plus de phrases-témoins sont le sous-thème - répartition des tâches, missions, fonctions - et le sous-thème - régulation de l'absentéisme - ; à titre d'illustration de phrases-témoins : *«je ne connais pas les missions des préparateurs»* (manager, service clinique), *«la répartition des missions autour du circuit du médicament n'est pas claire»* (manager, pharmacie), *«les postes des préparateurs sont plus faciles à recruter que les infirmières»* (manager, service clinique).

THÈME n°5 : Formation intégrée

Le sous-thème sur - l'adéquation formation-emploi - est le plus représenté ; l'idée-clé **la formation des personnels sur le médicament est quasi inexistante** donne une piste évidente de formation et aussi de coopération : *«les médecins ne sont pas formés aux outils de prescription»* est un phrase-témoin prononcée par un manager de la pharmacie. Le sous-thème «formation et changement technique» complète l'idée précédente en termes d'orientation patient **: une orientation des personnels pharmaceutiques vers le patient peut devenir nécessaire**, illustrée par la phrase-témoin *«le manque de formation des préparateurs en terme de connaissance patient ne permet pas de collaborer activement avec les soignants»* (manager, pharmacie).

En synthèse, les trois thèmes qui arrivent en tête sur le site B1 : la communication-coordination-concertation,

- **les conditions de travail,**
- **La mise en œuvre stratégique.**

Il en ressort que le **déficit de communication entre le service pharmacie et les services cliniques** est au cœur des dysfonctionnements exprimés et des préoccupations. Les conditions de travail sont en relation avec des soucis apparemment faciles à régler

(caisses de médicaments, écrans d'ordinateur…) et avec d'autres plus profonds qui touchent aux orientations et aux comportements. Enfin, le niveau stratégique marque les attentes des acteurs en termes de visibilité, de sens et de décisions.

RECHERCHE-INTERVENTION sur le SITE HOSPITALIER B2

Les entretiens se sont déroulés entre mars et mai 2011 comme indiqué dans l'encadré ci-dessous.

Encadré 10 : Répartition des entretiens, hôpital B2

9 entretiens de 80 minutes en moyenne
20 personnes interviewées :
- 12 personnes du service Pharmacie
- 7 personnes des services cliniques
- 1 personne de la Direction

Cette première partie du diagnostic a représenté 12 heures d'entretien et 20 heures de travail en laboratoire.

Les entretiens qualitatifs semi directifs ont permis d'identifier :

226 phrases-témoins exprimant clairement un dysfonctionnement, regroupées en 65 idées-clés, toujours classées selon les mêmes thèmes de dysfonctionnement : conditions de travail, organisation du travail, communication-coordination-coopération, gestion du temps, formation intégrée, mise en œuvre stratégique.

Trois présentations d'effet miroir se sont déroulées entre juin et août. Elles ont représenté six heures de restitution, d'abord auprès du chef de service pharmacie et de la direction puis auprès des personnels.

RÉSULTATS du DIAGNOSTIC QUALITATIF du SITE HOSPITALIER B2

Nous avons classé dans l'encadré ci-dessous le nombre de phrases-témoins selon les thèmes de dysfonctionnements et ordonné les thèmes par ordre décroissant**.**

Encadré 11 : Ordre d'importance des dysfonctionnements classés par thème sur l'hôpital B2

Le thème n°3 - **communication-coordination-concertation** - regroupe 45 phrases témoins (classées en 13 idées-clés), soit une fréquence d'apparition de 24 %,

Le thème n°4 - **gestion du temps** - regroupe 43 phrases-témoins (classées en 9 idées-clés), soit une fréquence de 23 %,

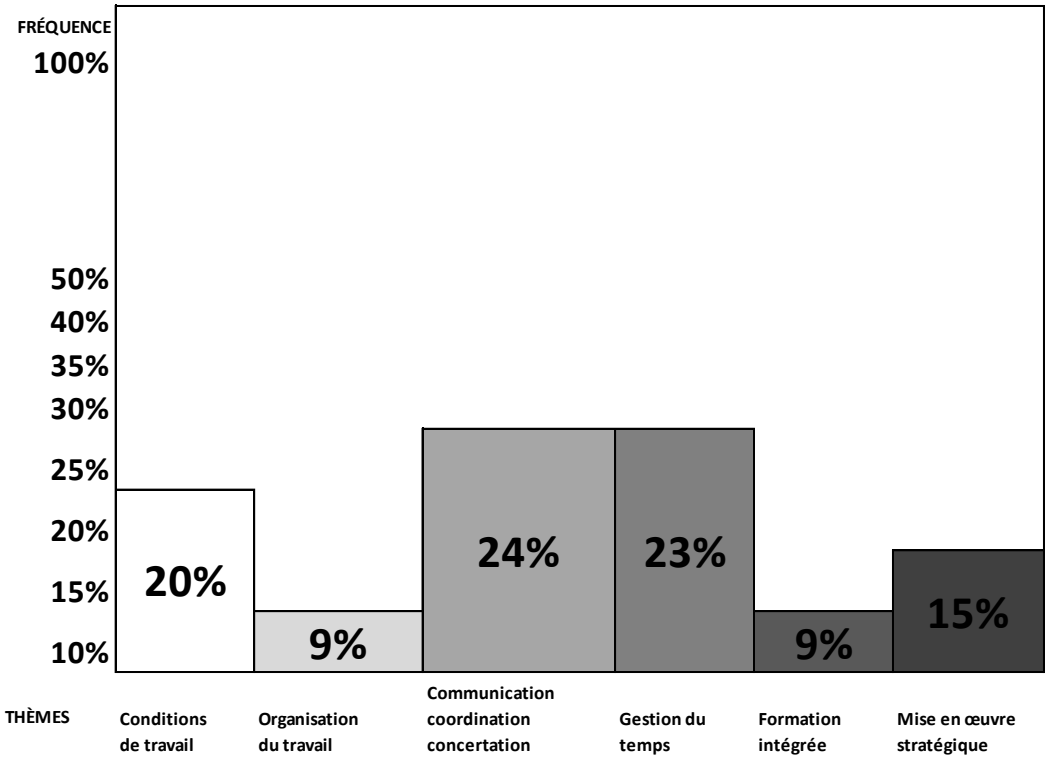
Le thème n°1 - **conditions de travail** - regroupe 37 phrases-témoins (classées en 13 idées-clés), soit une fréquence de 20 %,

Le thème n°6 - **mise en œuvre stratégique** - regroupe 29 phrases-témoins (classées en 11 idées-clés), soit une fréquence de 15 %,

Le thème n°2 - **organisation du travail** - regroupe 17 phrases-témoins (classées en 7 idées clés), soit une fréquence de 9 %,

Le thème n°5 - **formation intégrée** - regroupe 16 phrases-témoins (classées en 8 idées-clés), soit une fréquence de 9 %.

Figure 25 : Histogramme de fréquence des dysfonctionnements, hôpital B2



Le détail ci-dessous exprime les dysfonctionnements de l'hôpital B2 observés thème par thème et par ordre décroissant.

THÈME n°3 : Communication-coordination-concertation

Le sous-thème - relation avec les services environnants - est celui qui exprime le plus de dysfonctionnements; l'idée-clé **les relations pharmacie-services cliniques restent tendues** : *«quand on voit la pharmacie, c'est pour des prises de bec»* (manager, service clinique). Le sous-thème - dispositifs de communication-coordination-concertation - arrive juste ensuite avec douze phrases ! L'idée-clé **la communication entre les acteurs est peu organisée ni formalisée** illustre la difficulté d'organiser la coopération.

THÈME n°4 : Gestion du temps

Le sous-thème - tâches mal assumées - est le plus représentatif. L'idée-clé **l'approvisionnement des médicaments dans les services est mal coordonnée** et l'idée-clé **les bons d'urgence** sont la conséquence des dysfonctionnements du circuit du médicament reprennent le plus de phrases-témoins : *«les traitements non utilisés créent des stocks*

sauvages» (manager, service clinique), *«les pharmacies des services sont difficiles à gérer ; ils refont des bons»* (manager, pharmacie). Le sous-thème - planification des activités - est illustré par l'idée-clé **les activités de chaque acteur du circuit du médicament méritent d'être réévaluées** ; un manager de la direction explique qu'*«il faut améliorer la présence pharmaceutique dans les services»*.

THÈME n°1 : Conditions de travail

Le sous-thème - matériels et fournitures - est le plus représenté. L'idée-clé **la quantité des matériels informatiques n'est plus adaptée à l'organisation et à sa complexité** est illustrée par différentes phrases : *«il faudrait 2-3 écrans de plus, surtout avec la complexité de NSI* (système d'information) *et avec l'accueil des nouveaux»* (personnel, pharmacie), *«nous n'avons pas d'ordinateurs dans les pharmacies d'étage»* (manager, service clinique). Attirons également l'attention sur le sous-thème - ambiance de travail - et son idée-clé **la sécurisation du circuit du médicament génère de la tension entre ses acteurs** ; un manager d'un service clinique indique que *«parfois, ça «clashe» sur les prescriptions des médecins»*.

THÈME n°6 : Mise en œuvre stratégique

Le sous-thème - démultiplication et orientation de la mise en œuvre stratégique - se détache avec l'idée-clé **l'implication des personnels à la stratégie du médicament est** difficile. Le sous-thème - systèmes d'informations - apparait dans ce thème stratégie, notamment concernant la sécurité du système de prescription. Enfin concernant le sous-thème - mode de management - l'idée-clé **dans un contexte de changement rapide, le management a un impact fort** dénonce la culture managériale à l'hôpital : *«la culture managériale est théorique mais inégalement appliquée»* (manager, direction).

THÈME n°2 : Organisation du travail

Le sous-thème - répartition des taches missions fonctions - est représenté par la seule idée-clé **la gestion partagée du médicament dans les services demande à être revue** qui comprend douze phrases-témoins ; l'organisation du travail sur le circuit du médicament et la présence pharmaceutique dans les services sont un des leviers évidents de résolution des dysfonctionnements: *«il faut une présence préparateur dans les services»* (manager,

service clinique) ; *«si on était dans les services, on pourrait gérer les stocks car ils sur-stockent»* (personnel, pharmacie). Le sous-thème - régulation de l'absentéisme - est représenté par cinq idées-clés. Ce sous-thème présente en fait les notions de ressources humaines (recrutement, *turn-over*) : *«il faut profiter de l'arrivée de nouveaux venus pour réorganiser»* (personnel pharmacie), *«le problème, c'est le turn-over et la mobilité des infirmières», «si les gens partent on aura des CDD»* (manager, pharmacie) et aussi d'absentéisme *«l'absentéisme perturbe et coûte cher»* (manager, direction).

THÈME n°5 : Formation intégrée

Le sous-thème - dispositifs de formation - est le plus représenté et pointe la faible formation intégrée «il n'y a pas de formation continue à la thérapeutique pour les collaborateurs» (manager, pharmacie), «la formation des nouveaux nécessite d'intégrer le temps d'accompagnement» (personnel, pharmacie).

SYNTHÈSE DE L'EFFET MIROIR du SITE HOSPITALIER B2

Les trois thèmes qui arrivent en tête sur le site B2 sont :

- **la communication-coordination-concertation,**
- **la gestion du temps,**
- **les conditions de travail.**

La **communication entre les services environnants** représente le principal dysfonctionnement observé concernant le circuit du médicament ; cet *item* insiste sur les moyens de réguler cette difficulté. La gestion du temps fait apparaitre des activités à faible valeur ajoutée qui monopolisent du temps précieux des acteurs, telle que la gestion des bons d'urgence. En termes de conditions de travail, ce sont à la fois des demandes pratiques et simples (écrans d'ordinateurs), mais aussi des remarques sur les comportements entre services que l'on retrouve dans différents sous –thèmes (ambiance de travail, communication entre services).

Le but de notre travail sur le terrain B est d'identifier maintenant les convergences et les spécificités des deux hôpitaux B1 et B2.

POINTS DE CONVERGENCE entre les EFFETS MIROIRS des DEUX SITES HOSPITALIERS B1 et B2 du TERRAIN B

Il existe de nombreux points de convergence entre les résultats des deux sites :

Le thème «communication-coordination-concertation» est le plus fréquent sur les deux sites avec son sous-thème «communication avec les services environnants ». Les personnels se plaignent du manque de contacts entre services cliniques et pharmacie que ce soit entre préparateurs et soignants (pour organiser ensemble certaines étapes du circuit du médicament), comme entre médecins et pharmaciens pour mieux communiquer entre eux et former les personnels.

Le thème «conditions de travail» exprime sur les deux sites l'inadéquation entre les sollicitations informatiques croissantes et le nombre insuffisant de matériels.

Le thème «mise en œuvre stratégique» indique le besoin de clarté stratégique dans la période actuelle de forte restructuration que vit l'institution.

Le thème «gestion du temps» illustre de manière identique l'absence de contact préparateurs-soignants. Cependant, il existe des points de spécificités du thème «gestion du temps» propres à chaque site ; les personnels du site B2 se plaignent plutôt des bons d'urgence et des stocks sauvages alors que ceux du site principal B1 se plaignent du réapprovisionnement.

Le thème «organisation du travail» est marqué également par des spécificités propres à chaque site : si la répartition des tâches, missions, fonctions est également au cœur des préoccupations, les personnels du site B1 demandent plus de présence des préparateurs dans les services pour pallier le *turn-over* des infirmières, alors que le site B2 demande à mieux connaître l'organisation interne de la pharmacie et le métier de préparateur, afin d'envisager des coopérations cliniques renforcées.

Le thème «formation intégrée» relève, dans les deux cas, la faible formation intégrée sur le circuit du médicament.

Ces immersions au sein des terrains et ces entretiens avec les acteurs des deux hôpitaux nous ont permis de dégager un certain nombre d'observations. Tout d'abord notons quelques remarques d'ordre générique :

- le sens de la mission collective est important pour tous et engendre une fierté d'appartenance certaine mais fortement mise à mal par la mutation profonde de l'institution qui engendre une perte de repères,
- les principales causes de malaise détectées concernent les impératifs de gestion imposés par des enveloppes budgétaires contraintes et par des réorganisations à la fois de l'outil de travail et des affectations de personnels,
- le manque de temps, la nécessité de standardiser les pratiques autour du médicament pour les rendre plus sûres, et le développement naturel de routines ont cloisonné les activités cliniques et pharmaceutiques, recréant ainsi des zones de risque, en termes de manque de partage de connaissances et donc de gestion des médicaments.

Les acteurs ont pris nettement conscience de leur complémentarité et donc de la nécessité de réorganiser des interfaces entre eux, d'autant plus que le fonctionnement des instances classiques, notamment la Commission du médicament (COMEDIMS) est perçu comme déficient et non-pérenne.

Il serait intéressant, à l'occasion d'une fusion hospitalière comme celle-ci, d'évaluer les logiques de déplacement sur un territoire de santé. Celles-ci reposent parfois sur des pratiques anciennes de maillage sanitaire. L'utilisation des données du PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information) et la cartographie des lieux de domicile et d'hospitalisation seraient intéressantes à réaliser avec une équipe de géographes en aménagement du territoire, en parallèle à une analyse budgétaire et ressources humaines.

Ces diagnostics éclairent les dysfonctionnements des différents terrains ; nous allons en isoler maintenant les éléments spécifiques à la coopération.

V.2 Interprétation des dysfonctionnements selon les cadres théoriques de la coopération

Hypothèse explicative n°5 : Les cadres théoriques de la coopération éclairent les difficultés rencontrées sur les terrains.

La coopération entre les acteurs du circuit du médicament se déroule dans un contexte particulier, celui de la santé et de l'hôpital. Ce système bureaucratique, impacté par une nouvelle gouvernance veut développer cette coopération. Ce sont les éléments du diagnostic spécialement reliés à la coopération que nous souhaitons étudier dans cette partie.

Selon S. Dameron (2002, p.106) coopérer signifie satisfaire un intérêt commun, répartir les tâches de manière solidaire (chapitre III, partie 1.III.3.2.a). Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, **la coopération souffre de nombreux dysfonctionnements, notamment dans l'organisation du travail pour rejoindre la définition ci-dessus.**

Après avoir posé ci-dessous les bases normatives et organisationnelles de la coopération spécifiques au contexte de la santé au chapitre V (partie 2.V.2.1), nous étudierons les données de terrain qui permettent d'illustrer les dysfonctionnements.

V.2.1 Coopération dans un nouveau contexte de la santé

La loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, apporte un nouveau chapitre au Code de la Santé publique sur «la coopération entre professionnels de santé».

Ce chapitre érige les notions de performance et de management au rang de norme organisationnelle. Comme le souligne A-S. Ginon (2011), la logique managériale pénètre dans l'ordre du droit, les coopérations devenant de nouvelles stratégies d'organisation du travail portées par des logiques consensuelles et d'efficience.

L'article L.4011-1 du Code de la Santé publique (CSP) préconise de «s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet […] de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient». Concernant plus spécifiquement le pharmacien, l'article L.5121-1-1A du CSP (livre I, 4ème partie, loi HPST, 2009) lui demande de renouveler périodiquement les traitements chroniques, ajuster au besoin leur posologie et effectuer les bilans médicaux destinés à en optimiser les effets ». L'intérêt de la loi est de permettre au pharmacien de passer d'une culture règlementaire à une dynamique managériale englobant l'ensemble des attitudes communes acceptées par les membres d'une organisation (définition modifiée à partir de celle du lexique de gestion et de management, Martinet A-C., Silem A., 2009). Ces dispositions organisent le transfert des compétences en ouvrant toutes les combinaisons d'interactions entre professionnels de santé (Berland Y., 2003) (Bergoignan-Esper C., 2009).

Les rôles doivent être plus clairement coordonnés entre les niveaux local et central. **La coopération organisationnelle, prévue par la loi HPST (2009), est très complexe à mettre en place avec les acteurs**. En effet, un hôpital de grande taille comporte plusieurs centaines de fonctions différentes qui complexifient la coopération entre elles (Guizard M., 2011). Le cadre de la loi prévoit différents types de coopération entre établissements de santé. La communauté hospitalière de territoire (article L6132-1) a pour objectif la mise en commun de certaines activités et fonctions entre établissements publics. Les transferts de compétences et le développement de la télémédecine en sont les modalités.

L'article L6132-2 prévoit la signature de conventions entre établissements au sein d'une même communauté hospitalière de territoire. Chaque convention définit le projet médical commun, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les modalités de coopération, la composition de la commission de communauté. Un autre type de coopération, le groupement de coopération sanitaire de moyens ([GCSM], article L6133-1) permet de faciliter les activités administratives, logistiques, techniques, de recherche, ou de gérer des équipements d'intérêt commun. Un administrateur est désigné à la signature de la convention. Lorsque le GCSM est titulaire d'activités de soins, il devient un établissement de santé à part entière (article L6133-7). Ce qui différencie la communauté hospitalière de territoire du groupement de coopération sanitaire, c'est que le GCSM peut être constitué d'établissements de santé non seulement publics mais aussi privés (article

L6133-2). La coopération au sens de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) se situe aussi bien **entre établissements qu'au sein des établissements** ; elle est à la fois institutionnelle et entre acteurs. Notre objet veut se concentrer sur les coopérations entre acteurs.

La coopération au sein d'une organisation est avant tout un processus progressif, intégratif, comme nous l'avons vu au chapitre II (1.II.3.2). Elle mobilise des calculs d'intérêts individuels de la part des acteurs qui essaient d'anticiper les actions des autres. C'est ce que rappelle la théorie des jeux en modélisant ces situations (Myerson R., 1991). Elle mobilise aussi une volonté de coopérer (qui peut trouver ses sources dans l'anthropologie, la sociologie, la psychanalyse, la philosophie ou la religion). La coopération au sein d'une organisation se confronte à différents antagonismes catégoriels, de missions (Savall H., Zardet V., 2003), les dispositifs organisationnels pouvant la favoriser ou la freiner (Raulet-Croset N., 1999). Ces notions d'antagonismes et d'interaction structures-comportements ont été développées au chapitre II (partie 1.II.3.1).

La plupart des travaux montre que l'intégration de la gestion et de ses outils socio-techniques n'a que peu aidé les professionnels de santé à obtenir des résultats tant qualitatifs que quantitatifs (Moisdon J-C., Tonneau D., 1999). La raison en est que la coopération entre acteurs hospitaliers (médecins, soignants, administratifs, extérieurs) se heurte à leur cohabitation, comme le souligne le «modèle des quatre mondes» de H. Mintzberg et S. Glouberman (2002) étudié dans le chapitre II (1.II.2.1). C'est pourquoi les coopérations interfonctions doivent être régulées, notamment par des pratiques de ressources humaines et managériales.

Le fonctionnement à l'hôpital comporte quatre facteurs d'après J. Husser (2011) : la complexité, l'imprévisibilité, la variabilité et la pluralité des situations de gestion. Si le fonctionnement de l'hôpital reste bureaucratique, il convient de considérer ces facteurs de coopération tant au niveau local que global. La coopération, qui peut être définie comme la coordination des tâches et la bonne volonté des acteurs fait l'objet d'adaptations par les opérateurs et d'innovations par le management (Savall H., Zardet V., 2003). Cette coopération nécessite une transversalité entre unités (Claveranne J-P., 1996) (de

Pouvourville G., 2011), à l'hôpital entre les services, par exemple entre la pharmacie et les services de soins.

Au-delà de la coordination des tâches, la gestion quotidienne correspond, selon A. Strauss (1992), à la notion d'articulation. Cette articulation, véritable pilotage permet d'assembler et de structurer les différents éléments produits par le travail des acteurs et de garantir la gestion du flux des patients (Nobre T., Haouet I., 2011).

Selon ces auteurs, il existe différents types d'articulations:

- l'articulation structurante institutionnelle, est principalement inter-services sur l'ensemble de l'hôpital;
- l'articulation structurante locale, sectorielle, sous forme de conventions orale ou écrite entre deux unités;
- l'articulation opérationnelle organise les prescriptions de soins des médecins ;
- l'articulation de trajectoire est centrée sur le chemin du patient ;
- l'articulation par l'action immédiate permet la réactivité face à des aléas ;
- l'articulation anticipatrice, est pensée localement en amont de la production de soins ;
- l'articulation compensatrice, vise à gérer des actions non planifiées ; cette dernière forme d'articulation peut correspondre à la gestion de dysfonctionnements.

Il existe donc différents niveaux d'articulation, du niveau institutionnel au niveau local et de manière plus ou moins formalisée ; ces articulations peuvent organiser l'activité comme prévoir les réactions plus immédiates. Vue du côté des soignants, l'action pharmaceutique se situerait plutôt dans des modes d'articulation opérationnelle voire compensatrice, principalement dans l'action. Un mode de gestion médico-pharmaceutique renouvelé la situerait logiquement dans des types d'articulations institutionnelle et anticipatrice, s'inscrivant au cœur de la mission de l'hôpital.

V.2.2 Convergences et spécificités sur les terrains A et B en termes de coopération

Nous reprenons ci-dessous les idées-clés de nos terrains A et B qui concernent la coopération et que nous avons classées par thèmes.

Ci-après, dans le tableau 22 nous détaillons les convergences et spécificités thème par thème pour chaque terrain et chaque site. Plus loin nous proposons une synthèse des convergences et spécificités sur l'ensemble des terrains.

IDÉES-CLÉS de COOPERATION CONVERGENTES et SPÉCIFIQUES entre les SITES B1 et B2 du TERRAIN B

Pour rappel, les sites hospitaliers du terrain B n'ont pas fait l'objet d'une mise en route d'une phase projet pour différentes raisons :

- elle n'est pas prévue dans le contrat,
- leur projet a été suspendu par la direction du groupe hospitalier.

Dans le tableau et le paragraphe ci-dessous nous détaillons, thème par thème de dysfonctionnement, les **idées-clés convergentes et spécifiques aux sites** du terrain B en termes de coopération.

Tableau 22 : Idées-clés des sites B1 et B2 du terrain B en termes de coopération

IDÉES FORCES COOPÉRATION	Hôpital B1	Hôpital B2
NOMENCLATURE ISEOR	**TERRAIN B1 diagnostic**	**TERRAIN B2 diagnostic**
THÈME 1 : conditions de travail	**Problème horaires de la pharmacie**	**Problème horaires de la pharmacie**
	manque d'espace de convivialité	
		Problème d'ambiance à la pharmacie
		tension entre les acteurs sur la sécurité du circuit du médicament
		Problème de vécu des médecins dans l'intrusion de leurs pratiques
		Problème de stocks dans les services
	Problème interruption tâches	
THÈME 2 : organisation du travail	**Problème de connaissance des missions**	**Problème méconnaissance des organigrammes**
	Problème de connaissance du circuit médicament	**Problème de gestion partagée médicament**
		Procédures peu appliquées
THÈME 3 - 3C : communication-coordination-concertation	**Problème de communication médecins-pharmaciens et soignants-préparateurs**	**Problème relations services cliniques-pharmacie : pas de moments d'échange**
	Problème de réunions internes au service pharmacie	**Problème de communication interne pharmacie**
	Problème de communication pharmaciens -préparateurs	
	Problème de communication avec les Systèmes d'information (SI)	**Problème de communication avec SI**
	Problème de gestion du médicament entre tous les acteurs	**Problème de communication par les médecins des informations de la pharmacie dans leurs services**
THÈME 4 : gestion du temps	**Problème de délai d'arrivée des médicaments dans les services**	**Problème d'approvisionnement des médicaments dans les services**
		Problème de délais de commande par les services
	Problème d'orientation de la pharmacie vers les services	
		Problèmes de bons d'urgence
	Problème du médicament dû aux actions des acteurs	
THÈME 5 : formation	**Problème de formation à la thérapeutique**	**Problème de formation à la thérapeutique**
	Problème d'orientation des personnels vers le patient	
THÈME 6 : mise en œuvre stratégique	**Problème d'efficacité des instances**	**Problème d'efficacité des instances**
		la COMEDIMS locale fonctionne
	Problème de culture de la performance	

Légende tableau 22 : en italique, dysfonctionnements spécifiques, en caractères normaux, dysfonctionnement convergents

Dans le thème «conditions de travail» nous retrouvons un dysfonctionnement convergent entre les sites du terrain B : le **problème des horaires d'ouverture de la pharmacie**. D'autres dysfonctionnements sont plus différenciés sur chacun des deux sites : le manque d'espace de convivialité et l'interruption des tâches pour le site principal, l'ambiance à la pharmacie, la tension entre les acteurs, les difficultés opposées par les médecins concernant l'intrusion dans leurs pratiques, la question des stocks dans les services pour le site B2.

Il existe donc un point de convergence et six points de spécificités en termes de coopération dans ce thème au sein de ces terrains B.

Dans le thème «organisation du travail», les dysfonctionnements convergents aux deux sites et impactant la coopération sont la **méconnaissance réciproque des missions, des organigrammes et de la gestion du circuit du médicament**. Un seul élément est spécifique du site B2, l'application des procédures.

Dans le thème «communication, coordination, concertation», la majorité des types de communication verticaux ou horizontaux sont comparables sur les deux sites. Ils impactent en premier lieu le fonctionnement des acteurs : **défaut de communication entre médecins et pharmaciens, entre services, à l'intérieur même des services de pharmacie, en termes de systèmes d'information du médicament**. Un point est plus spécifique au site B1 : la communication entre pharmaciens et préparateurs. C'est donc principalement la coopération au sein de la pharmacie et avec les équipes cliniques sur chaque site qui semble poser problème, plus que l'articulation entre les pharmacies des deux hôpitaux.

Dans le thème «gestion du temps», la difficulté commune est **l'approvisionnement des médicaments dans les services**. Les autres dysfonctionnements sont spécifiques à chaque site : l'orientation de la pharmacie vers les services cliniques et la gestion du médicament par les acteurs, pour le site B1, et la gestion des bons d'urgence pour le site B2.

Dans le thème «formation intégrée », nous retrouvons de manière convergente la **formation à la thérapeutique** ; sur le site principal, le manque de soutien des personnels de la pharmacie envers leurs collègues des services de soins.

Dans le thème «mise en œuvre stratégique», **l'inefficacité des instances** est partout signalée. La question de la culture de la performance est moins développée sur le site B1. Sur le site B2 c'est la gestion partagée du médicament entre les acteurs et au sein de la commission du médicament qui pose problème.

Au final deux thèmes convergent clairement en termes de coopération au sein du terrain B: l'organisation du travail et la communication-coordination-concertation. Concernant les autres thèmes, il existe des idées-clés sur lesquelles les managers pourront donc capitaliser en priorité, et d'autres, spécifiques qu'il faudra envisager ou non de sélectionner pour les transformer en actions d'amélioration.

IDÉES-CLÉS de COOPÉRATION du TERRAIN A

L'étude du terrain A n'est pas comparative entre différents sites, puisqu'il s'agit d'une seule entité ; elle est longitudinale avec une phase de diagnostic et une phase d'évaluation dans le temps que nous étudierons dans la troisième et dernière partie de notre travail.

Nous avons effectué ci-dessous la mise en évidence d'idées-clés en termes de coopération pour le terrain A, selon la même méthodologie de diagnostic que sur le terrain B.

Au sein de chaque thème de dysfonctionnement, apparaissent dans le tableau 23 ci-dessous des idées-clés qui impactent directement la qualité de la coopération.

Tableau 23 : Idées-clés du terrain A en termes de coopération

IDÉES FORCES	COOPÉRATION
NOMENCLATURE ISEOR	TERRAIN A diagnostic
THÈME 1 conditions de travail	Problème d'horaires de la pharmacie
	Problème de locaux dispersés
	Problème de proximité du management
THÈME 2 organisation du travail	Problème de répartition des tâches
	Problème de gestion des dotations
	Complexité de la gestion documentaire et des procédures
THÈME 3 - 3C : communication-coordination-concertation	Problème de communication intra et extra-service
	Problème de communication verticale
THÈME 4 : gestion du temps	Problème de respect des délais des services vers la pharmacie
	Problème de délai d'administration au patient
	Problème de présence de la pharmacie dans les services
	Problème de bons d'urgence
	Glissement de fonctions et dérangements
THÈME 5 : formation	Problème de formation au circuit du médicament
	Problème de formation des managers
THÈME 6 : mise en oeuvre stratégique	Problème d'efficacité des Instances
	Problème d'efficacité de la COMEDIMS (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles)

Le thème «conditions de travail» reprend la question des locaux, souvent inadaptés, des pharmacies hospitalières, tant en surface qu'en termes d'agencement et de convivialité. Ces locaux sont au rez-de-chaussée ou en sous-sol, pour des raisons évidentes de livraison des produits de santé. Ils sont souvent dispersés, posant des problèmes d'accessibilité et de

coopération entre cadres et personnels, entre staff au rez-de-chaussée et opérateurs au sous-sol.

Le thème «organisation du travail» illustre les difficultés de coopération dans la répartition des activités. La coopération étant fondée sur une répartition *a priori* des tâches, un vrai défaut de fonctionnement est relevé. La gestion des dotations, figurant dans plusieurs thèmes est une question-clé de notre travail. Enfin la complexité des procédures, au-delà d'un certain niveau, peut brouiller la coopération plutôt que la faciliter.

Le thème «communication-coordination-concertation» fait apparaitre des dysfonctionnements verticaux (hiérarchiques) et horizontaux (transversaux), que ce soit au sein d'un même service ou entre plusieurs services. Nous sommes ici au cœur du fonctionnement de la coopération.

Le thème «gestion du temps» pose la question des pertes de temps, dues à de mauvais réglages et glissements de tâches tout au long des processus jusqu'au patient :

* délais de commande ou de délivrance des médicaments non respectés de la part des services comme de la pharmacie ;

* inflation du nombre de bons d'urgence en dehors des cas d'urgence réelle et procédures sécurisées de commande des médicaments ;

* faible présence de la pharmacie auprès des services cliniques pour assurer une bonne articulation entre eux.

Le thème «formation intégrée» pose deux questions-clés: la formation au circuit du médicament (*«les médecins sont peu venus aux formations sur le circuit du médicament»*) et la formation des managers (*«les cadres et pharmaciens ne sont pas formés à l'animation, la communication et au management»*).

Le thème «mise en œuvre stratégique» a clairement identifié la faible efficacité des instances qui devraient être au cœur d'un système de coopération efficient : *«la COMEDIMS brasse de l'air, aborde peu de dossiers ; on ne parle que de consommation et il n'y a que des représentants de la pharmacie»*.

CONVERGENCES ET SPÉCIFICITÉS ENTRE LES TERRAINS A ET B EN TERMES DE COOPÉRATION

Tableau 24 : Idées-clés en termes de dysfonctionnements comparatifs entre les terrains A et B

IDÉES FORCES	COOPÉRATION
NOMENCLATURE ISEOR	**TERRAIN A diagnostic**
THÈME 1 conditions de travail	**Problème d'horaires de la pharmacie**
	Problème de locaux dispersés
	Problème de proximité du management
THÈME 2 organisation du travail	**Problème de répartition des tâches**
	Problème de gestion des dotations
	Complexité de la gestion documentaire et des procédures
THÈME 3 - 3C : communication-coordination-concertation	**Problème de communication intra et extra-service**
	Problème de communication verticale
THÈME 4 : gestion du temps	**Problème de respect des délais des services vers la pharmacie**
	Problème de délai d'administration au patient
	Problème de présence de la pharmacie dans les services
	Problème de bons d'urgence
	Glissement de fonctions et dérangements
THÈME 5 : formation	**Problème de formation au circuit du médicament**
	Problème de formation des managers
THÈME 6 : mise en œuvre stratégique	**Problème d'efficacité des Instances**
	Problème d'efficacité de la COMEDIMS (Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles)

IDÉES FORCES COOPÉRATION	Hôpital B1	Hôpital B2
NOMENCLATURE ISEOR	**TERRAIN B1 diagnostic**	**TERRAIN B2 diagnostic**
THÈME 1 : conditions de travail	**Problème horaires de la pharmacie**	**Problème horaires de la pharmacie**
	manque d'espace de convivialité	
		Problème d'ambiance à la pharmacie
		tension entre les acteurs sur la sécurité du circuit du médicament
		Problème de vécu des médecins dans l'intrusion de leurs pratiques
		Problème de stocks dans les services
	Problème interruption tâches	
THÈME 2 : organisation du travail	**Problème de connaissance des missions**	**Problème méconnaissance des organigrammes**
	Problème de connaissance du circuit médicament	**Problème de gestion partagée médicament**
		Procédures peu appliquées
THÈME 3 - 3C : communication-coordination- concertation	**Problème de communication médecins-pharmaciens et soignants-préparateurs**	**Problème relations services cliniques-pharmacie : pas de moments d'échange**
	Problème de réunions internes au service pharmacie	**Problème de communication interne pharmacie**
	Problème de communication pharmaciens - préparateurs	
	Problème de communication avec les Systèmes d'information (SI)	**Problème de communication avec SI**
	Problème de gestion du médicament entre tous les acteurs	**Problème de communication par les médecins des informations de la pharmacie dans leurs services**
THÈME 4 : gestion du temps	**Problème de délai d'arrivée des médicaments dans les services**	**Problème d'approvisionnement des médicaments dans les services**
		Problème de délais de commande par les services
	Problème d'orientation de la pharmacie vers les services	
		Problèmes de bons d'urgence
	Problème du médicament du aux actions des acteurs	
THÈME 5 : formation	**Problème de formation à la thérapeutique**	**Problème de formation à la thérapeutique**
	Problème d'orientation des personnels vers le patient	
THÈME 6 : mise en œuvre stratégique	**Problème d'efficacité des instances**	**Problème d'efficacité des instances**
		la COMEDIMS locale fonctionne
	Problème de culture de la performance	

Ce tableau 24 offre une vue globale des dysfonctionnements terrain par terrain. Après avoir détaillé plus haut par thème l'ensemble des dysfonctionnements, nous pouvons en retirer ci-dessous les principales lignes de convergence et de spécificité. Ces données s'appuient sur un total de 750 phrases-témoins recueillies auprès de 96 personnes.

Les idées-clés convergentes à tous les terrains concernent :

- l'aménagement des horaires de la pharmacie,
- la place et l'agencement des locaux de la pharmacie,
- la répartition et la clarté des tâches,
- la communication à la fois au sein des services et entre les services,
- la gestion des médicaments : bons d'urgence, dotations, délais,
- la formation au circuit du médicament,
- l'efficacité des instances de décision.

Les six thèmes de dysfonctionnements sont concernés par ces points de convergences en termes de coopération et représentent un socle d'investigation pour la conduite de changements organisationnels.

Les idées-clés spécifiques à l'un ou l'autre des terrains concernent :

- le climat de travail (thème n°1),
- l'interruption dans les activités, le manque d'autonomie dans les activités (n°1),
- la gestion des procédures (n°2),
- l'éducation thérapeutique du patient et plus généralement l'orientation vers les patients (n°5)
- la culture de la performance (n°6).

Les conditions de travail peuvent être relativement spécifiques d'un hôpital à l'autre, tout comme l'organisation des activités. La formation peut être inégalement déployée. Ces différents aspects à caractère managérial peuvent bien sûr avoir un impact sur la culture même de l'organisation.

Notons que **certains thèmes entiers sont complètement convergents en termes de manque de coopération : la communication-coordination-concertation ainsi que la gestion**

du temps. Cette analyse repose sur 315 phrases-témoins correspondant à ces deux thèmes sur un total de 744 couvrant l'ensemble des trois diagnostics.

Dans la troisième partie sur les résultats de notre recherche, nous présenterons les idées-clés qui ont vu, selon les acteurs interviewés, une amélioration de la coopération.

Les dysfonctionnements spécifiques à la coopération sur ces terrains étant détaillés, nous envisageons, dans la partie ci-dessous, les outils de management conçus à partir des projets du chapitre IV et que nous allons déployer pour tenter d'apporter des solutions.

V.3 Processus d'intégration d'outils de management

Hypothèse prescriptive n°5 : Les diagnostics socio-économiques sont des facteurs énergisants contribuant à la mobilisation d'outils de management complémentaires à ceux existants.

A l'issue de la phase de diagnostic, des pistes et projets ont été envisagés. Leur mise en œuvre implique le choix d'outils méthodologiques. **Nous avons retenu quelques outils du management socio-économique ; nous y avons intégré des approches existantes sur les terrains comme l'approche par processus ainsi que l'approche socio-dynamique pour bien cartographier les jeux des acteurs** (Fauvet J-C., 2001) (César B., d'Herbemont O., 2002).

Autour des années 2000, les réformes hospitalières ont cherché à intégrer des outils de gestion tels que l'accréditation, les contrats d'objectifs et de moyens (Minvielle E., Contandriopoulos A-P., 2004) afin de moderniser les systèmes de régulation (Claveranne J-P., 2003). Le management de la qualité a cherché à adapter la structure des organisations et à accompagner le changement en améliorant la coopération, la communication et la coordination entre les unités organisationnelles (Dumas M., Douguet F., Munoz J., 2012). Le système hospitalier, système socio-technique par excellence, est passé en quelques années d'une approche administrative engendrant une activité segmentée par la succession de tâches distinctes, à une phase plus organisationnelle et managériale favorisant une approche globale et articulée (Minvielle E., 2003), illustrant ainsi l'idée d'organisation en mouvement.

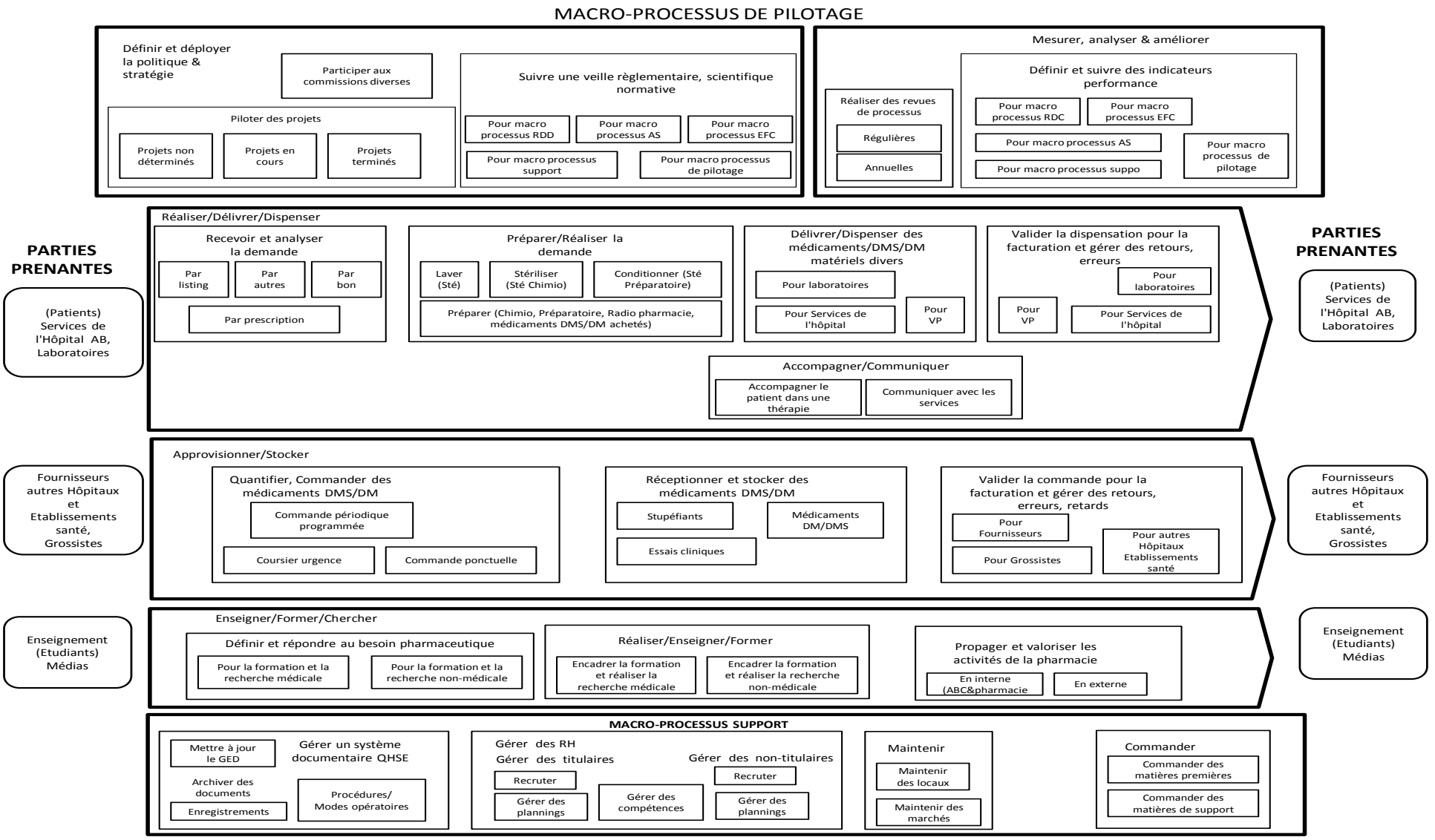
La mise en place d'outils de gestion bute bien souvent sur ses possibilités d'exploitation et d'appropriation (de Vaujany F-X., 2006). Cette appropriation peut être individuelle, avec un faible degré d'intégration dans le groupe, ou collective, pour orienter l'usage de l'outil vers le patient en développant la coordination des membres de l'équipe (Dumas M., Douguet F., Munoz J., 2012).

V.3.1 Intégration d'outils par processus, socio-dynamique et socio-économique

V.3.1.a Analyse croisée entre dysfonctionnements et processus

Les processus existants dans le terrain A se décomposent dans la figure 25 ci-dessous en macro-processus de pilotage, macro-processus support et processus au service des parties prenantes.

Figure 26 : Processus existants sur le terrain A (document interne à l'organisation)



Les macro-processus de **pilotage** concernent trois activités stratégiques : la participation aux commissions, l'activité de veille et la mesure de la performance.

Les macro-processus **support** concernent les ressources humaines, la gestion documentaire, les commandes de matières et l'entretien de l'outil de production.

Les macro-processus purement **fonctionnels** sont au service de trois types de parties prenantes : les patients, les professionnels, et la communication.

Suite à l'approche par processus décrite au chapitre III (partie 1.III.2.2), nous avons croisé les processus déjà mis en place au sein du terrain A avec les dysfonctionnements observés lors de la démarche de recherche-intervention socio-économique (annexe 24).

Certains processus concernent plus particulièrement le cadre de notre recherche : les activités propres au circuit du médicament et par voie de conséquence les activités de formation et celles des ressources humaines.

C'est pourquoi, nous isolons dans le tableau 25 ci-dessous les processus de ces trois activités : «Réaliser-délivrer-dispenser», «enseigner-former-chercher» et «support RH-gérer les RH».

Tableau 25 : Croisement macro-processus et dysfonctionnements, terrain A

PROCESSUS TERRAIN A		DYSFONCTIONNEMENTS observés : Thèmes/sous thèmes/Idées-clés	Nombre d'idées-clés	Fréquence
RÉALISER/DÉLIVRER/DISPENSER	Recevoir et analyser la demande	Thème 4 : gestion du temps (401/29-403/35-404/40) Thème 3 : 3C – coordination-communication-concertation (309/27)	4	28,9 %
	Préparer, réaliser la demande	Thème 4 : gestion du temps (402/32)	1	
	Délivrer/dispenser	Thème 4 : gestion du temps (401/31-402/32-403/39-404/41)	4	
	Valider la dispensation pour la facturation		0	
	Accompagner communiquer	Thème 3 : 3C (301/25) Thème 2 : organisation du travail (201/13)	2	
ENSEIGNER/FORMER/CHERCHER	Définir, répondre aux besoins	Thème 5 : formation (501/42,45)	2	13,2 %
	Réaliser, enseigner former	Thème 5 : formation (501/43,44,46)	3	
	Propager, valoriser les activités de la Pharmacie	Phase projet	0	
SUPPORT RH Gérer les RH	Gérer les titulaires	Thème 1 : conditions de travail (101/1) Thème 6 : mise en œuvre stratégique (608/54,55)	3	23,7 %
	Gérer les non titulaires	Thème 2 : organisation du travail (201/12-202/15,16-203/17204/18,19)	6	

Ce tableau croisé processus/dysfonctionnements permet d'étudier et de quantifier les dysfonctionnements propres à chaque processus. Nous avons calculé la fréquence des dysfonctionnements observés, en fonction du nombre d'idées-clés par processus (Cf. colonne «nombre d'idées clés»).

Ainsi, le processus «**réaliser-délivrer-stocker**» est celui qui comporte le plus de dysfonctionnements (28,9 %, l'ensemble des dysfonctionnements de tous les processus représentant 100 % des dysfonctionnements). Ce processus au cœur du fonctionnement du circuit du médicament concerne les thèmes «organisation du travail», «communication-coordination-concertation», et «gestion du temps», thèmes que nous avons également identifiés comme centraux lors de l'analyse des convergences et spécificités entre les différents circuits du médicament étudiés dans la partie 2.V.2.2 ci-dessus.

Cette analyse croisée processus/dysfonctionnements permet de prioriser les actions d'amélioration de la phase-projet décidées pour chaque processus. Dans le cas du processus « réaliser-délivrer-stocker », les actions prioritaires sont ainsi :

- la présence pharmaceutique dans les services,

- la gestion des dotations de médicaments,

- la limitation des bons d'urgence.

Le deuxième processus en termes de fréquence est le processus support «ressources humaines» (23,7 %). Il concerne les trois thèmes «conditions de travail», «organisation du travail», et «mise en œuvre stratégique». Ces éléments orientent vers des actions d'organisation (*«les problèmes techniques ne sont rien à côté des problèmes d'organisation»*) de ressources humaines et de management (*«Personne ne s'occupe du personnel qui n'arrive pas à suivre», «les préparateurs ne sont pas assez nombreux»*).

Le processus «enseigner-former-chercher» est le troisième en fréquence (13,2 %). L'action d'amélioration est orientée vers la formation à la thérapeutique (*«les staffs midi sur le médicament, c'est super !»*) et la création ou l'utilisation d'outils méthodologiques (*«la grille de compétences permet d'affiner le recrutement ou de proposer des formations»*).

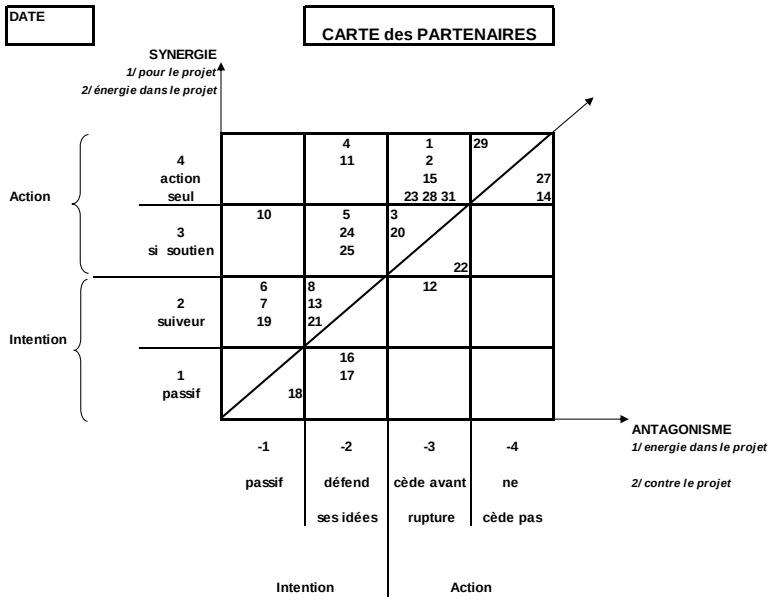
Cette approche par processus, envisagée ici au service de la régulation des dysfonctionnements, sera à nouveau mobilisée dans le cadre du management par la valeur traité au chapitre VI.

V.3.1.b Cartographie socio-dynamique intégrée au management socio-économique

L'approche socio-dynamique décrite au chapitre III (1.III.2 .2) (Fauvet J-C, 2001) convient à l'étude d'environnements complexes. Cette négociation stratégique est indispensable en amont pour accéder au terrain et effectuer une recherche –intervention. Nous l'avons intégrée à la phase d'analyse socio-économique de notre terrain B regroupant plusieurs sites hospitaliers et de nombreux acteurs et instances.

Au sein de notre terrain B, nous avons identifié 31 acteurs pouvant interférer plus ou moins directement avec le projet pharmaceutique. Nous les avons numérotés et positionnés *a priori* sur une cartographie des partenaires en fonction de leur acceptation ou de leur opposition à l'objectif défini, de leur niveau d'intention ou de leur force d'action positive (synergie) ou négative (antagonisme). Sur les 31 personnes identifiées, 29 sont des alliées, 21 étant favorables et 8 pouvant avoir un niveau d'action positif utile (alliés dits du «triangle d'or» figurant en gras sur la carte ci-après).

Figure 27 : Cartographie des partenaires du terrain B



N°	NOM	PRENOM	FONCTION	HOPITAL
1			CS Phie	B1
2			CS Phie	B2
3			Pharmacien adjoint	B1
4			Chef Pôle GH Mondor	B
5			PH Pharmacien	B2
6			PH Pharmacien	B1
7			PPH Cadre prépa	B2
8			PPH FF Cadre prépa	B1
9			PPH FF Cadre prépa	B1
10			Médecin Pdt CCM	B1
11			Médecin Pdt CCM	B2
12			Chef de Pôle	B1
13			Chef de Pôle	B2
14			DG	B
15			DG	B1
16			DSSI	B1
17			DSSI	B2
18			DG	B2
19			DRH gériatrique	B
20			DRH MCO	B
21			Dir logistique	B
22			Dir	B
23			Syndicat	B1
24			Pharmacien Dir pôle veille sanitaire	ARS
25			Pharmacien inspecteur en chef	ARS
26			Dir DPM CS Pneumo	
27			Dir Financier	Groupe
28			Secr d'état Maire	Politique
29			Aide pharmacie adjoint Maire	B1
30			Pharmacien	OMEDIT
31			Eco-Dex	B

L'intérêt de cette analyse est de suivre le niveau d'alliance ou d'opposition des acteurs au fur et à mesure de l'avancement des étapes du projet de l'organisation, notamment au moment de la mise en route du diagnostic socio-économique. Un allié à un projet du service pharmacie peut soutenir l'objectif plus ou moins fortement, soit de manière autonome et volontaire (action concrète), soit en soutien des actions du groupe projet (simple intention).

Le deuxième intérêt décrit plus haut est d'aider à hiérarchiser les étapes et les rencontres, ce qui contribue à organiser le diagnostic socio-économique et ses entretiens qualitatifs semi-directifs. L'ordre chronologique des entretiens est fonction des différentes équations : synergie+intention / synergie+action / antagonisme+intention / antagonisme+action.

Avoir une représentation claire, aux moments décisifs d'un projet, du niveau de synergie ou d'antagonisme d'un individu et de son niveau possible d'action (intention ou action) permet de bien choisir les alliés du projet et également de bien prioriser les contacts avec les personnes-clés. L'objectif est de faciliter le bon déroulement du projet en faisant coïncider ses buts.

L'ordre des entretiens est décisif avec les acteurs les plus influents. Nous avons estimé préférable de rencontrer en premier lieu les acteurs en synergie présentant un bon niveau d'action possible. Les individus se situant dans une position d'intention plutôt que dans une démarche d'action peuvent ensuite être stimulés pour des actions précises et ponctuelles. Les individus à fort niveau d'action et de synergie (ou d'antagonisme) doivent parfois être «canalisés». Les acteurs en opposition doivent être informés pour obtenir d'eux leur neutralité (plus ou moins bienveillante dans la forme) suivant leur niveau d'antagonisme et d'action, donc de nuisance potentielle vis-à-vis du projet. Un piège fréquent de cette approche consiste à verser dans le «complexe de la pie», concept décrit par B. César et O. d'Herbemont (2002) comme une prise en compte trop importante de l'avis de chaque opposant, ainsi que le ferait une pie attirée par l'or qui brille. Naturellement, plus l'opposant est virulent, plus on a tendance à vouloir le convaincre, parfois au détriment des vrais alliés. Un allié peut se décourager, diminuer son niveau d'action et même devenir un opposant.

V.3.2 Implantation d'outils de management socio-économique

V.3.2.a La grille de compétences, un outil-clé du terrain central

Les grilles de compétences (Cf. 1.III.2.1) (Savall H., Zardet V., 2003) ont été adaptées *in situ* pour en faire un outil central d'organisation et de développement du terrain A. Cet outil consiste à indiquer dans la grille (Cf. tableau 26 ci-dessous) l'ensemble des personnes d'une unité d'un côté et l'ensemble des activités de l'autre, afin de visualiser les compétences à développer pour le bon fonctionnement de l'organisation. Un groupe de travail, composé de préparateurs et d'un pharmacien en charge des outils de gestion a été mis en place. Deux réunions ont eu lieu en avril et mai 2010 pour construire les grilles de compétences, notamment celle relative aux dotations de médicaments dans les services de soins. Les tâches pour lesquelles il est nécessaire de s'assurer des compétences ont été réparties en trois activités : préparation, dotation et communication. La préparation comprend la gestion informatique, la dotation la gestion des demandes de médicaments, commandes et erreurs. Enfin la communication implique la connaissance du projet de l'organisation, l'accompagnement à la formation, la validation des compétences et le suivi des indicateurs.

Dans le tableau 26 ci-dessous, les compétences des préparateurs en pharmacie pour le projet de dotation en médicaments du service cardiologie ont été définies en abscisse.

Tableau 26 : Grille de compétences pour la dotation de cardiologie, terrain A

GRILLE DE COMPETENCES PHARMACIE - PROJET / DOTATIONS

Pilote du projet : RH / Développeurs du projet pharmacie : LR, EK, JH, BG, LH

Activité / Acteurs		Créer le classeur Excel suivi dotation	Extraitre les consommations annuelles SAP	Créer les 5 types de listes/service	Editer les listes pour affichage service (DCI/NC)	Créer une armoire dans Phedra	Recevoir et préparer une commande Phedra	Gérer les erreurs	Consulter une armoire Phedra	Extraire des conso par centre / période	Recevoir et délivrer une pres nom ou bon dans SAP	Connaitre le projet	Bonnes pratiques, théorie et règlementation	Suivre les indications	Gestion Documentation	Former le personnel soignant aux commandes
PPH (nive	PPH	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
PPH (nive	PPH				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
PPH (nive	PPH						■	■	■		■	■	■			
AS (niveau	AS						■	■	■			■	■			
		Préparation					Dotation service					Communication				
Internes																

Préparateurs :
Niveau 3 : 4 PPH développeurs pharm
Niveau 2 : mini 70 % des préparateurs développeurs services
Niveau 1 : 100 % des préparateurs
Agents :
Niveau 1 : 100 % (habilités solutés et antiseptiques)

Légende : PPH = préparateur en pharmacie hospitalière (d'après grille ISEOR ©2000)

AS = aide-soignant

Les niveaux indiquent le pourcentage des personnels devant être formés sur l'activité en question

Les acteurs du terrain A se sont approprié la grille de compétences et l'ont adaptée à leurs besoins. S'ils ont indiqué en abscisse les activités du service pharmacie et en ordonnée l'ensemble des personnels, ils ont développé leur cotation en indiquant le nombre de personnes devant maîtriser chaque activité; ils ont aussi indiqué un niveau expert. Ainsi le niveau de compétences a été estimé selon trois niveaux d'intervention : le niveau 1 comprend les tâches que tout le monde doit savoir réaliser ; le niveau 2, celui que 70 % des préparateurs sont capables de réaliser et le niveau d'expertise 3, atteint par quatre préparateurs plus les pharmaciens. Par exemple l'ensemble des activités décrivant la

dotation (colonnes médianes) doivent être maîtrisées par tout le monde, afin que l'approvisionnement du service cardiologie ne subisse aucune rupture de médicament. Les activités administratives et d'analyse (colonnes de gauche) nécessitent quant à elles, moins de personnes compétentes.

Après avoir adapté cet outil de management pour disposer d'une cartographie des compétences nécessaires à chaque activité, les pilotes du projet «dotation» ont, dans un deuxième temps, souhaité représenter les compétences réellement disponibles sur les différentes activités dans le tableau 27 ci-après.

Ce tableau présente, en ordonnée, l'ensemble des acteurs et, en abscisse, les différentes tâches de l'activité «quantifier, commander les médicaments» pour l'ensemble du service de pharmacie.

Tableau 27 : Grille de compétences de l'activité «quantifier, commander des médicaments/DMS/DM (dispositifs médicaux)», pharmacie, hôpital A

Activité / Acteurs		Se connecter à SAP	Commander un transfer de stock AGEPS/intensités	Commander au marché APHP avec une DA	Consulter et modifier une DA	Valider une DA	Commande en urgence : coursier	Commander : ATU SAP/Afssaps	Commander : stupéfiants	Commander un article en pénurie	Commander hors marché APHP avec une DA	Consulter une CA	Commander les poches de nutrition Parentérale Pédiatrique à Cochin	Consulter les prévisions de commande (ZMEZV)	Rédiger un MAPA et analyser les offres	Commander un essai clinique	Se connecter à PHEDRA
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
	PPH																
		11	4	3	2	0	7	1	4	4	1	3	5	3	0	0	11
	M																
	T																
	A																
	A																
	A																
	A																
	A																
		5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0
	P																
	P																
	P																
	P																
	P																
	P																
	P																
		6				3	1	1					1			1	4
	C																
	C																
	C																
		3	2	3	3	2	1	1	1	1	3	2		1			
	I																

L'intérêt de cette grille est de constater le niveau d'appropriation des personnels qui ont décrit eux-mêmes toutes les activités et indiqué le niveau de compétence à atteindre.

Cette intégration de la grille de compétences a été un temps fort du projet de service, pleinement adopté par les personnels (Frachette M., Husson J., Haddad R., Rieutord A., 2012).

Dès la fin de la phase de diagnostic, notamment après l'enquête menée avec le personnel sur les temps passés aux activités à faible valeur ajoutée, le nécessaire travail de clarification de la répartition des activités nous a amené à proposer cet outil aux managers

de la pharmacie. Nous l'avons présenté début 2010 aux personnels et il a été inclus au groupe projet n°1 «activités pharmacie», dédié à la formation à l'utilisation des grilles de compétences et à l'autodiagnostic du personnel. Un des préparateurs a été missionné par le pharmacien responsable des aspects gestionnaires pour piloter l'équipe des préparateurs et répertorier, processus par processus, la liste des activités à maitriser, les niveaux à atteindre, les personnes ressources…

Cette démarche a été considérée par l'équipe dirigeante et le personnel pharmacie comme clé pour le fonctionnement du service et du circuit du médicament. C'est pourquoi, le chef de service pharmacie a souhaité étendre son utilisation à d'autres services de l'hôpital.

Le «pharmacien-gestionnaire» a conçu une fiche composée de questions permettant de valider avec chaque service la réalisation des activités concernant le médicament (Tableau 28 ci-dessous).

Tableau 28 : Grilles d'activités communes avec d'autres services, hôpital A

N°	MÉDICAMENTS DE LA DOTATION	OUI	NON	NA	Dysfonctionnements REMARQUES
6	L'organisation de la gestion des médicaments est réalisée avec la pharmacie (rangement, étiquetage, ….)				
7	Une liste des médicaments pour les besoins de base est définie (dotation ou DBU)				
8	La liste de dotation est affichée à proximité du stockage				
9	Les listes d'équivalence DCI/nom commercial sont affichées à proximité de la dotation				
10	La liste de dotation est affichée en **D**énomination **C**ommune **I**nternational DCI				
11	La dotation est datée et signée par le chef de service				
12	Le cadre a désigné un ou des IDE référent(s) «médicament »				
13	La commande globale est réalisée par • Le cadre				
	• IDE référent				
	• Préparateur				
	• IDE				
	• Autres précisez				
14	La commande globale est effectuée sur • Phedra				
	• Papier transmis				
15	Le temps moyen pour effectuer une commande globale est de : 30 - 60 – 90 – 120 – 160 – 240 – autres (précisez)				
16	La commande sur bons d'urgence des médicaments de la dotation est réalisée : • Plusieurs fois par jour				
	• Une fois par jour				
	• 2 à 3 fois par semaine				
	• Une fois par semaine				
	• Ne sait pas				
17	La commande sur bons d'urgence des médicaments est tracée par le cadre ou référent				
18	Les chariots ou les bacs de livraisons (central course) sont sécurisés				
19	La livraison des chariots ou des bacs est tracée conjointement avec Central courses (fiche navette)				
20	La réception des containers est tracée dans le service				
21	Le contrôle de la commande globale est réalisé.				
22	Le contrôle de la commande globale est tracé.				
31	Il existe un frigo dédié exclusivement aux médicaments				
32	Un suivi des t° est assuré et tracé quotidiennement				
33	Le nettoyage est tracé				
34	Il existe une armoire à solvant				
35	Les plaquettes respectent les règles de découpage (échantillons 6 plaquettes).				

Ce questionnaire simple permet d'organiser la répartition des tâches entre la pharmacie et les services, s'appuie sur les compétences et activités à maîtriser, en se basant sur les dysfonctionnements à corriger. Il est conçu pour devenir un outil de coopération concret entre les personnels médicaux et pharmaceutiques.

V.3.2.b Autres outils de management socio-économique

Lors de la phase de négociation d'accès au terrain A, l'idée d'utiliser d'autres outils, comme le contrat d'activité périodiquement négociable (CAPN), (Savall H., Zardet V., 2003) (Cf. chapitre II, 1.II.3.1) a été envisagée. Ce contrat entre le supérieur hiérarchique et son subordonné donne accès à un complément de rémunération en fonction de l'atteinte des objectifs fixés, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Tableau 9 : Modèle de contrat d'activité périodiquement négociable (*op. cit.,* dans le chapitre III, ISEOR ©2003)

CONTRAT D'ACTIVITE PERIODIQUEMENT NEGOCIABLE

NOM	
PRENOM	
FONCTION	
EQUIPE	

PERIODE	
PARTANT DU	
JUSQU'AU	

ACCORD A LA PASSATION DU CONTRAT SUR LES POINTS 1 ET 3
Le :

L'intéressé Le supérieur hiérarchique

CONCLUSION SUR L'EVOLUTION DU CONTRAT	
ACCORD SUR LE POINT 2 LE	
MONTANT DE LA PRIME ATTRIBUEE	
OBSERVATIONS	

3) COMPLEMENT DE REMUNERATION

3.1) Montant maximal prévisionnel de la prime

MOIS D'ACTIVITE	SALAIRE DE BASE
mois 1	
mois 2	
mois 3	
mois 4	
mois 5	
mois 6	
TOTAL	

*a%= euros

3.2) Calcul de la prime attribuée

FRACTION ATTRIBUEE =	/3	*	

PAYABLE LE :

Le bon fonctionnement ou «orthofonctionnement», comme les dysfonctionnements sont la cause de relations entre les structures de travail, et les comportements de leurs acteurs. Ces relations sont souvent peu formalisées ou précisées. Le contrat d'activité périodiquement négociable permet d'en définir à l'avance les modalités. C'est à la fois «un

outil de pilotage et un outil de gestion du personnel» (Savall H., Zadet V., 2003, p.32) précisant les modalités financières, améliorant le comportement par la participation du personnel à la mise en œuvre des décisions stratégiques. Il prévoit des objectifs d'accroissement d'efficacité en regard des moyens fournis et des modalités financières. Cependant, dans le cadre d'une mission de service public, la mise en place d'un tel contrat n'a pas été possible en l'état. La réticence bien compréhensible de la direction dans un contexte hospitalier tendu socialement et d'une culture trop éloignée de cette formalisation, n'a pas permis la mise en œuvre de cette forme de fixation d'objectifs et d'évaluation de leur atteinte. Le chef du service pharmacie en a cependant retenu l'idée, et décidé que la récompense pourrait prendre la forme d'accès à des formations complémentaires ou des participations à des congrès. En se référant à des grilles d'entretien utilisées dans le secteur privé, il a construit ses propres maquettes d'entretiens adaptées à chaque catégorie professionnelle. Dans les tableaux ci-après, nous trouvons les maquettes concernant les métiers de préparateur et de pharmacien.

Tableau 29 : Grille d'entretien de développement professionnel annuel, préparateur en pharmacie, hôpital A

Entretien Développement Professionnel

Nom :	**Prénom :**	**Ancienneté service :**
Profession : PPH (préparateur)	**Statut :** Contractuel (à l'année)	**Année naissance :**

REVUE FICHE DE POSTE

REVUE FICHE DE POSTE		
Domaine	**Statut**	**Commentaires**
Accueil Services	Niveau 1 : 100 %	
ATU	Niveau 1 : 100	
	Niveau 2 : 0	
Essais Cliniques	Niveau 1 : 100	
	Niveau 2 : 0	
Préparer Chimio	Niveau 1 : 0	
	Niveau 2 : 0	
	Niveau 3 : 0	
Gestion : Approvisionner/Stocker	Niveau 1 : 100	
	Niveau 2 : 70	
	Niveau 3 : à définir	
Dotation	Niveau 1 : 100	
	Niveau 2 : 30	
	Niveau 3 (mettre en place)	
MDS	Niveau 1 : 90	
	Niveau 2 : 60	
NPP	Niveau 1 : 45	
	Niveau 2	
Préparer Non stérile	Niveau 1 : 100	
	Niveau 2 : 100	
Stupéfiants	Niveau 1 : 100	
	Niveau 2 : 70	
	Niveau 3 : 0	
Stérilisation		
Evolution :		

Cette maquette à destination de l'évaluation des préparateurs en pharmacie reprend le contenu de la fiche de poste ; à chaque activité elle fait correspondre une case commentaires et une case sur le niveau de compétences à atteindre pour chaque activité. Le lien avec les grilles de compétences, construites et validées par les préparateurs eux-mêmes est ainsi réalisé. Cette maquette étant utilisée pour la première fois, il n'est pas fait référence à un objectif fixé l'année précédente. La fiche se termine par une case concernant les actions à venir, sans toutefois la dénommer rubrique objectifs.

La maquette ci-dessous est à destination du management, c'est-à-dire des pharmaciens du service.

Tableau 30 : Maquette d'entretien annuel pour les pharmaciens, hôpital A

Bilan évaluation

1. Déroulement/Présentation	
OUVERTURE	Présentation Esprit et finalité de l'entretien
BILAN D'ACTIVITÉ	Analyse de l'activité de l'année écoulée Base : fiche de fonction Le collaborateur s'exprime, l'évaluateur pose des questions
APPRÉCIATION AXES DE PROGRÈS	Réaliser sur la base de : - Quelques critères objectifs aux fonctions assumées - Des objectifs de progrès de l'année précédente L'évaluateur s'exprime en tenant compte des analyses produites au bilan Le collaborateur fait ses observations et pose des questions de compréhension L'évaluateur exprime le sens du projet de la pharmacie Identifier les points perfectibles du collaborateur et les orientations du projet de service auxquelles il va directement participer Formaliser deux ou trois axes de progrès concrets et mesurables (Objectif/indicateurs/moyens/échéances) Engagements respectifs : évaluateur (moyens, accompagnement) et collaborateur
DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU	Compétences à développer par le collaborateur Formations à envisager Perspectives de carrière et d'évolution
CONCLUSION	Rappel des points clés Formalisation sur le support d'entretien
Nom : Prénom : Date :	Fonction : Praticien Hospitalier Nombre d'années au poste :

La maquette pour les pharmaciens propose une appréciation globale et le bon déroulement des activités dont chacun a la charge. Elle ne se réfère pas à une fiche de poste, mais à des rubriques plus générales qui correspondent à un niveau d'autonomie propre à l'encadrement : bilan d'activité, appréciation de l'atteinte des objectifs, axes de progrès, développement professionnel.

Au final, la cartographie des acteurs et l'approche socio-dynamique ont permis de bien positionner les projets dans leur contexte et de clarifier les objectifs. La grille des compétences a facilité la bonne compréhension des activités observées et des compétences mobilisées.

Nous avons vu que la coopération intra-organisationnelle accorde une place centrale aux acteurs (Kenniche S., 2010), reprenant ainsi les théories de M. Crozier et E. Friedberg (1977) ainsi que celles de J-D Reynaud (1995) et de H. Savall, indiquant le rôle de l'individu dans l'action collective (Cf. chapitre III, partie 1.III.3.2.a). L'ensemble des données et dysfonctionnements que nous avons étudiés illustre à travers les propos des acteurs les actions des décideurs, que c'est au niveau interindividuel que se construit la coopération. Ce travail a permis enfin le choix de quelques outils méthodologiques utiles à la poursuite de notre recherche et illustrant la nécessaire interaction entre les structures de l'organisation et les comportements humains.

CHAPITRE VI

ANALYSE DE LA CHAÎNE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE

CORRÉLÉE AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL :

L' APPORT DU MANAGEMENT PAR LA VALEUR

Le contexte très médiatisé du risque thérapeutique suite à différents accidents, dans un environnement de haute technologie, a amené les pouvoirs publics de santé à évaluer, mettre en place des préconisations et légiférer. **La gestion sécurisée du médicament a pour but d'améliorer l'ensemble du processus thérapeutique**. Le management par la valeur mobilise des processus (Tarondeau J-C., Wright R.W., 1994), (Grandhayes J-P., Rieutord A., 2010, 1 & 2) qui structurent la création de valeur. Le but du management par la valeur et du pilotage par processus est de développer la performance. Selon A. Bourguignon (1995), la performance a trois composantes : les résultats de l'action qui renvoient aux indicateurs, la notion de succès qui renvoie aux représentations de la réussite, et l'action qui, dans son acception anglo-saxone, est représentée par un processus intriqué de résultats et d'actions. La performance, vue du côté de la santé publique est pilotée par des indicateurs synthétiques ; vue du côté administratif, l'approche est économique, focalisée sur les coûts ; enfin d'un point de vue médical, elle est appréciée par rapport à des résultats de qualité, comme l'a proposé, dès le milieu du XIX^{ème} siècle, F. Nightingale (1862) avec des indicateurs pour surveiller la qualité des soins en mesurant la mortalité.

Le circuit du médicament représente la somme de plusieurs processus ; il peut être schématisé sous la forme d'une chaîne d'étapes successives incluant le positionnement des acteurs, la répartition de leurs actions et leur coordination, afin que l'ensemble du dispositif fonctionne correctement.

VI.1 Contexte de risque thérapeutique et renforcement du cadre règlementaire

Hypothèse descriptive n°6 : les accidents thérapeutiques entrainent le renforcement du cadre règlementaire.

La démarche qualité a connu une nette accélération ces dernières années à l'hôpital avec la mise en place des démarches d'accréditation et de certification. Cependant, **«le médicament est le domaine où le plus grand nombre de recommandations de réserve sont émises»** (IGAS, 2011, p.3). La qualité du circuit du médicament repose beaucoup sur les facteurs humains. Dans un contexte de santé technique, d'obligation de performance et d'accélération de la mobilité des personnels, il comporte des risques importants d'erreur, mais aussi d'adaptation à des patients nécessitant une prise en charge personnalisée (IGAS, 2011). C'est cette complexité de la situation de chaque patient qui a amené à compléter le cadre règlementaire pour renforcer la sécurité thérapeutique.

VI.1.1 Cadre fondateur du contrat de bon usage des médicaments

Les Autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments, délivrées par l'Agence nationale de sécurité des médicaments (ANSM), autorisent leur utilisation dans des indications thérapeutiques précises pour des pathologies données et validées par des essais cliniques.

Ceci étant, les situations rencontrées à l'hôpital revêtent souvent un niveau de complexité élevé. La spécificité ou la gravité des pathologies rencontrées incitent fréquemment à l'utilisation des thérapeutiques en dehors du strict cadre autorisé, ouvrant souvent la voie à de futures nouvelles indications. Pour limiter les risques liés à ces pratiques et leur surcoût, les autorités de santé ont décidé de les encadrer par des protocoles thérapeutiques couvrant l'utilisation «hors AMM» (hors autorisation de mise sur le marché, c'est-à-dire hors indication thérapeutique validée). Le décret n°2005-1023 du 24 août 2005 (modifié par le décret n°2008-1121, 31 octobre 2008) en précise le cadre : ces pratiques sont définies dans des **contrats de bon usage des médicaments et des produits et prestations** (CBU), (HAS, 2005), (Cf. annexe 25).

Ces contrats sont signés entre chaque établissement de santé, l'Agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie ; ils doivent faire l'objet d'un rapport d'étape annuel et d'un rapport final six mois avant la fin du contrat. La contrepartie d'un contrat respecté est le remboursement intégral par l'Assurance maladie de sa part de prise en charge des produits de santé utilisés «en sus» des prestations d'hospitalisation, car en effet, les produits les plus onéreux ne font pas partie des forfaits d'hospitalisation. À défaut, l'établissement risque un remboursement partiel des produits, cette pénalité pouvant représenter des montants très importants sur des produits coûteux.

Ces contraintes sécuritaires et financières sont prises très au sérieux par les établissements de soins qui s'engagent par ailleurs à informatiser leur circuit du médicament, développer les prescriptions, la dispensation et la délivrance nominatives, ainsi que l'assurance qualité, à travers des outils de traçabilité. Enfin, pour les hôpitaux qui traitent les pathologies liées aux cancers, ils doivent s'équiper d'une unité de centralisation de la préparation des traitements anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien. Les médicaments anti-cancéreux doivent faire l'objet d'un prévisionnel et d'un suivi de consommation par la commission du médicament de l'établissement (COMEDIMS).

Ces contrats donnent lieu à des référentiels qui doivent être pilotés au niveau régional. À cet effet, un observatoire est constitué auprès de chaque Agence régionale de santé (ARS). Ces observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT) participent à la diffusion des référentiels et remontent les données au niveau national pour consolidation. Dans chaque région, ce sont des équipes de pharmaciens qui pilotent ce travail pour le compte de l'ARS.

Nous retrouvons dans le cadre du contrat de bon usage (CBU) les ingrédients de notre recherche en termes d'organisation du circuit du médicament, de coopération entre la pharmacie et les services cliniques, et aussi de légitimité du pilotage par le pharmacien et son équipe. **La notion d'engagement pluridisciplinaire est centrale dans la démarche de contrat de bon usage**. Cette approche fait partie d'un ensemble de dispositions de sécurité visant à prévenir la survenue des accidents thérapeutiques.

VI.1.2 Accidents thérapeutiques à l'origine des réformes de sécurisation du circuit du médicament

Les risques liés au médicament correspondent soit à des erreurs médicamenteuses, soit à des effets iatrogéniques. L'iatrogénie médicamenteuse représente les effets indésirables liés à l'effet pharmacologique même des médicaments. La réduction des effets iatrogéniques est une priorité de santé publique depuis 1998 et représente plus de 3% des hospitalisations (Pouyanne P., Haramburu R, Imbs J-L., Bègaud B., 2000). Les risques peuvent également être liés à l'erreur humaine. Celle-ci peut être avérée lorsqu'elle entraîne l'administration au patient d'un autre médicament ou d'un autre dosage selon une mauvaise voie ou un mauvais schéma d'administration ; elle peut être potentielle si l'erreur est interceptée avant l'administration au patient ; elle peut enfin être latente s'il s'agit simplement d'un risque d'erreur (Cf. site de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, www.ansm.fr). L'accident récent le plus médiatisé est le décès d'un garçon de trois ans, le petit Ilyès, en 2008 (Cf. chapitre I, section 1.I.3.3) (SNPI, 2009).

Cette actualité a accéléré le processus de mise à plat du circuit du médicament. **Les erreurs peuvent provenir directement de l'administration du médicament, de son stockage ou de son étiquetage, mais aussi en amont de toute la chaîne. Elles concernent la clarté de prescription, l'analyse de celle-ci, et la cohérence du processus de dispensation**. Le circuit du médicament pose également la question centrale de sa traçabilité informatique et de son automatisation.

Au-delà de la gestion locale du médicament, «l'affaire du **Médiator©**» a révélé un certain nombre de dysfonctionnements dans la gestion globale du médicament. Son évaluation est fortement remise en cause et son utilisation provoquerait 130.000 hospitalisations et 18.000 décès par an (Even P., Debré B., 2011). Cette affaire est à l'origine des critiques à l'encontre de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et de sa transformation en Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) pour évaluer de manière plus indépendante la mise sur le marché et le suivi des médicaments.

Le contexte à la fois institutionnel et stratégique, mais aussi opérationnel et local, a amené les pouvoirs publics de santé à commander une série de rapports.

VI.1.3 : Rapports et préconisations sur le circuit du médicament

VI.1.3.a Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales

Suite à l'accident de 2008, **l'Inspection générale des affaires sociales** (IGAS, 2011) **a commandité un rapport sur la sécurisation du circuit du médicament** à l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (APHP), (Dahan M., Sauret J., 2010), puis un second rapport, plus global, sur le circuit du médicament à l'hôpital, à savoir le rapport de l'IGAS 2011 (Cubaynes M-H., Noury D., Dahan M., Falip E., 2011) sur le circuit du médicament. Le rapport de 2011 distingue deux types de circuits du médicament : le circuit clinique prenant en charge le patient hospitalisé, de la prescription à l'administration, et le circuit logistique des produits, de l'achat jusqu'à la délivrance. Cette distinction est emblématique de l'ambivalence qui règne autour du rôle tantôt logistique, tantôt clinique de la pharmacie. Notre recherche concerne la coopération entre acteurs du soin et acteurs pharmaceutiques au sein de l'hôpital, de la prescription à l'administration, en insistant sur la dispensation, activité centrale de la légitimité pharmaceutique, avec une composante organisationnelle forte débouchant sur un soutien clinique revendiqué par les pharmacies hospitalières. Ce rapport de l'IGAS insiste justement sur le fait que **«le circuit du médicament est un processus complexe, hétérogène qui implique de nombreux professionnels de santé. Il repose sur une chaîne de savoir-faire dans laquelle la transmission de l'information et la coordination des interventions sont des facteurs essentiels»** (IGAS, 2011, p.3). Il s'inscrit dans le cadre de la modernisation des établissements de santé voulue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) (2009).

Les recommandations de cette mission en termes de qualité ont porté sur plusieurs axes :

- le positionnement de chaque acteur dans les secteurs où sa plus-value est la plus importante. Nous retrouvons ici le concept de management par la valeur que nous abordons dans la section suivante (2.VI.2) et que nous avons mobilisé dans l'enquête sur les activités à faible valeur ajoutée du terrain A (Cf. chapitre IV, partie 2.IV.2.3),

- le développement de solutions technologiques, comme l'informatisation et l'automatisation du circuit du médicament. Les lacunes des systèmes d'information ont été largement signalées dans les diagnostics de nos différents terrains d'observation : le projet d'automate de notre terrain B en est l'illustration, même si son efficience a été fortement questionnée (Cf. chapitre V, partie 2.V.1.2) ;
- la continuité du parcours de soins entre la ville et l'hôpital s'inscrit dans le développement indispensable du chemin clinique du patient. Ce thème dépasse le cadre intra-hospitalier de notre étude et mériterait un développement spécifique sur l'étude de fusions hospitalières.

Ce rapport recommande de renforcer la visibilité des acteurs en charge du médicament, aux niveaux national et régional, avec les observatoires du médicament en région, de faire évoluer les contrats de bon usage pour une meilleure cohérence nationale, d'assouplir la réglementation sur la coopération entre établissements de santé et enfin de clarifier la place du pharmacien en augmentant son temps de présence. Au niveau de l'hôpital, nous reprendrons dans la troisième partie l'idée de visibilité des acteurs du médicament à travers le pilotage de l'instance locale qu'est la commission du médicament. Nos résultats reviendront sur ces difficultés de gouvernance, identifiées par le rapport de l'IGAS et qui ont manifestement un impact sur la qualité locale de chaque circuit du médicament.

Les conclusions de ces rapports ont été confortées par l'arrêté du 6 avril 2011 dont le but est d'améliorer la prévention des erreurs médicamenteuses chez les patients hospitalisés (J.O.R.F. du 16 avril 2011). Cet arrêté dit «retex» (retour d'expérience) engage la direction des établissements, demande l'élaboration d'un programme d'action, d'indicateurs, et de formation ; il désigne un responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et enfin étudie les risques encourus par les patients.

Ces dispositifs ont été développés à l'occasion d'autres rapports :

- le rapport de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) (Laborie H., Woynar S., 2008), sur l'organisation et la sécurisation du circuit du médicament ;
- le rapport de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS, 2012) reprend les préconisations propres à chaque étape du circuit du médicament : prescription, préparation, dispensation, transport, stockage, administration et information au patient.

VI.1.3.b Arrêté du 6 avril 2011 : la réglementation de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

Concernant la gestion du médicament, **l'arrêté du 6 avril 2011** (et les circulaires de la DGOS) statue **sur «le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé»** (J.O.R.F., 16 avril 2011). Il oblige les établissements de santé à disposer d'un processus, avec engagement de la Direction de nommer un responsable, qui peut être le coordonateur de la gestion des risques. La circulaire de la DGOS du 14 février 2012 (DGOS, 2012) vise à accompagner la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011. Cette circulaire détaille les étapes du processus de prise en charge médicamenteuse en termes de responsabilité des différents acteurs, de communication et de formation et de description de l'ensemble du processus. L'état des lieux demande une analyse des dysfonctionnements, erreurs médicamenteuses, évènements indésirables, ainsi que leur probabilité de survenue et leur impact sur le patient, une identification des points forts, des points critiques et un choix de priorités jusqu'à la mise en œuvre des solutions et la communication sur le retour d'expérience.

Ces demandes vont dans le sens de l'approche dysfonctionnelle que nous avons choisie ; celle-ci a pour objet de rechercher tous les dysfonctionnements organisationnels du circuit du médicament. Ceux-ci se situent le plus souvent en amont du risque et leur réduction permet la stimulation de la performance de l'organisation dont la limitation des risques encourus par les patients. L'approche prévue par les auteurs de cette règlementation est d'élaborer une liste d'évènements qui ne devraient jamais arriver, à l'instar de la démarche des «*never event* » du *National Health Service* en Grande-Bretagne. L'approche du management socio-économique que nous avons retenue, en identifiant de manière large

tous les dysfonctionnements organisationnels, permet de réduire les risques, résultantes finales d'une chaîne de dysfonctionnements (Savall H., Zardet V., 2003, p. 127, figure 10).

Les multiples réformes de l'hôpital ont montré que les facteurs de succès reposent sur des approches médico-gestionnaires partagées (Moisdon J-C., Tonneau D., 2008). Pour porter ces mesures avec succès et encourager les hôpitaux dans leur démarche de qualité, il nous semble qu'elles doivent être conduites par une personne reconnue par la communauté médicale et les soignants. **Le pharmacien, dans le domaine du médicament, est certainement un acteur pouvant comprendre à la fois les soignants et les impératifs de gestion et de sécurité** ; il n'est pas le seul acteur possible, mais il peut être un pilote reconnu et efficace dans la chaîne de la valeur médico-pharmaceutique.

VI.2 Management médico-pharmaceutique par la valeur

Hypothèse explicative n°6 : le management du processus «circuit du médicament» participe à la production de valeur et à la sécurité médico-pharmaceutique.

Comme nous l'avons vu au paragraphe précédent, la circulaire de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS/PF2/2012/72) du 14 février 2012 stipule que «la prise en charge thérapeutique du patient doit être appréhendée comme un processus, c'est-à-dire un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment des éléments d'entrée en éléments de sortie» (norme ISO 9001, version 2000). Ce type de prise en charge nous incite à mobiliser l'approche par processus pour en dégager un fonctionnement produisant de la valeur.

VI.2.1 Apports du management par la valeur

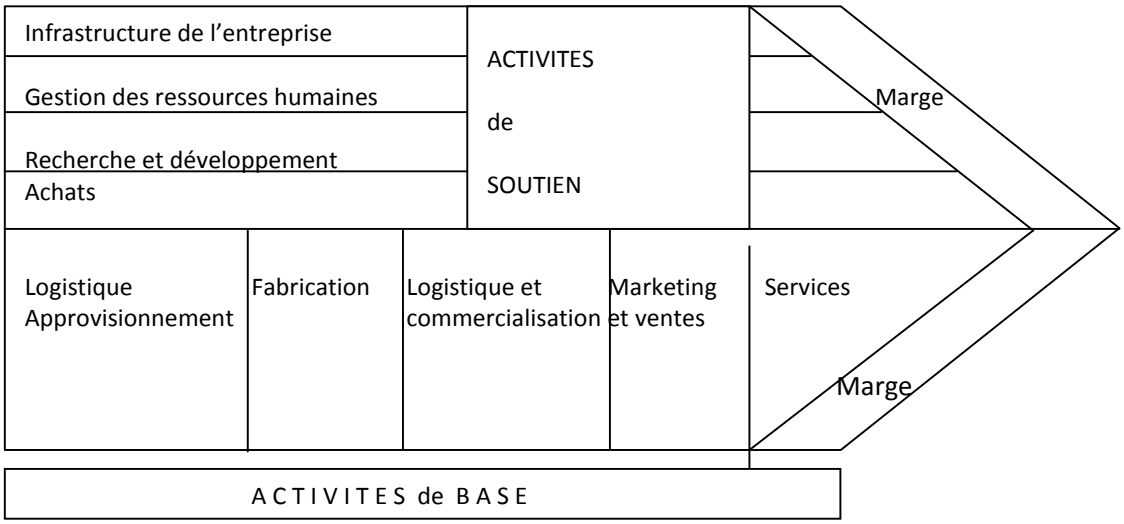
Nous retrouvons les fondements de l'approche de la valeur dans les travaux fondateurs de F. Taylor (1911) et, après la deuxième guerre mondiale, dans les apports de L.D. Miles (1961) tant dans le secteur public que privé. Avec la crise pétrolière puis le développement du rôle de la finance, la création de valeur devient une mission fondamentale de l'entreprise. Dans les années 2000 elle apparait comme une innovation managériale majeure. C'est le *value based management* et sa perspective principalement

financière qui s'éloigne quelque peu des préoccupations opérationnelles (Mottis N., Ponssard J-P., 2009).

Si l'on reprend l'analyse désormais classique de la chaîne de la valeur, proposée dans les années 1980 par Michael Porter, celle-ci développe l'idée que l'organisation est une chaîne de relations, chaque intersection de cette chaîne permettant d'ajouter de la valeur au produit ou au service. Elle classe l'organisation en neuf processus, cinq macro-processus de base contribuant directement à la valeur ajoutée au produit et quatre macro-processus de soutien y contribuant indirectement, comme l'illustre la figure 28 ci-dessous.

Figure 28 : Chaîne de la valeur selon M. Porter (1996)

Figure : la chaîne de la valeur selon Porter (l'avantage concurrentiel, Paris, Interédition, 1996)



Comme dans toute approche par processus, nous retrouvons les activités de base de l'organisation et leurs activités de soutien. Les activités de base représentent les domaines de production, logistique, fabrication, commercialisation, ventes, services associés qui permettent de dégager directement une marge d'exploitation. Les activités de soutien concernent des activités non directement productives, comme la recherche et développement, les achats, la gestion des ressources humaines et l'administration.

Si nous rapprochons ce schéma général de celui de l'hôpital, nous nous apercevons que la base des activités repose sur la fabrication, c'est-à-dire la production de soins. Cette activité, logiquement hypertrophiée masque les autres activités, comme la logistique. Quant

aux activités de services, celles-ci sont encore considérées comme du marketing, inutiles et ne sont arrivées à l'hôpital que récemment avec la concurrence entre établissements de santé. **La différenciation entre activités de base et de soutien, pose la question de la place de la pharmacie**. La fabrication a été de tout temps l'activité centrale de la pharmacie : le «préparatoire», action de production des médicaments, longtemps illustré par la préparation de drogues sommaires et maintenant par la production quasi-industrielle des chimiothérapies anticancéreuses, inscrit la pharmacie dans les activités de base. Cependant, les soignants ne voient, le plus souvent, de la pharmacie que ses côtés logistiques, tels que l'achat et l'approvisionnement. C'est par la technicité de la reconstitution de médicaments complexes et par la valeur ajoutée du conseil pharmaceutique au chevet du malade auprès des soignants, que l'activité pharmaceutique pourra prétendre être à nouveau considérée comme une activité de base de l'hôpital.

Selon J-P. Claveranne et C. Pascal (2004), la valeur dans le domaine de la santé est définie comme une série d'apports successifs et complémentaires au fil du processus de production de soins. Ils précisent que ces apports prennent leur sens dans la prise en charge globale du patient. Dans ce contexte, ils s'éloignent de l'approche mercantile de la valeur, ou encore de la somme de valeurs produites par chaque professionnel pour s'orienter vers une appréciation plus difficile à mesurer pour le patient. En effet, la satisfaction du patient évolue dans le temps au rythme de l'évolution de sa santé. Pour J-P. Claveranne et C. Pascal (2004), la valeur est la résultante de la performance et des processus. Dans cette logique, la pharmacie retrouve toute sa place dans la chaîne de production de soins.

Le management socio-économique a abordé la valeur ajoutée *via* le concept coût-valeur des activités. Pour H. Savall et V. Zardet (2008), la valeur ajoutée est un marqueur du temps consacré à chaque activité par les acteurs et donc de leur santé économique et de leur capacité à produire un *nano* PIB, part individuelle du produit intérieur brut. Dans notre travail de recherche, nous avons mobilisé cette notion de coût-valeur des activités en évaluant, à l'aide d'une enquête au sein de notre terrain A, le temps passé à des activités pharmaceutiques à faible valeur ajoutée (partie 2.3 du chapitre IV, section 2.IV.2.3). Cette évaluation a permis de chiffrer une partie des temps à faible efficience. Nous avons ensuite proposé une analyse des compétences disponibles à la pharmacie dans la partie au chapitre 5 (Cf. section 2.V.3.2) l'utilisation de grilles de compétences. Dans la troisième partie, nous

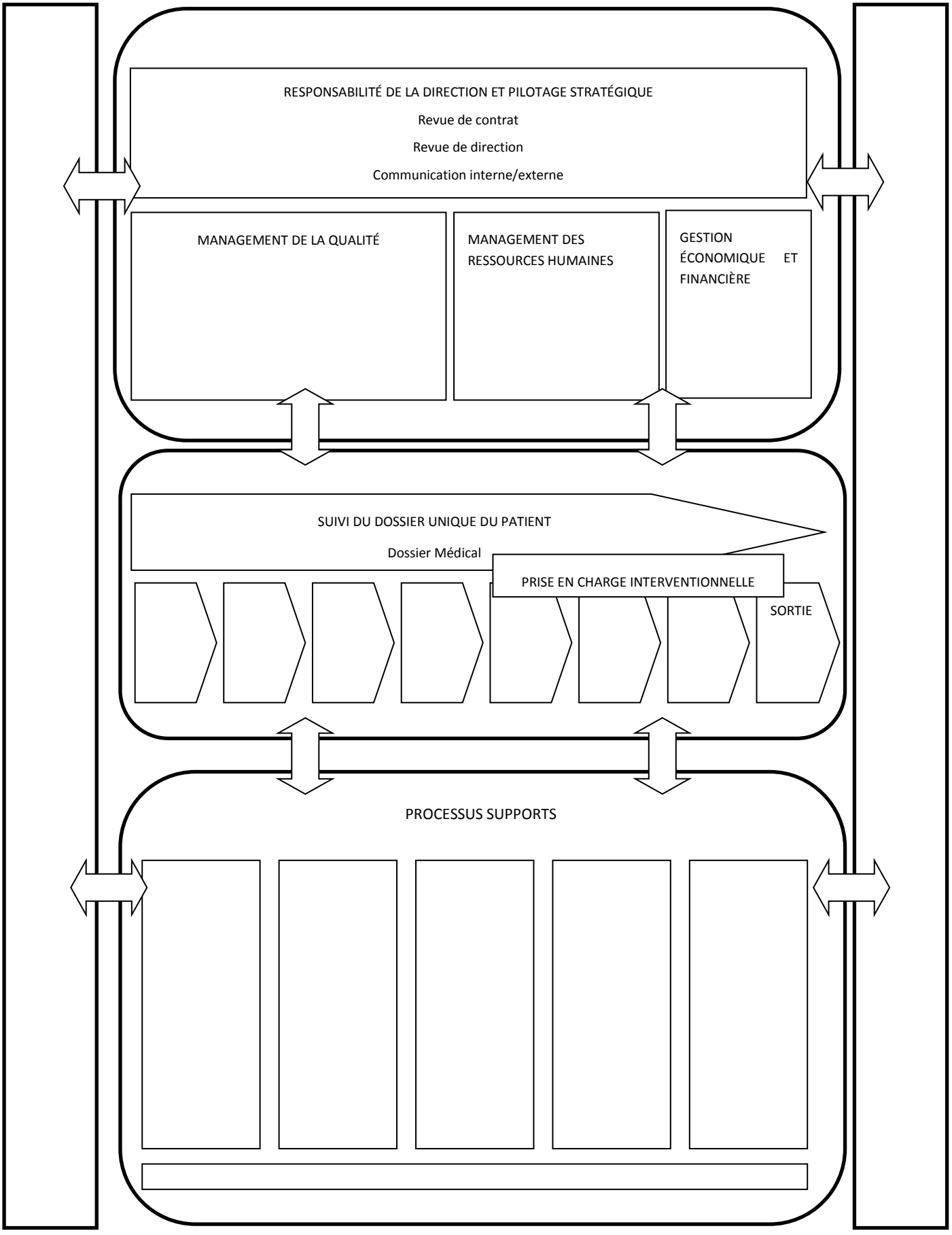
proposerons des actions de rationalisation de certains processus de traitements (chapitre VII, section 3.VII.3.2), et des actions de formation à certains outils de management (chapitre VIII, section 3.VIII.3.2). La finalité de ces actions est de chercher à réorienter les acteurs vers des activités à plus forte valeur ajoutée, telles que les actions de pilotage de certains processus.

Dans ce contexte hospitalier imprégné du management par processus, nous avons identifié les dysfonctionnements et cartographié les compétences par activité sans aller jusqu'à une analyse fine de la notion de coût-valeur. Au chapitre V (section 2.V.3.1) nous avons cherché à relier les dysfonctionnements observés aux différents processus, ce qui nous a permis d'identifier les processus les plus impactés, et par quelle typologie de dysfonctionnements ils l'étaient, même si notre but était la recherche de la relation entre dysfonctionnements et coopération.

C'est en partant de la notion de valeur ajoutée que nous proposons la construction d'une chaîne médico-pharmaceutique dans laquelle les acteurs dégagent de la valeur à chaque étape. Nous démontrerons dans la troisième partie (Cf. chapitres VII et VIII) comment ceux-ci, au cours de notre recherche-intervention, réduisent les dysfonctionnements à chacune de leurs interactions. Nous proposons que cette chaîne médico-pharmaceutique dynamique remplace la conception classique et logistique de circuit du médicament.

Dans la figure 29 ci-après, tirée d'une étude de cas (source Grandhaye, J-P., Association de l'analyse par la valeur, AFAV), le circuit du médicament figure parmi les processus supports. Même si l'interface avec le processus opérationnel du soin est indiquée, c'est finalement ce positionnement que nous souhaitons revisiter.

Figure 29: Processus organisationnels en établissement de soins



Nous proposerons en fin de chapitre une chaîne médico-pharmaceutique indiquant les zones d'action des différents acteurs et leur valeur ajoutée.

VI.2.2 Processus et valeur

Le processus est la déclinaison tactique et le management par la valeur la dimension stratégique. Cette approche s'intègre, dans le cadre de notre recherche, au management socio-économique.

Le processus se définit comme «une façon de procéder» (Petit Robert, 2013). Il peut également être expliqué et représenté comme **un ensemble d'activités liées en vue d'atteindre un objectif commun** (Bescos P-L., Mendoza C., 1994). La gestion par processus est développée depuis les années 90 (Tarondeau J-C. et *al*., 1994) ; elle permet la construction d'organisations transversales plus adaptées (Bonnafini P., 2002) et elle est désormais ancrée dans le secteur public (Demeestère R., Lorino P., 2003).

J-P. Claveranne et C. Pascal (2004) décrivent cinq caractéristiques à un processus :

(1) un ensemble cohérent d'activités,
(2) se déroulant dans un espace et un temps limité,
(3) répondant à une finalité commune,
(4) et produisant un *output* (extrant) matériel ou immatériel,
(5) à destination d'un client interne ou externe.

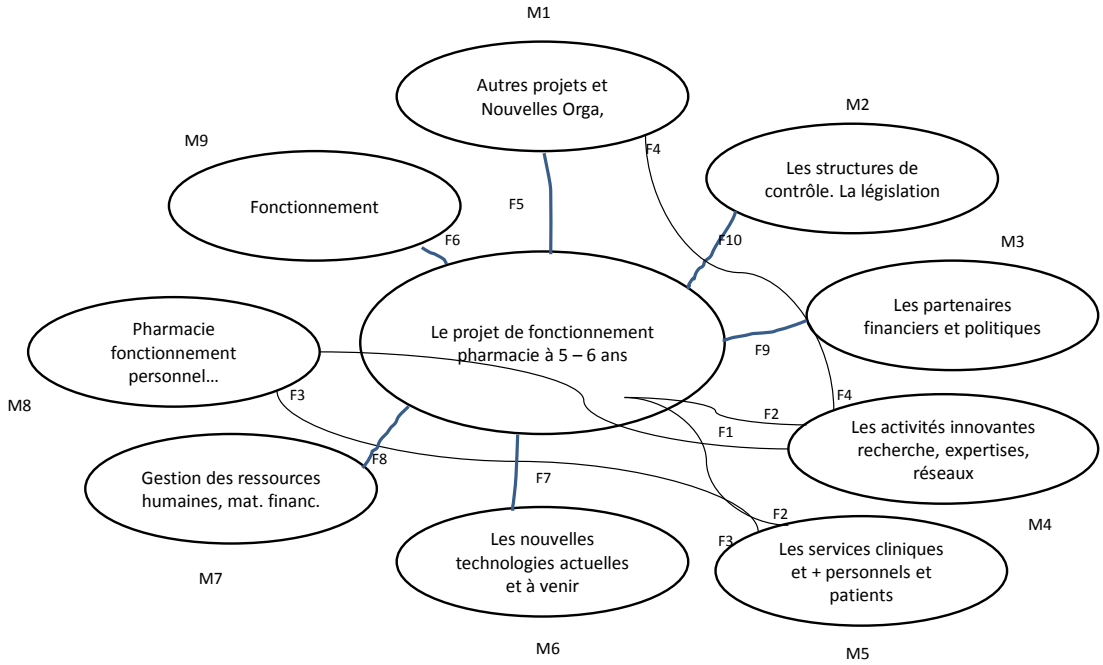
La promotion de l'approche par processus est assurée par l'AFAV (Association Française d'Analyse par la Valeur). **Le management par la valeur** (Grandhayes, 2003) **mobilise des processus qui structurent le développement de la valeur**. Il repose sur une analyse fonctionnelle qui permet de repérer l'environnement, de caractériser le but du projet à cet environnement et d'ajuster les représentations entre les membres des équipes projet, laissant ainsi une large part à l'animation et à l'action partagée. Cette approche vise à fiabiliser les décisions en reliant les environnements par des fonctions au sein d'un arbre fonctionnel qui va donner du sens au fonctionnement du système (*Function Analysis System Technic* - méthode FAST, Bytheway C.W., 1983). Chaque fonction se verra ensuite attribuer un niveau de flexibilité qui déterminera le niveau de réalisation possible.

Comme vu au chapitre III, (Cf. partie 1.III.2.2), les processus permettent de structurer les fonctionnements, c'est pourquoi nous parlons d'analyse fonctionnelle. La démarche de management par la valeur permet de situer les processus dans leur environnement. Avant de préciser la cible à atteindre et de définir l'objectif, il est important d'établir un diagnostic de la situation présente et de son contexte à la fois technique et sociologique.

La première étape de l'analyse fonctionnelle consiste en l'étude des milieux extérieurs.

Dans le cas du terrain A nous avions identifié neuf milieux extérieurs autour du fonctionnement-cible comme l'indique la figure **30** ci-dessous.

Figure 30 : Milieux extérieurs du terrain A

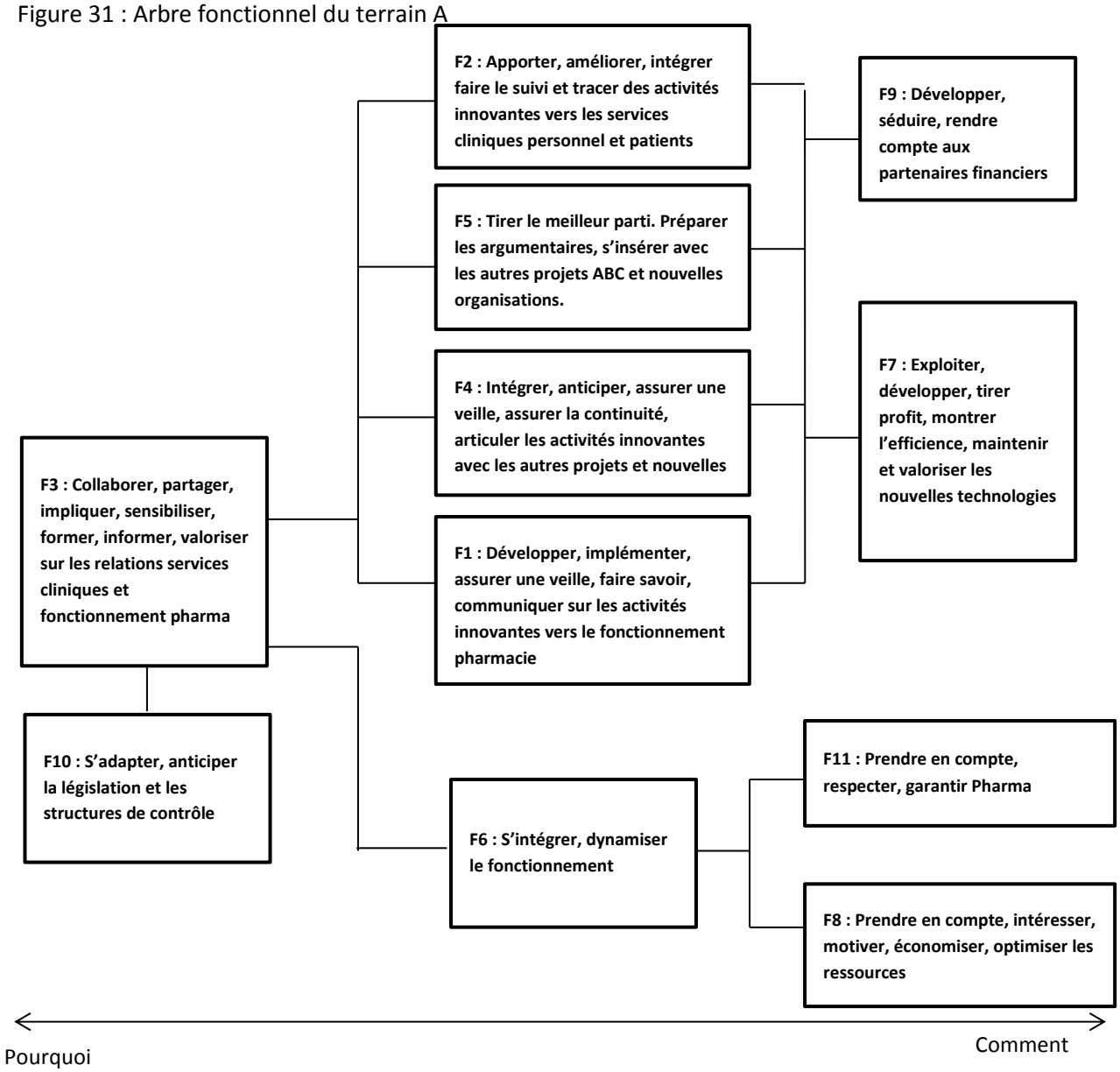


Les milieux extérieurs (Grandhaye J-P., 2009) définissent des domaines d'activité caractérisant l'environnement de l'organisation et du projet.

Par exemple, concernant le terrain A ci-dessus, neuf milieux extérieurs ont été identifiés ; certains sont de nature règlementaire (M2), politiques et financiers (M3), technologiques et de recherche (M4, M6), d'autres concernent l'organisation elle-même : fonctionnement des unités (M9, M8), fonctionnement en direction des patients (M5), gestion des ressources humaines (M7) et mise en place d'une nouvelle organisation (M1).

Ces milieux extérieurs permettent de bien identifier l'environnement et amènent ensuite à identifier les fonctions correspondantes et les actions en lien avec l'objet d'étude. Nous avons retenu ici dix fonctions, représentées par un verbe d'action et reliant les milieux extérieurs et l'objet d'étude. Ces fonctions sont ensuite hiérarchisées, sens porté par la fonction (pourquoi), jusqu'au lien entre la fonction et l'action (comment), présentant un arbre fonctionnel comme le montre la figure 31 ci-dessous.

Figure 31 : Arbre fonctionnel du terrain A



Source terrain : Grandhaye J-P., 2009

La fonction principale mise en avant représente la collaboration avec les services cliniques (F3), rejoignant ainsi le cœur-même de notre hypothèse. La fonction F10 y est adjointe et implique les facultés d'adaptation et d'anticipation. L'arbre fonctionnel se poursuit d'un côté par la qualité de fonctionnement (F6), fonction qui s'inspire du type de management que nous avons proposé (Savall H., Zardet V., 2003) et qui implique des qualités de gestion (F11, F8). L'autre partie de l'arborescence implique des actions d'amélioration transversale (F2, F5), de veille et d'innovation (F4, F1) que viennent compléter des actions de communication et de suivi (F9, F7). L'arbre fonctionnel démarre par les fonctions stratégiques (pourquoi) pour aller vers les fonctions plus opérationnelles (comment).

Nous voyons ici l'articulation possible entre management par la valeur et management socio-économique. Les outils diagnostics du management socio-économique nous ont permis d'identifier les processus les plus impactés par les dysfonctionnements organisationnels du terrain A (Cf. chapitre V, section 2.V.3.1.a). Rappelons que ce sont les processus liés au fonctionnement du circuit du médicament, à la formation et à la gestion des ressources humaines qui comprenaient le plus de dysfonctionnements.

Concernant l'intérêt de l'approche socio-dynamique au bénéfice du management par la valeur, ce dernier propose d'identifier les milieux extérieurs afin de positionner l'objet d'étude dans son environnement et de définir les fonctions et actions utiles à la réalisation du projet. La stratégie des partenaires permet de positionner plus précisément les acteurs par rapport à l'objectif. Cela nous a paru particulièrement utile dans le cadre du terrain B, fusion hospitalière sensible; la cartographie des partenaires est venue ainsi compléter l'approche du terrain B (Cf. chapitre III, partie 1.III.3.2). C'est pourquoi nous avons proposé d'intégrer la stratégie des partenaires au démarrage du diagnostic socio-économique ; cette fusion hospitalière s'effectuant dans un contexte social difficile, cette approche socio-dynamique a permis de clarifier les enjeux des différents acteurs.

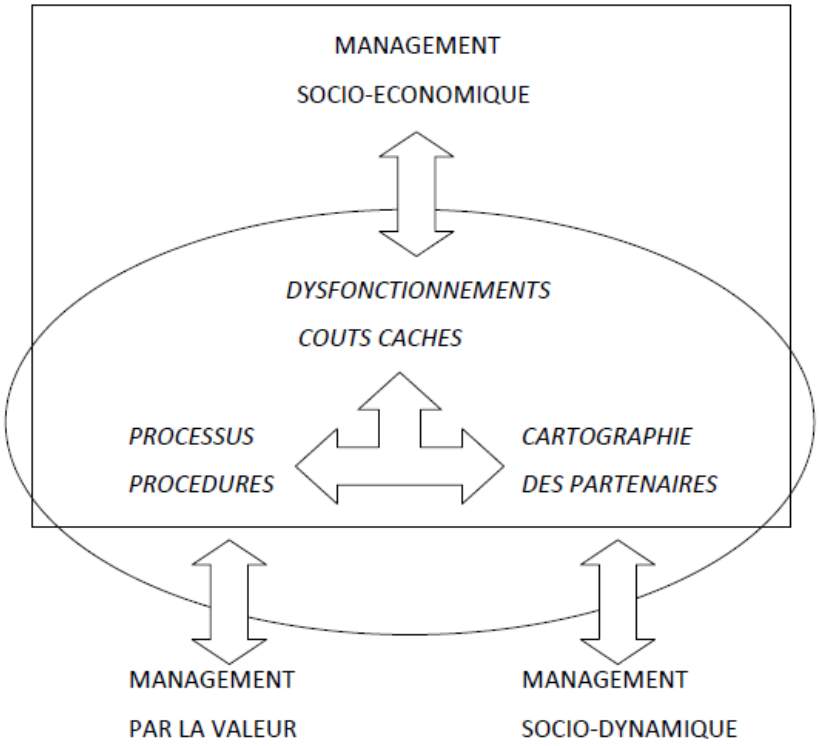
Dans le domaine de l'hôpital, le management par la valeur se heurte à un fonctionnement médical mécaniste qui veut que les procédures techniques suivent les protocoles médicaux. La définition d'une cible de fonctionnement commune aux acteurs, à travers des fonctions bien identifiées, est une approche d'ingénierie qui permet le pilotage de projets hospitaliers complexes dans un environnement de santé peu prédictif, avec comme objectif, l'efficience et la pérennité des services proposés. L'organisation hospitalière, bousculée par le développement du jeu de la concurrence entre établissements de santé, découvre ce mode de management qui mobilise des métiers, des services et qui doit également intégrer la trajectoire individuelle du patient en interaction avec chaque acteur et sa maladie. Cependant la difficulté est de standardiser des prises en charge car celles-ci conservent des caractéristiques individuelles et demandent un apprentissage spécifique et deviennent rapidement obsolètes (Bonnafini P. 2002).

L'analyse fonctionnelle, base de l'analyse de la valeur a trouvé d'autres développements avec l'Analyse des Modes de Défaillance de leurs Effets et Criticité (AMDEC). L'AMDEC est une méthode inductive d'analyse fonctionnelle qui quantifie les dysfonctionnements en termes de gravité, fréquence, probabilité et priorité à travers leur manifestation (mode), leur cause (origine), leur effet (résultat) et leur modalité de détection (pour éviter leur répétition). L'AMDEC a déjà été utilisée dans le domaine de la santé pour l'analyse de l'approvisionnement et des stocks de médicaments dans une pharmacie à usage intérieur (Lapointe C., Vidal B., Lux M., Gestions hospitalières, 2007). Mais si nous avons analysé le fonctionnement médico-pharmaceutique et celui des dotations de services, ce n'est pas seulement l'angle logistique quantitatif, ni uniquement celui du jeu des acteurs que nous avons choisi d'analyser. Nous nous sommes intéressé au fonctionnement global de l'organisation sous tous ses aspects, qualitatifs et quantitatifs. L'exemple anglo-saxon de la gouvernance clinique (abordée au chapitre IX), nous semble, à ce titre, intéressant. Ce modèle vise la qualité des soins et l'efficience des établissements du National Health Service en analysant à la fois les processus cliniques, et les synergies entre acteurs (Mirebeau S., 2010, p 12).

La démarche de management par processus est relativement bien intégrée sur notre terrain, notamment dans le cadre de l'amélioration du processus de traitement par chimiothérapies des patients à l'hôpital de jour (chapitre IV, section 2.IV.3.2.b) et l'amélioration du délai entre l'arrivée du patient et l'administration de son traitement. Mais la structuration des processus et des flux est souvent mise en place par des acteurs externes. Les pratiques des acteurs, souvent informelles, entrainent des ajustements mutuels coûteux (Moisdon J-C., 2008). C'est pourquoi nous cherchons à intégrer les différents outils méthodologiques présents au sein de nos terrains dans une démarche de management plus globale que les acteurs et leurs institutions essaieront de s'approprier progressivement.

Notre volonté a été de combiner différentes approches : management par la valeur et processus, socio-dynamie et cartographie des partenaires, approche dysfonctionnelle et management socio-économique (Cf. figure 32 ci-dessous).

Figure 32 : Approche intégrée de différents types de management



Cette construction managériale nous semble permettre d'appréhender de manière intégrée, rigoureuse et participative une démarche de changement de l'organisation, et d'inscrire les différents acteurs le long d'un processus clair de fonctionnement.

VI.3 Place des acteurs dans la chaîne médico-pharmaceutique

Hypothèse prescriptive n°6 : la proposition d'un schéma de chaîne médico-pharmaceutique permet un positionnement clair des acteurs dans le cadre d'un management global.

Le circuit du médicament répond à un cadre règlementaire précis. Cependant il n'apparaît pas évident que les acteurs aient une vision précise de l'ensemble du processus, du rôle de chacun et de ce que cela implique pour les autres. C'est pourquoi **nous proposons dans cette partie une représentation de cette chaîne médico-pharmaceutique intégrant à la fois les processus, le cheminement et les acteurs.**

VI.3.1 Modélisations du circuit du médicament

Le circuit de médicament, selon l'HAS (fiche thématique HAS, 2005) est une succession d'étapes réalisées par différents professionnels : la prescription, acte médical par excellence, la dispensation, acte pharmaceutique et l'administration, acte le plus souvent infirmier. Ce circuit est piloté par la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) (Cubaynes M-H., Noury D., Dahan M., Falip E., 2011) qui, en pratique, est maintenue dans la majorité des établissements, même si la loi HPST confie désormais la politique du médicament à la Direction en lien avec la commission médicale d'établissement. L'organisation de ce circuit est établie en commun par la pharmacie et les services cliniques. Des modalités telles que les étapes, les responsabilités, les acteurs, le recueil des évènements indésirables, la permanence de la réponse aux besoins, le suivi d'indicateurs de qualité ou la participation aux instances concernées, sont les bases règlementaires du **fonctionnement médico-pharmaceutique**.

- La **prescription** est assurée par un médecin qui au-delà de sa démarche diagnostique a averti le patient sur le rapport bénéfice-risque du traitement proposé ; la formulation de la prescription répond à un cahier des charges précis (nom, prénom, date de naissance,

date, heure, dénomination commune du médicament, dosage, forme et horaires de prise sur 24 heures, éventuelles dilutions…) ; la prescription informatisée, même si elle est non-obligatoire permet gain de temps, sécurité, traçabilité et partage des informations, comme exprimé dans notre hypothèse descriptive n°6.

- La **dispensation** est de la responsabilité du pharmacien qui analyse l'ordonnance («en fonction des moyens humains disponibles ») sous l'angle règlementaire et pharmaco-thérapeutique ; soit il la valide, soit il émet un avis thérapeutique au prescripteur. **L'analyse d'ordonnance** est un acte à forte valeur ajoutée qui demande des moyens humains et une organisation parfaitement bien pensée ; elle nécessite des compétences techniques mais aussi le développement de compétences organisationnelles. **Les préparations et reconstitutions** des chimiothérapies anticancéreuses font partie de l'acte de dispensation ainsi que la délivrance de tout médicament. **La délivrance** représente la mise à disposition des services cliniques des médicaments prescrits ; là aussi les modalités de délivrance font appel à des capacités d'organisation répondant aux besoins des services cliniques. La délivrance peut être nominative, préparée pour chaque patient ; elle peut être globalisée à partir d'un ensemble d'ordonnances, ou globale, suite à une commande du service concerné. La solution qui apparaît «idéale» est une validation d'ordonnance systématique et une délivrance nominative pour tous les patients. L'informatisation et le déploiement d'automates peuvent en partie répondre à l'allègement de ces activités, mais en pratique, les contraintes qui pèsent à la fois sur les moyens matériels et sur les effectifs imposent de faire des choix et de bien négocier la délivrance la mieux adaptée à chaque activité clinique. A titre d'exemple, la dispensation journalière hospitalière individuelle nominative (DJHIN) est plutôt adaptée à des patients qui restent hospitalisés dans des services de moyen ou long séjour avec des ordonnances qui varient peu. Inversement, ce type de délivrance convient moins à des patients dans des situations cliniques aigues, soumis à des prescriptions évolutives comme c'est le cas en soins intensifs ou réanimation ; dans cette configuration, la mise en place de dotations globales cogérées entre les personnels soignants et pharmaceutiques semble plus raisonnable. La difficulté est d'adapter la gestion du médicament aux différentes activités cliniques et de la co-construire avec les soignants pour tous les types de parcours-patients au sein de l'hôpital.

Toujours au cœur de la dispensation, l'information et les conseils de bon usage du médicament doivent être délivrés par le personnel de la pharmacie aux services cliniques comme aux patients ; le développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en est l'illustration récente. Enfin, le transport du médicament nécessite la mise en place de moyens sécurisés en termes de traçabilité, d'hygiène, de conditionnement et de lieu de réception.

- L'**administration des médicaments** prescrits est le plus souvent réalisée par l'infirmière (plus rarement par le médecin). L'infirmière doit vérifier la concordance de la prescription et du médicament préparé, ainsi que sa date de péremption ; elle doit effectuer les dernières manipulations (reconstitution), vérifications pratiques et conditions d'administration ; elle s'assure de l'identité du patient et enregistre l'administration et les éventuels incidents.
- La **gestion des dotations** dans les secteurs cliniques consiste en la mise en place d'une liste qualitative et quantitative de médicaments, notamment en cas d'urgence. La réception, le rangement, le retour des médicaments et la vérification des armoires font l'objet de modalités décidées ensemble entre la pharmacie et chaque service clinique. La gestion des dotations nécessite de définir parfaitement les tâches réalisées par les infirmières et par les préparateurs.
- La **surveillance thérapeutique du patient** permet de l'accompagner et de repérer la survenue des effets indésirables.

Comme nous venons de le voir, **l'intervention de la pharmacie est présente à chaque étape de la chaîne médico-pharmaceutique** : analyse de la prescription, bien évidemment dispensation, mais aussi gestion des dotations et surveillance thérapeutique. La coordination avec les autres acteurs est essentielle, que ce soit en termes de répartition des rôles comme d'information sur le déroulement même du circuit.

Nous pouvons représenter le circuit du médicament selon différents schémas.

La modélisation de la figure 33 ci-dessous indique les différents actes dans une logique de *continuum*, tel un chemin thérapeutique.

Figure 33 : Représentation du circuit du médicament

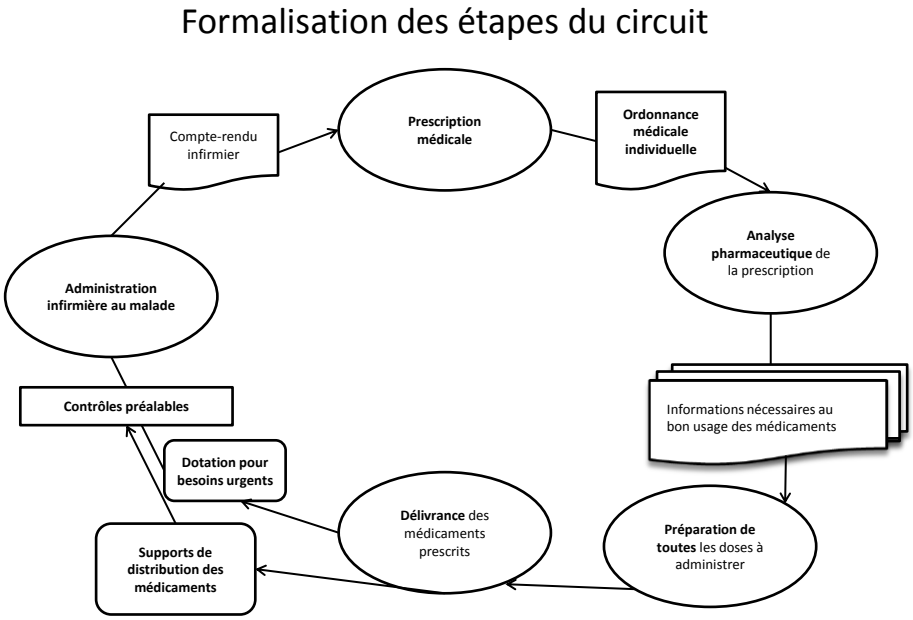


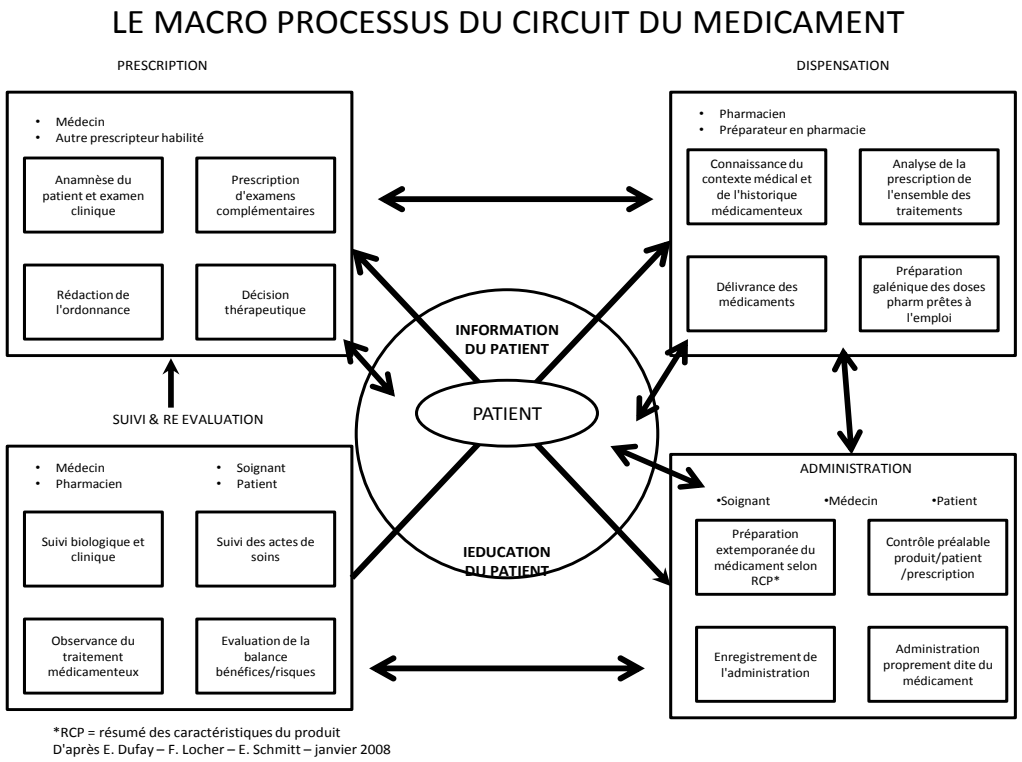
Schéma de principe du circuit du médicament

Source : Locher F., Guizard M.,2011

La figure 34 ci-dessous représente le circuit du médicament comme un processus imbriquant des micro-processus qui interagissent entre eux et autour du patient.

Ce schéma marque la différence de présentation entre l'ingénierie processus et le chemin clinique du schéma précédent.

Figure 34 : représentation circuit du médicament (IGAS, 2011)



Source: Dufay E., Locher F., Schmitt E. (2008)

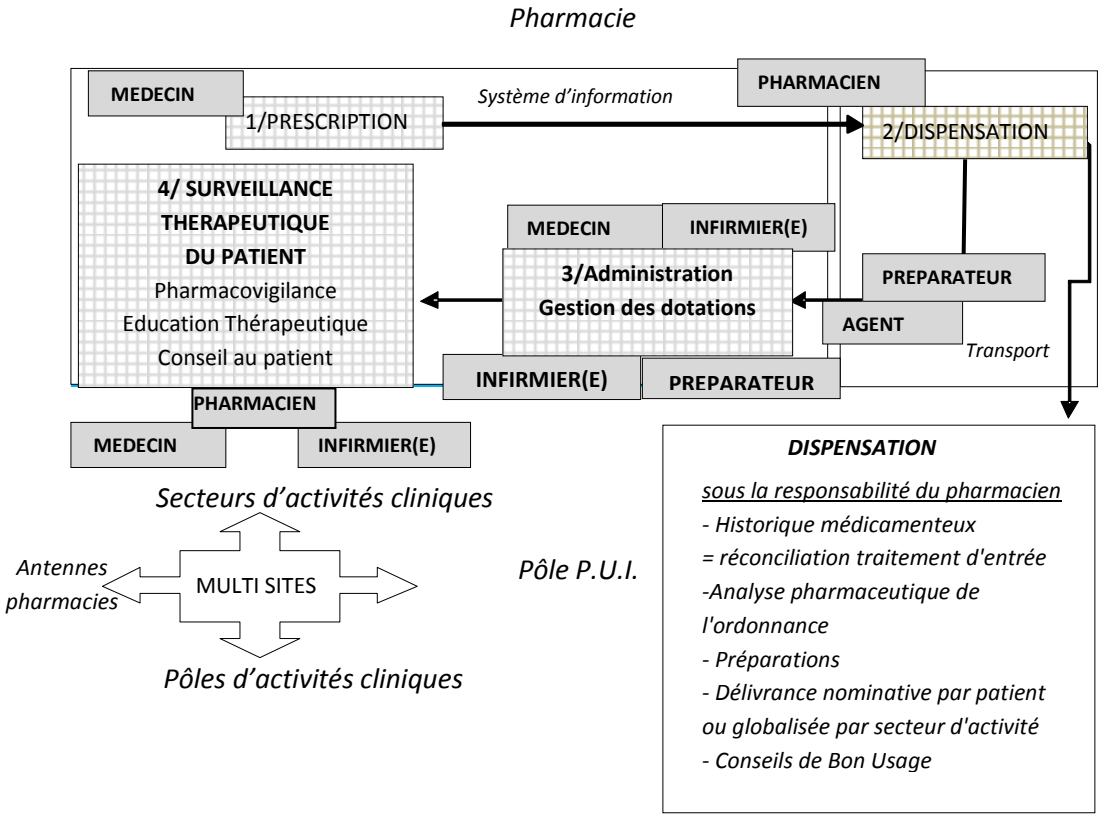
Le circuit du médicament est présenté ci-dessus comme un chemin thérapeutique ou comme un ensemble de processus. Fort de ces représentations, nous proposons ci-dessous notre approche du fonctionnement médico-pharmaceutique.

VI.3.2 Acteurs de la valeur : proposition d'un schéma du fonctionnement médico-pharmaceutique

Quelle que soit la vision logistique ou clinique, plus ou moins compartimentée ou fluide du circuit du médicament, la question de son bon fonctionnement reste la bonne coopération des acteurs médico-pharmaceutiques afin que le patient ait le bon médicament au bon moment.

Notre schéma ci-dessous propose à la fois de définir simplement les actes pharmaceutiques pour qu'ils soient bien compris de tous, et de **positionner les acteurs sur ce chemin thérapeutique pour bien identifier les zones de coopération indispensables.**

Figure 1 : Circuit du médicament, positionnement des acteurs et des activités (*op. cit.* au chapitre I, M. Frachette d'après : Haute Autorité de santé, 2005)



Ce processus demande la réalisation de toute une série d'étapes.

Celles-ci sont au nombre de cinq :

- une demande de médicament *via* une prescription correctement rédigée,
- une analyse de l'ordonnance et de l'historique médicamenteux,
- une préparation rigoureuse et une délivrance correctement organisée,
- une surveillance thérapeutique par tous les acteurs.

L'articulation entre chaque étape est la condition de la réalisation de la suivante, à savoir :

- une bonne transmission de la prescription *via* des canaux si possibles informatisés et traçables,
- un acheminement des médicaments et un stockage rigoureux,
- une réconciliation du traitement en fin d'hospitalisation pour préparer la sortie du patient et sa prise en charge dans un autre établissement ou en ambulatoire.

Ce type de schéma de fonctionnement met en évidence une organisation et aussi des acteurs, donc à la fois des comportements et des structures. L'approche structuraliste défend l'impact premier des structures sur les comportements humains alors que l'approche comportementaliste (*behavioriste*) identifie les comportements humains comme prépondérants en termes de résultats. D'autres auteurs défendent que ni l'organisation des structures seule, ni les comportements ne permettent à eux seuls l'atteinte de résultats. Selon H Savall et V. Zardet (2003), ce sont les interactions synchronisées entre les structures et les comportements qui produisent l'activité attendue.

Concernant notre chaîne médico-pharmaceutique, son fonctionnement impose à la fois une réalisation précise de chaque étape et des acteurs qui coopèrent entre eux :

- la relation médecin - pharmacien concernant la prescription et sa validation assure la qualité de la prescription,
- la bonne coordination pharmacien – préparateur permet la préparation et la délivrance des médicaments pour chaque patient dans les délais impartis,
- la coopération préparateur – agent – infirmière assure la livraison et le stockage dans des conditions optimales de sécurité.

C’est pourquoi, nous avons rappelé la place des acteurs à chaque étape du processus. Le schéma indique que cette activité médico-pharmaceutique a lieu entre la pharmacie et les services cliniques, mais qu’elle peut se dérouler également entre plusieurs services cliniques, sur différents sites et antennes pharmaceutiques.

Pour construire ce fonctionnement médico-pharmaceutique, nous sommes du chemin thérapeutique et des étapes du processus pour arriver finalement à un schéma global que nous voulons pédagogique. Ce schéma permet de repérer le périmètre d’action de chaque métier et de bien comprendre la partie pharmaceutique souvent cachée ou peu connue. Le but étant que chaque acteur prenne conscience des zones de coopération indispensables à un fonctionnement médico-pharmaceutique destiné au patient.

La prise de conscience croissante des risques thérapeutiques par les patients, les politiques et les professionnels de santé a amené à renforcer les cadres normatifs. Le pilotage du médicament doit relever les impératifs de sécurité et donc de bonne gestion ; il doit aussi renforcer les processus pour créer la valeur attendue. Mais **ces notions de processus et de circuit se heurtent à un fonctionnement souvent mécanisé, cloisonné. C’est pourquoi nous insistons sur les places et rôles des acteurs au sein de cette chaîne de la valeur médico-pharmaceutique.**

3ème Partie

PLACE et ACTIVITÉS du PHARMACIEN

dans L'UNIVERS HOSPITALIER :

ÉVOLUTIONS et PERSPECTIVES

La pharmacie occupe une place centrale au cœur de la sécurité des soins ; elle gère pour et avec les services cliniques l'aspect médicamenteux du soin et est l'enjeu d'une gestion à la fois technique et organisationnelle, à mi-chemin entre le respect de la règlementation et l'articulation avec les soignants. Pourtant la pharmacie reste encore souvent perçue comme un acteur logistique, chargé de contrôler l'utilisation des produits de santé. Notre travail tente de mettre en lumière l'implication de la pharmacie auprès des soignants, qui représente une vraie valeur ajoutée en termes de bon usage des produits de santé sous ses différents aspects pharmaco-cliniques et organisationnels.

Cette troisième partie de trois chapitres traite de l'évaluation de notre travail en termes de coopération entre services cliniques et pharmacie et de la légitimité que la pharmacie peut en retirer. L'évaluation de la recherche-intervention, notamment sur ses principaux projets, la production de résultats en termes de coopération et l'enracinement de l'approche jusqu'aux résultats de la certification du circuit du médicament sont abordés au chapitre VII.

Le chapitre suivant (VIII) traite des conditions de la légitimité du pharmacien et de son équipe, de l'impact des dysfonctionnements sur cette légitimité et propose une action de formation au pilotage des activités médico-pharmaceutiques. Enfin le dernier chapitre de notre travail (IX) aborde la question sensible de la perception du management par les professionnels de santé à l'hôpital ; il expose les activités cliniques à forte valeur ajoutée que le pharmacien peut piloter et enfin, propose des solutions pour renforcer la posture managériale du pharmacien. En ce sens, nous pensons que le fonctionnement du circuit du médicament nécessite un pilotage initié par la pharmacie.

CHAPITRE VII

ACTIONS DE COOPÉRATION ET OUTILS DE GESTION :

ÉVALUATION LONGITUDINALE DE LA RECHERCHE-INTERVENTION

Ce chapitre décrit les pistes d'actions et les résultats, notamment sur les projets engagés (VII.1). Il évalue les résultats de terrain à l'issue de la recherche-intervention et leur impact sur la coopération entre acteurs (VII.2). Enfin, il met en perspective les actions engagées en termes d'enracinement de l'approche et ses conséquences à l'occasion de la certification d'un des établissements (VII.3).

VII.1 Production de résultats d'évaluation consécutive au déploiement d'actions de management

Hypothèse descriptive n°7 : La production de résultats d'évaluation par les acteurs est possible grâce à l'appropriation d'une méthode et d'outils.

L'hôpital rejoint de nombreuses organisations industrielles, en ce sens où la production de résultats répond au souci d'améliorer le couple ressource-produit.

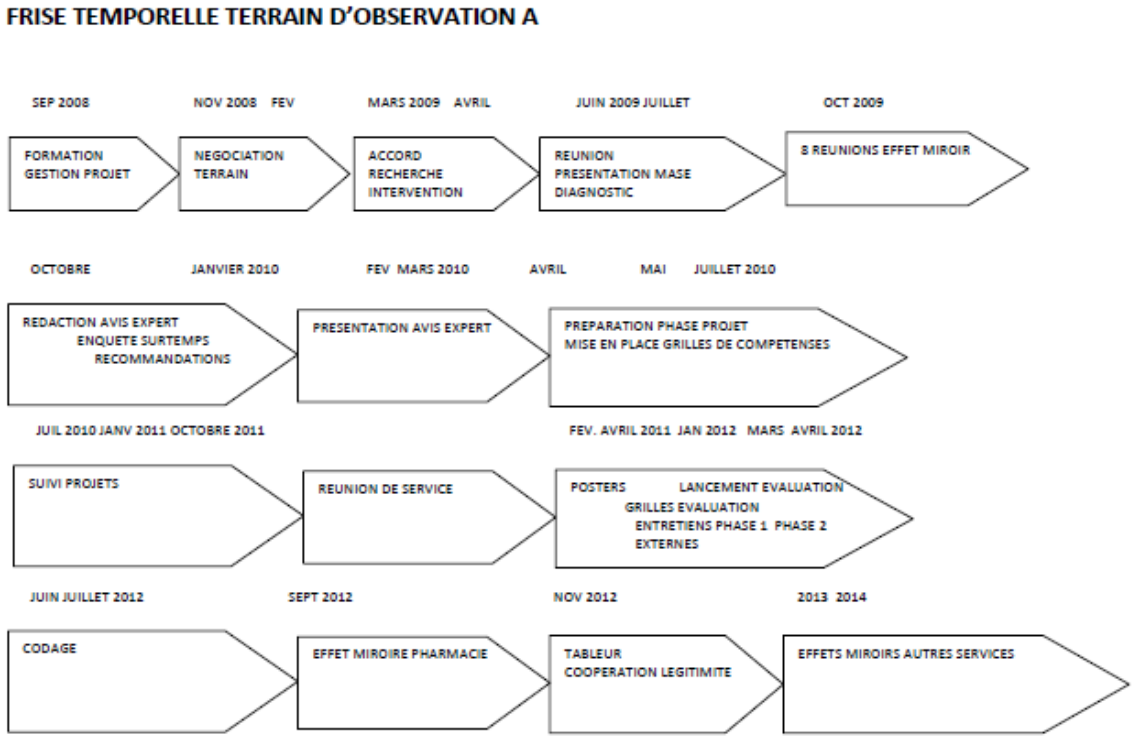
Mais cette nouvelle approche représente un changement culturel important qu'il convient d'accompagner. C'est pourquoi nous préconisons une démarche complète, du diagnostic à l'élaboration des projets, à la mise en place d'outils partagés, jusqu'à l'évaluation des effets observés. Nous verrons en quoi les productions étudiées ont un impact sur les mécanismes de coopération entre les groupes d'acteurs ainsi que sur les conditions d'enracinement d'une nouvelle approche de management.

Parmi les projets étudiés, nous en avons volontairement sélectionné deux réalisés au cours de notre recherche-intervention sur le terrain A : le projet de dotation de médicaments dans un service de cardiologie et celui de l'administration des chimiothérapies en hôpital de jour.

VII.1.1 Évaluation du terrain A et mise en œuvre des projets «dotation» et «chimiothérapie»

Le terrain d'observation scientifique A a commencé fin 2008 par la négociation du terrain ; le diagnostic a réellement débuté en 2009 pour se terminer en 2013 par l'évaluation des résultats.

Figure 18 : Frise longitudinale du terrain A (*op. cit.* au chapitre IV)



L'effet miroir d'évaluation du terrain A qui a permis d'effectuer une photo de la situation à la fin de la recherche-intervention a été rendu en septembre 2012 comme l'illustre la frise temporelle ci-dessus.

Entre la fin de la phase diagnostic, les recommandations du printemps 2010 et l'évaluation finale qui a démarré en janvier 2012, les projets retenus (Cf. partie 1.IV.3) ont été mis en place et suivi. Pour rappel, ces projets s'inscrivent dans les programmes de la stratégie 2014 du service pharmacie de l'hôpital (Cf. partie 1.IV.1.1).

Nous avons suivi plus particulièrement deux actions spécifiques concernant le circuit du médicament : la mise en place des dotations de médicaments et le processus des chimiothérapies anticancéreuses. Ces deux projets sont inscrits dans le programme LOGIQS (Logistique Organisation Gestion Informatisation Qualité Sécurité) qui intègre les bonnes pratiques de gestion et la mise en œuvre de processus adaptés.

Le projet dotation a été défini comme prioritaire suite à l'inspection pharmaceutique de 2010. Ce projet dotation s'inscrit dans le cadre du contrat signé avec chaque service**.** L'objectif sanitaire est que le patient ait le bon médicament au bon moment comme l'indique le contrat entre le service pharmacie et chaque service clinique (Cf. extrait dans la figure 35 ci-après).

Figure 35 : Contrat de partenariat entre la pharmacie et un service clinique

PARTENARIAT : PHARMACIE/SERVICE

SERVICE :

«Le bon médicament, au bon patient, au bon moment au bon endroit, en bonne quantité et au meilleur coût»

OBJETS

Le présent contrat définit l'organisation des prestations et conditions dans lesquelles sont réalisés l'approvisionnement, la détention, le rangement et le stockage des médicaments entre la Pharmacie et le service.

Il a pour objectifs de :

- Développer un partenariat entre la pharmacie et les unités de soins autour du médicament,
- Valoriser l'activité pharmaceutique (préparateur, pharmacien) dans l'unité de soins,
- Adapter la dotation des besoins urgents en fonction de l'activité clinique,
- Prévenir l'erreur médicamenteuse évitable,
- Maîtriser les processus de gestion des médicaments à l'hôpital «entre la pharmacie et unités de soins»,
- Pérenniser le projet (indicateurs de suivi).

PÉRIMETRE

Médicaments	Liste	Source	Support commande
Dotation globale	Dotation service	Livret thérapeutique ABC	Phedra
Dotations globalisées	Dotation service	Livret thérapeutique ABC	Phedra
Hors dotation*	Pas de liste	Livret thérapeutique ABC ou AGEPS	Prescription Phedra Bons urgence*
A dispensation nominative stricte*	Liste hôpital	Livret thérapeutique ABC ou AGEPS	Prescription Phedra Ordonnance spécifique
Traitements personnels	Pas de liste	Hors livret	Prescription Phedra Bons urgence*

* la commande de ces médicaments est faite obligatoirement :

1. Sur prescription Phedra (logiciel de prescription) si le service dispose de la prescription informatisée
2. Sur ordonnance spécifique ou bon d'urgence avec étiquette Gilda pour les autres services.

Ce contrat, repris du modèle réalisé entre la pharmacie et le service cardiologie de l'hôpital A (Cf. partie IV.3.2.a) doit permettre une meilleure gestion des dotations entre la pharmacie et tous les services de l'hôpital. Il précise les objectifs de la pharmacie concernant le circuit du médicament à destination du service clinique ainsi que les modalités de chaque type de médicament, qu'il soit en dotation globale dans une armoire du service ou à dispensation nominative par patient.

Ce contrat organise également la présence pharmaceutique dans les services pour une collaboration efficace entre pharmacie et chaque service clinique (Cf. figure 36 ci-après).

Figure 36 : Présence pharmaceutique dans les services cliniques

	Présence des préparateurs dans les unités de soins "MEDICAMENTS DANS LES US"	Page 275 sur 1 Réf. : Date d'application : 01-04-2012

SERVICE : ……Nom préparateur : ……..

Date : ……Temps : ……..

Présence cadre ou IDE : Oui Non

Consignes :

1. **Etre accompagné lors de la première visite dans le service**
2. **Prendre une grille par service (classeur dotation sous-sol)**
3. **Relever les dysfonctionnements au niveau : local médicament + poste de soins + chariot d'administration**
4. **Relever les dysfonctionnements observés et renseigner les items**
5. **Ranger la grille par service (classeur dotation sous-sol).**

A	LOCAL MEDICAMENT	OUI	NON	Dysfonctionnements REMARQUES
	Le local est fermé			
	Aucun médicament n'est stocké au-dessus de l'armoire			
	Tous les médicaments sont rangés dans leur emplacement dédié			
	Les plaquettes sont bien découpées «conformes»			
	Flacons multidoses ouverts avec date d'ouverture			
	Pas de médicaments périmés (frigo aussi)			
	Tous les médicaments sont identifiables			
	Les traitements nominatifs sont retournés à la pharmacie si le patient sorti (frigo aussi)			
	Des traitements personnels sont retrouvés			
	Médicaments hors dotation sont retrouvés			
	Difficultés à accéder au local (clé ? digicode)			
	POSTE DE SOINS			
	Médicaments accessibles dans le poste de soins			
	CHARIOT ADMINISTRATION			
	Chariot fermé			
	Médicaments accessibles au-dessus			
	AUTRES COMMENTAIRES			

Cette présence pharmaceutique dans les services répond à des activités techniques précises, comme gérer le local médicament des services. Elle est une contrepartie clé de la collaboration attendue par les soignants vis-à-vis de la pharmacie. Cet engagement, identifié lors du diagnostic est une des conditions de fonctionnement au moment du passage aux dotations globalisées dans les services. Ce travail dans les services est l'occasion pour les personnels de la pharmacie d'accompagner les soignants.

Pour compléter la bonne implémentation du projet LOGIQS, un certain nombre d'indicateurs partagés ont été mis en place comme l'indique le tableau 31 ci-dessous.

Tableau 31: Indicateurs du projet LOGICS, hôpital A

RÉSULTATS ATTENDUS	INDICATEURS	EXIGENCE
Corréler les dépenses entrées/sorties	Montant du stock	1 million +/- 10 %
Diminuer les lignes de commandes hors commandes hebdomadaires	Nombre de lignes manuelles *par rapport au …* Nombre de lignes totales	< 0 .2
Clôturer les déclarations dans logiciel OSIRIS (trimestre)	Nombre de déclarations clôturées // nombre total	1
Communiquer les informations à la pharmacie centrale	Nombre de courriers transmis de la pharmacie centrale // nombre de courriers reçus	100 %

Ces indicateurs sont le montant des stocks, le nombre de lignes de médicaments figurant sur les bons d'urgence, les déclarations d'évènements médicamenteux (entrés dans le logiciel OSIRIS) et la communication avec la pharmacie centrale. Dans le cadre de dotations globales il sera utile de suivre la gestion des médicaments situés dans ces stocks déportés.

Dans le cadre de ces contrats la pharmacie s'engage à :

- restituer périodiquement le nombre de «bon d'urgence» (médicament en dotation et hors dotation)
- informer sur les ruptures de médicaments et dans la mesure du possible sur les délais de rupture.

Le service clinique s'engage à :

- assurer la communication relative au contrat de service auprès des professionnels de l'unité de soin,
  -assurer la formation relative aux bonnes pratiques de gestion et de rangement. La pharmacie participe aux sessions de formation.
- respecter les temps d'ouverture de la pharmacie (tranches horaires pour les bons d'urgence)
- respecter les jours et les horaires des commandes.

Cette contractualisation redéfinie suite aux enseignements du diagnostic en termes de coopération insiste sur la bonne gestion des bons d'urgence, dysfonctionnement emblématique du circuit du médicament. Pour rappel, un bon d'urgence correspond à la commande, à titre exceptionnel, d'un médicament non disponible ou substituable par un autre dans la dotation du service et devant être administré au patient dans les meilleurs délais. Lors du diagnostic sur l'hôpital A (comme au sein de nos autres terrains d'observation scientifique), nous avions constaté que ces bons d'urgence devenaient une pratique de commande standard, peu tracée, et remplaçant le processus des prescriptions sécurisées dans un nombre important de cas, ou en tous les cas, dans des situations ne relevant pas forcément d'une urgence thérapeutique.

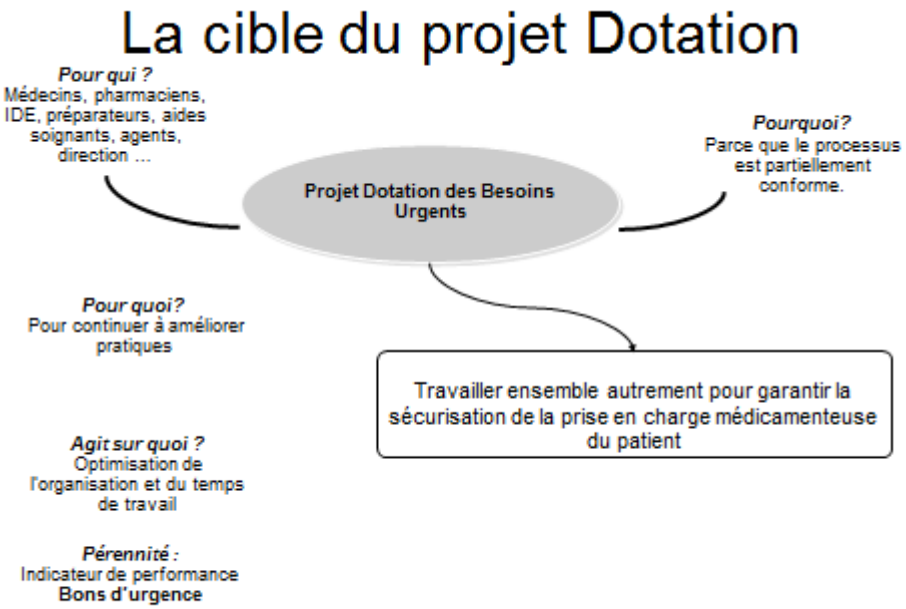
Lors de notre diagnostic en 2010, pour le seul service cardiologie, nous avions relevé entre 80 et 90 bons mensuels sur lesquels figuraient entre 100 et 150 lignes correspondant à un médicament différent. De plus les demandes de médicaments en urgence pour des produits pourtant disponibles dans la dotation représentaient 80 à 90 lignes à eux seuls.

Ce dysfonctionnement à lui seul, pour le seul service cardiologie représentait presque deux mois de travail à temps plein (Cf. enquête sur les surtemps partie 2.IV.2.3). C'est

pourquoi la pharmacie a instauré ce suivi des dotations, tant en augmentant l'interaction avec les services cliniques, qu'en mesurant les bons d'urgence à l'aide d'indicateurs.

Au-delà des processus mis en place, la cible recherchée du projet dotation vise une coopération organisée entre pharmacie et soignants afin d'améliorer les pratiques et sécuriser le processus (Cf. figure 37 ci-après).

Figure 37 : Cible du projet dotation, hôpital A



La cible du projet dotation des besoins urgents est de travailler ensemble entre pharmacie et services cliniques pour garantir la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. La figure 37 ci-dessus explique les raisons (pour quoi), les destinataires (pour qui), les moyens (optimisation de l'organisation), le suivi (indicateurs) et le but final en termes de travail collectif autour de la prise en charge médicamenteuse.

Afin d'organiser ce suivi, un tableur a été mis en place (Cf. tableau 32 ci-après). Il recense le nombre de bons d'urgences mois par mois. Sa mise en place a été difficile, notamment l'extraction manuelle des données informatiques.

Tableau 32 : Suivi du nombre de bons de médicaments d'urgence du service cardiologie de l'hôpital A entre 2010 et 2012.

SERVICE CARDIOLOGIE -SUIVI DOTATION depuis 2010

SUIVI DOTATION CARDIOLOGIE 2010	JUIN	JUILL	AOUT	SEPT	OCT	NOV	DEC
Nombre DE BONS*	35	36	44	26	30	35	34
NBRE DE LIGNES EN DOTATION	83	93	85	34	24	39	44
NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	33	35	59	30	27	39	42
NBRE total DE LIGNES	116	128	144	64	51	78	86

Moyenne du nombre de lignes/bon	3,31	3,56	3,27	2,46	1,70	2,23	2,53

SUIVI DOTATION CARDIOLOGIE 2011	JAN	FEV	MAR	AVR	MAI	JUIN	JUILL
NBRE DE BONS*	42	33	36	39	17	27	31
NBRE DE LIGNES EN DOTATION	65	39	35	65	36	36	52
NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	44	39	44	53	16	28	29
NBRE total DE LIGNES	109	78	79	118	52	64	81

Moyenne du nombre de lignes/bon	2,6	2,36	2,19	3,03	3,06	2,37	2,62

SUIVI DOTATION CARDIOLOGIE 2011	AOU	SEP	OCT	NOV	DEC
NBRE DE BONS*	39	29	41	32	34
NBRE DE LIGNES EN DOTATION	71	44	38	50	21
NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	29	29	31	36	38
NBRE total DE LIGNES	100	73	69	86	59

Moyenne du nombre de lignes/bon	2,56	2,52	1,68	2,69	1,74

SUIVI DOTATION CARDIOLOGIE 2012	JAN	FEV
NBRE DE BONS*	45	34
NBRE DE LIGNES EN DOTATION	73	25
NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	52	37
NBRE total DE LIGNES	125	62

Moyenne du nombre de lignes/bon	2,78	1,82

Il ressort de l'analyse ci-dessus, effectuée entre mi 2010 et mi 2012, que le nombre de lignes sur les bons d'urgence, c'est-à-dire de médicaments commandés par bon ont rapidement diminué en 2010 (d'une fourchette de 110-140 à 50-70 lignes). Il varie ensuite fortement en 2011 et 2012 en fonction du suivi. Le nombre de bons lui-même est relativement stable et difficile à faire diminuer. Il ressort donc que c'est le nombre de lignes, c'est-à-dire le nombre de médicaments demandés par bon qui réagit le mieux au suivi. Nous pouvons faire l'hypothèse que quand un bon d'urgence comporte peu de lignes de médicaments, c'est que la demande présente un certain niveau d'urgence, alors que quand le nombre de lignes de médicaments par bon explose, il s'agit plus d'un réassort effectué en dehors des procédures.

Ce dysfonctionnement est-il une question de relation à l'urgence ou bien le signe d'un non-respect des procédures ? Il s'agit tout au moins d'une distorsion entre la perception du risque iatrogénique et de sa nécessaire et contraignante traçabilité.

La responsable du projet relie également la baisse des bons d'urgence à la présence pharmaceutique dans les services de soins et aux actions de formation et de communication. Elle a entamé une analyse de la corrélation entre le nombre de bons d'urgence et de lignes par bon et la présence de la pharmacie dans les services pour des actions de sensibilisation.

Sept services bénéficient de ce suivi dont le service de cardiologie, partenaire initial du projet de dotation (Cf. tableau 33 ci-dessous).

Tableau 33 : Suivi des bons d'urgence par service au sein de l'hôpital A

Services	Hôpital A	TOTAL 2011	Temps de présence pharmacie dans les services Mai - juin 2011
Réanimation médicale	NBRE DE BONS*	185	
	NBRE DE LIGNES DOTATION	110	
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	105	
	NBRE total DE LIGNES	**215**	
Pédiatrie B	NBRE DE BONS*	63	
	NBRE DE LIGNES DOTATION	60	
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	54	
	NBRE total DE LIGNES	**114**	
Pédiatrie A	NBRE DE BONS*	144	
	NBRE DE LIGNES DOTATION	240	
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	103	170 minutes
	NBRE total DE LIGNES	**319**	
Réanimation chirurgicale	NBRE DE BONS*	342	
	NBRE DE LIGNES DOTATION	321	
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	245	
	NBRE total DE LIGNES	**566**	
Pneumologie	NBRE DE BONS*	312	
	NBRE DE LIGNES DOTATION	334	
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	419	85 minutes
	NBRE total DE LIGNES	**818**	
Cardiologie	NBRE DE BONS*	293	
	NBRE DE LIGNES DOTATION	443	
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION	311	30 minutes
	NBRE total DE LIGNES	**754**	

TOTAL	
	NBRE DE BONS*
	NBRE DE LIGNES DOTATION
	NBRE DE LIGNES HORS DOTATION
	NBRE total DE LIGNES

Ce tableau indique le nombre de bons d'urgence par service en 2011. Pour rappel les bons d'urgence doivent correspondre uniquement à des demandes exceptionnelles hors circuit de prescription sécurisé et non à des demandes permanentes de réapprovisionnement comme c'est souvent le cas. Les données mensuelles indiquent des variations dont l'analyse ne permet aucun enseignement à ce stade, raison pour laquelle nous ne les avons pas indiquées dans le tableau ci-dessus. Le service pharmacie a entamé un suivi parallèle du nombre de bons d'urgence et du temps de présence des préparateurs dans les services afin de vérifier l'impact des actions de formation et d'éducation sur la baisse du nombre de demandes de médicaments hors circuit sécurisé de prescription. Ce suivi effectué sur les mois de mai et juin 2011 ne permet pas de tirer à ce jour de conclusion et sera intéressant à analyser sur une longue période.

Au-delà des aspects gestionnaires, l'objectif pharmaceutique est de s'assurer de la sécurisation du circuit du médicament. À cet effet, un certain nombre d'actions ont été identifiées pour être tracées (Cf. figure 38 ci-dessous).

Figure 38 : Actions et moyens de sécurisation du circuit du médicament

Sécurisation du circuit du médicament

Actions		Moyens
☐ Prescription médicale		☐ Informatisation si possible
☐ Obligatoire, datée, signée		☐ Phedra
☐ Compréhensible lisible SI		☐ Analyse pharmaceutique
☐ Liste de médicaments définie		
☐ Quantitatif/qualitatif		☐ Liste de dotation signée
☐ Commande – réception -stockage		☐ Contrat de service
☐ Qui commande ? Réceptionne ?		
☐ Qui contrôle ? Qui range ?		
☐ Gestion des pharmacies		
☐ Rangement, péremption		☐ Préparateur dans l'US
☐Pas de médicament, hors dotation stockés +++		☐ Armoires sécurisées ??
☐ Gérer le nominatif		
☐ Gestion des traitements perso		☐ Identifier +++

Ces actions comprennent les étapes du circuit du médicament, de la prescription à la gestion complète des dotations de service. Les moyens déployés consistent en l'informatisation, les documents signés et enfin la présence des préparateurs dans les services de soin.

Ce projet «dotation», a pour objectif une meilleure gestion et une traçabilité accrue, gages de sécurité. Même si l'atteinte de cet objectif de sécurité est difficilement vérifiable, la procédure et les indicateurs de mesure sont en place et peuvent être vérifiés à l'occasion de le certification du circuit du médicament.

Le **projet «HDJ chimio»** quant à lui a pour objectif d'améliorer le flux de patients devant recevoir une chimiothérapie anticancéreuse en hôpital de jour (HDJ).

Rappelons que selon J-C. Moisdon et D. Tonneau (1999, *op. cit.*), «l'objectif d'efficience à l'hôpital est de faire passer les malades dans un minimum de services sur un minimum d'équipement». Compte tenu d'un parcours de soins en cancérologie complexe, la pertinence de ce projet est apparue évidente à tous les acteurs. Afin de situer ce travail, nous faisons référence à un atelier qui s'est tenu à Londres les 24 et 25 juin 2007 intitulé «London framework for achieved high performance in cancer care». L'objectif était de fournir des mesures et des sources de données appropriées ; la performance des soins qui en résulte a été guidée par trois recommandations : la mesure des pratiques par indicateurs, le recueil de données *via* des registres, des rapports de performance en termes de morbi-mortalité. Pour y parvenir, deux principaux leviers doivent être mis en place : la coordination entre établissements et directions et l'engagement des acteurs.

C'est dans ce même état d'esprit que le Chef de service pharmacie de l'hôpital A a engagé la mise à plat coopérative du parcours patient en hôpital de jour sous chimiothérapie. Le projet a commencé par l'étude des dysfonctionnements dans les différentes étapes de ce parcours de soins. Cette approche indique l'intérêt d'un traitement qualitatif et quantitatif des dysfonctionnements de ce processus - en l'occurrence le parcours patient sous chimiothérapie - selon la méthodologie de management déployée sur ce terrain.

Entre février et avril 2011, un premier travail de simplification du processus a été réalisé, en travaillant sur ses dysfonctionnements. Il est à noter que cette approche a été réalisée en totale autonomie par le groupe projet qui s'est ainsi approprié la méthodologie de diagnostic dysfonctionnel. Les points qui ont fait polémique ont concerné notamment l'étalement de l'arrivée des patients «*on n'est pas tous d'accord sur l'étalement des patients*» (management HDJ, hôpital de jour) et l'agencement des locaux (éloignement- 4 étages- entre l'hôpital de jour où est administré le traitement et l'unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques ou chimiothérapies [URCC]) «*l'HDJ au sous-sol et l'URCC au 3è étage impose 3 à 4 aller-retours dans la matinée, environ 1h de temps infirmier perdu*.». Ce dernier point doit être résolu avec l'arrivée de l'hôpital de jour unique début 2012.

Suite à l'analyse des dysfonctionnements, effectuée début 2011, un indicateur de mesure a été retenu : le temps passé avant l'administration du traitement. Les mesures ont été réalisées en avril 2011 et octobre 2011 (Cf. tableau 34 ci-dessous).

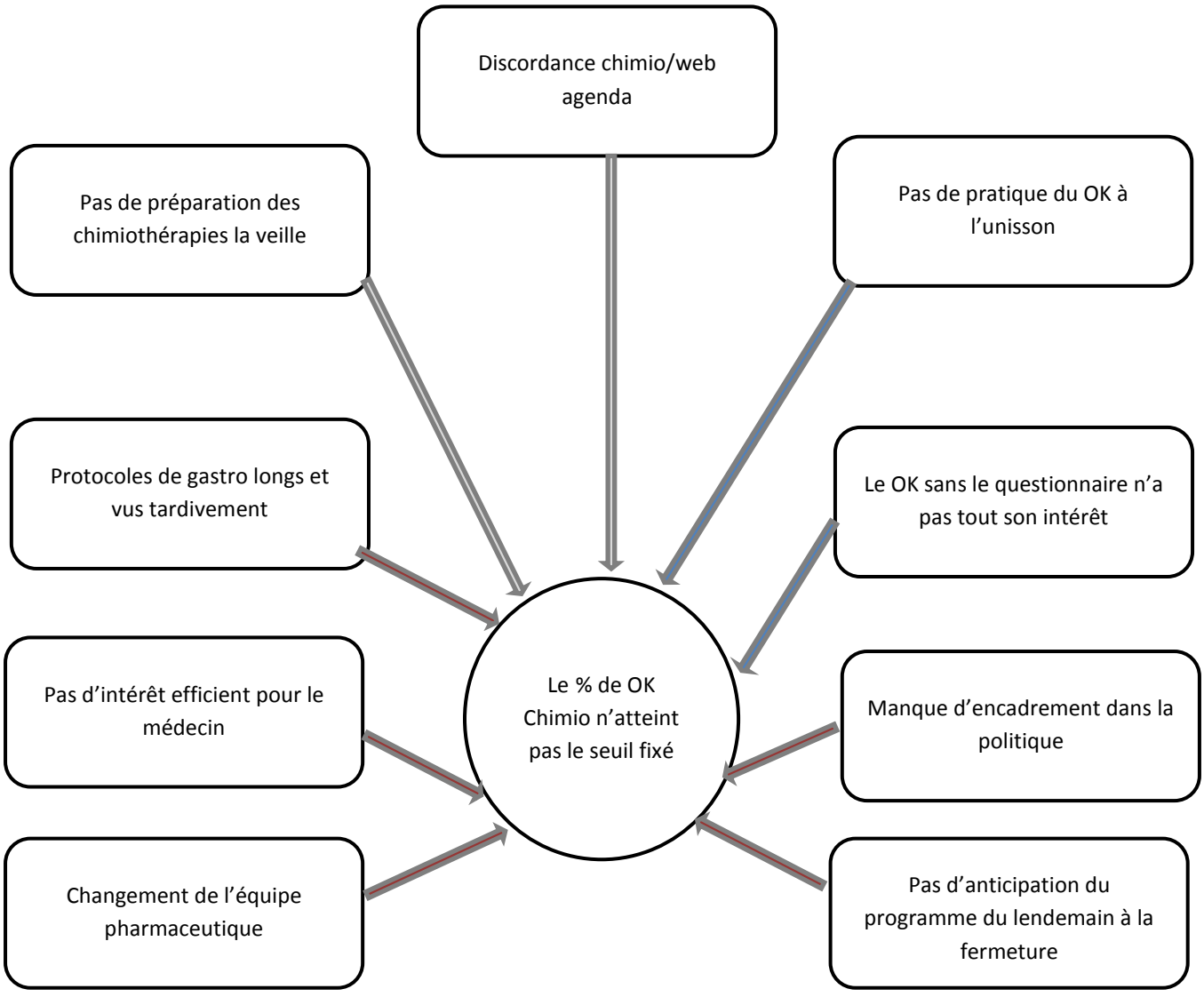
Tableau 34 : Indicateurs d'efficience du parcours patient sous chimiothérapie (complément au tableau 18 de la partie IV.3.2.a)

Indicateur	**avril-11**	**octobre-11**
Nombre de patients	46 (36 médecine, 10 HGE)	69 (52 médecine, 17 HGE)
Délai entre admission et première perfusion de CT	m=2h42 [1h;3h10]	m=1h56 [1h;4h30]
Délai entre admission et première administration de médicament (prémédic ou CT)	m=1h46 [20 min ; 4 h 50]	m=49min [2min;3h26]
Nombre de ok chimio la veille ou avant 9h30	7 soit 15 %	14 soit 20,3 %
Délai entre ok chimio et passage à l'état préparé	m=65min [20min;2h]	m=58min [17min;1h50]
Heures d'arrivée des patients	7h30-8h30 : 8,9 %,	7h30-8h30 : 16 %,
	8h30-9h30 : 66,7 %	8h30-9h30 : 47,8 %
	9h30-10h30 : 22,2 %	9h30-10h30 : 23,2 %
	>10h30 : 2,2 %	>10h30 : 13 %

Il ressort de cette étude un gain de presque une heure en moyenne sur le délai entre l'admission et l'administration, un passage de 15 à 20 % de «OK chimio» (accord médical pour lancer la production du traitement) la veille, et un étalement des patients sur toute la matinée avec une réduction de 20 % sur le pic 8 heures 30 – 9 heures 30.

L'objectif de «OK chimio» la veille n'étant pas atteint, le groupe a recherché les causes racines de ce dysfonctionnement (Cf. figure 39 ci-dessous).

Figure 39 : Causes racines de la non-atteinte du pourcentage de «OK chimio»

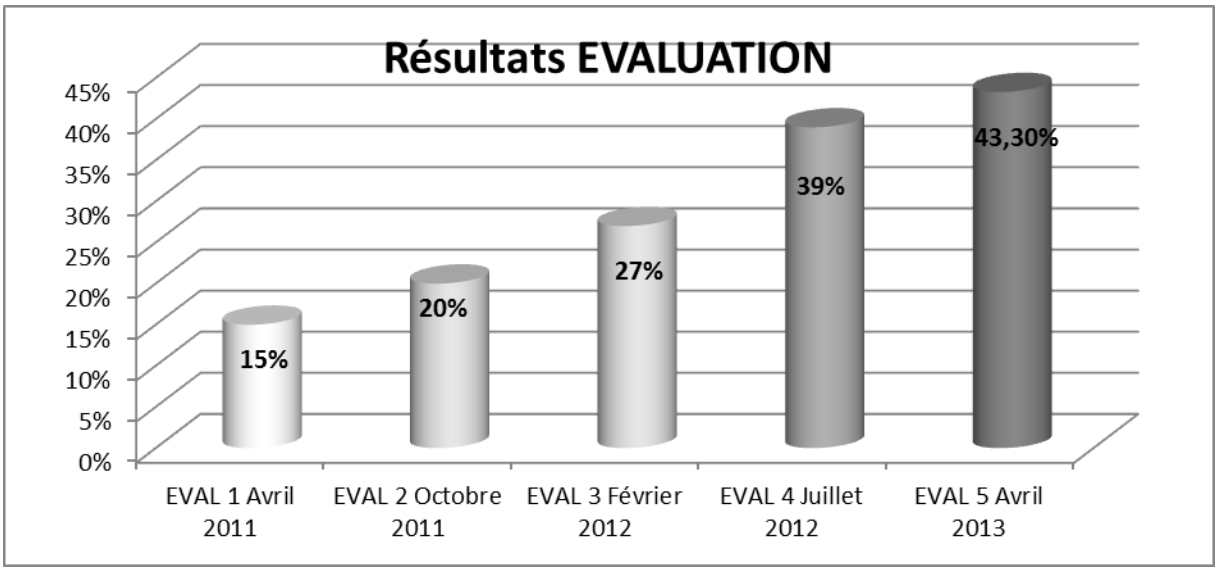


Le dysfonctionnement a plusieurs origines : une absence d'anticipation en fin de journée, un problème de relais informatique entrainant une absence de préparation la veille, un «OK chimio» fourni sans données précises, un problème de protocole médical non réglé en amont et au global un problème de qualité de coopération tant du côté de la pharmacie que du service clinique.

L'anticipation de la préparation des poches de chimiothérapie représente une source d'efficience, il a été décidé une évaluation prospective complémentaire des résultats des « OK chimio » la veille, en mesurant le temps entre l'admission du patient et la 1ère perfusion pour cette catégorie de patients validés la veille : «*proposer aux patients connus, dont le OK chimio peut être mis la veille et dont la NFS* (Numération formule standard, examen biologique) *est correcte, d'appeler la veille pour vérifier s'ils ont un effet indésirable ou un problème quelconque (les empêchant de venir)*» (management, HDJ).

Entre avril et octobre 2011 le nombre de « OK chimio » est en deçà des 25 % fixés. Suite à l'identification plus complète des causes racines, ce taux est passé à 43,3 % de «OK chimio» la veille ou avant 9 H 30 en avril 2013 comme l'indique la figure 40 ci-dessous.

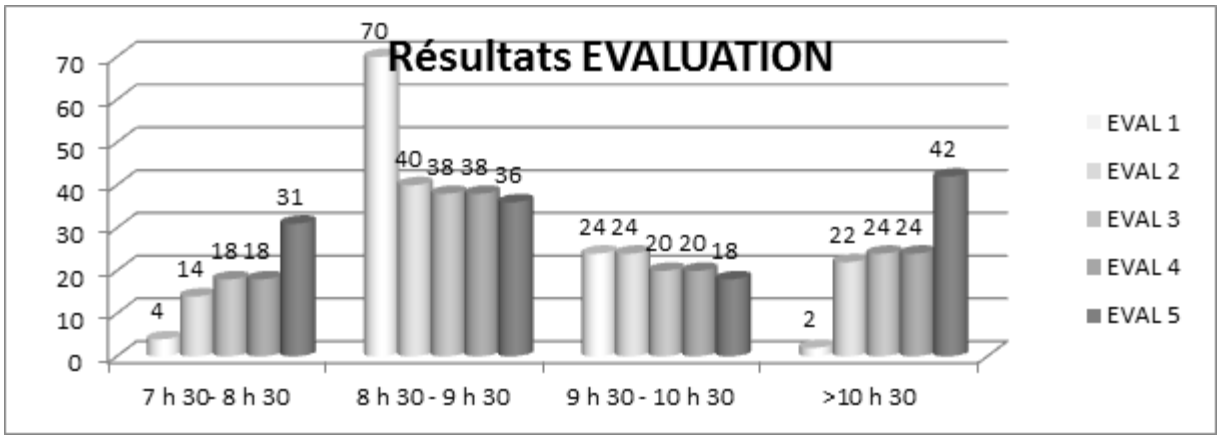
Figure 40 : Taux de «OK chimio» entre avril 2011 et avril 2013, hôpital A (terrain A)



Ce résultat a été possible grâce à une approche coopérative sur la durée et à un suivi rigoureux dans le temps.

Enfin l'indicateur de prise en charge des patients le matin (Cf. figure 41 ci-dessous) dénote une meilleure répartition de l'arrivée des patients.

Figure 41 : Horaires de prise en charge des patients le matin, hôpital A



L'écrêtement du nombre de patients, notamment ceux de la tranche 8H30-9H30, se confirme sur les cinq évaluations successives ci-dessus, avec une meilleure répartition des arrivées tout au long de la matinée.

Qu'il s'agisse du projet «dotation» comme du projet «chimiothérapie», la mise en place d'une méthodologie, d'outils, et le suivi périodique des indicateurs communs à la pharmacie et aux services cliniques concernés, permet de produire des résultats visibles.

VII.1.2 Terrain B : diagnostic et actions possibles

Contrairement au terrain A, le terrain B a fait l'objet d'un diagnostic suivi d'une restitution d'effet miroir et d'un avis d'expert. Il n'a pas fait l'objet d'une évaluation longitudinale. Ce terrain d'observation scientifique a été l'occasion, dans un contexte de redéploiement des activités pharmaceutiques (automatisation du circuit du médicament dans le cadre du fusion de plusieurs sites), d'émettre des premières recommandations ayant pour but de permettre l'élaboration de projets, le rapprochement des personnels pharmaceutiques de la clinique, d'assurer la poursuite des bonnes pratiques de gestion du médicament et de mettre en place les premiers outils.

Nous retenons trois types d'observations et recommandations (Cf. diagnostic dans la partie 1.V.1)

1. Le développement de la communication (thème n°3) pharmacie-services cliniques nécessite des actions à plusieurs niveaux :

- institutionnel : l'organisation de **réunions** d'information sur l'évolution des organisations et sur le projet pharmaceutique seront autant d'occasions de recréer du lien entre les acteurs,
- managérial : l'implication des managers administratifs, pharmaceutiques, médicaux et soignants au pilotage commun du médicament en termes de formation des équipes, d'optimisation des pratiques logistiques et de traçabilité informatique.
- avec les personnels : organiser les moments de contact et d'échange de connaissances pour améliorer la connaissance des métiers entre la pharmacie et les services cliniques ; les **formations-actions** sont un bon moyen et peuvent être rapidement mises en place.

2. L'amélioration des conditions de travail (thème n° 1) passe par un investissement en terme de matériel informatique à la pharmacie et probablement aussi dans les dotations de service ; un accompagnement régulier des utilisateurs des logiciels sera une action à valeur ajoutée. Par ailleurs un inventaire en vue de l'acquisition de matériels (caisses adaptées à la largeur des rayons ou des chariots supplémentaires) sont des actions simples à mener.
3. L'optimisation de la gestion du temps (thème n° 4) doit se concentrer sur quelques activités comme la gestion de l'approvisionnement et des stocks des services, ainsi que le suivi régulier du nombre de bons d'urgence par la mise à plat et la contractualisation de la répartition des activités (thème 2) entre soignants et préparateurs.

Ces différentes actions doivent logiquement avoir un impact sur les autres besoins : visibilité stratégique, mise en place de nouveaux cycles de formation-action sur le médicament (thèmes n° 5 et 6).

Dans ce contexte, le projet centré sur la robotisation du circuit du médicament s'intègre de façon raisonnée. En effet, en généralisant la dispensation hospitalière journalière individuelle nominative (DHJIN), l'automatisation sur le site principal

(sur-conditionnement des formes sèches, reconditionnement des injectables, préparation des doses buvables, délivrance nominative individuelle de médicament) et la mise en place d'armoires biométriques de délivrance des médicaments pour sécuriser l'administration , il permet de répondre à l'objectif global de libérer du temps pharmaceutique à redéployer vers les services de soin afin de valoriser l'activité du personnel et de dégager des recettes en contractualisant la fourniture de médicaments aux EHPAD (Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes) du territoire.

Forts de ces recommandations tirées du diagnostic nous avons préconisé la mise en place de trois groupes projets pour accompagner les recommandations. Nous signalons que nous n'aurons pas le temps d'accompagner ces recommandations lors de la phase projet et suggérons la création de trois groupes qui devront comporter peu de personnes et être en lien direct avec les instances pour le suivi concret des actions proposées.

GROUPE 1 : COMMUNICATION

Son objet est le déploiement d'outils, de réunions d'information et de formation-actions sur le médicament pour le personnel.

Le premier résultat concret suite à ces recommandations a été la mise en place d'un livret d'accueil de la pharmacie pour les nouveaux médecins arrivants dans l'hôpital (Cf. annexe confidentielle 4). Tout nouveau médecin doit déposer sa signature pour pouvoir prescrire au sein d'un établissement de santé. La remise de ce livret l'invitant à venir à la pharmacie est la première étape de la coopération entre le nouveau prescripteur et le service pharmacie. Bien évidemment ce livret est un outil de travail sur le fonctionnement de la pharmacie et les modalités de prescription.

GROUPE 2 : COÛTS CACHES ET GESTION du TEMPS : afin d'évaluer les poches de sous-efficacité, une évaluation des surtemps sur des activités à faible valeur ajoutée peut être déployée en réalisant une enquête d'auto-déclaration sur une ou deux semaines auprès des personnels concernés. Ce travail n'a pas pu être réalisé ; peut-être pourra–t-il l'être à l'occasion d'une recherche post doctorale, quand la fusion de ces hôpitaux sera plus avancée ?

GROUPE 3 : ORGANISATION du TRAVAIL : l'objet de cette proposition est la contractualisation des activités pharmacie-services cliniques (commencer par un pilote entre deux services). La valeur ajoutée sur ce terrain pourrait être l'optimisation commune de la gestion des antennes par les préparateurs en réorganisant les tâches avec les infirmières. Pour cela une cartographie des activités pourrait permettre de factualiser ces répartitions. Ce travail de cartographie des activités n'a pas pu être réalisé pour les mêmes raisons de manque de temps et pourrait faire l'objet d'une recherche ultérieure après la fusion des activités pharmaceutiques de ces sites hospitaliers.

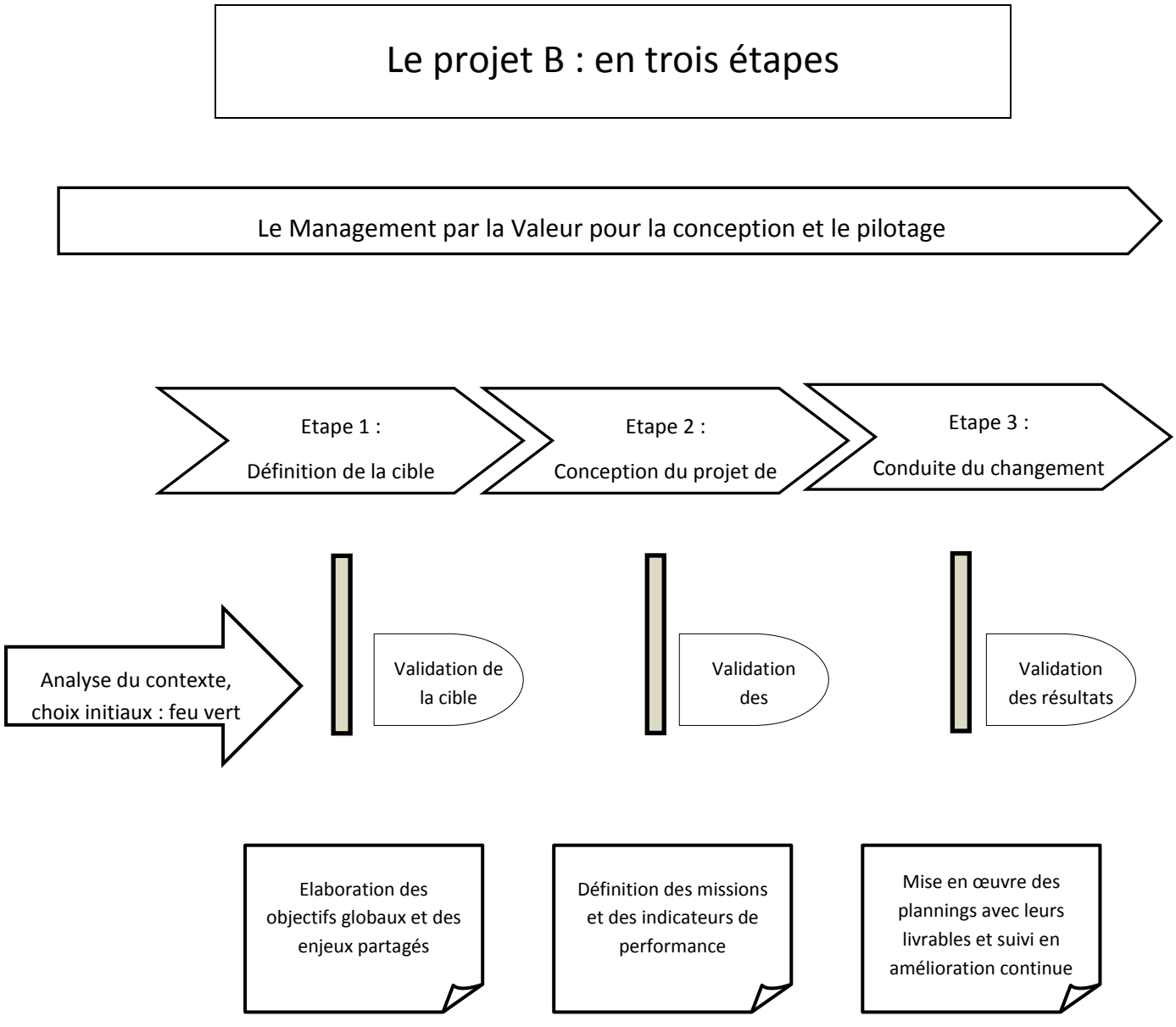
Cependant, sachant que la démarche ne pouvait être poursuivie d'un accompagnement des projets envisagés, les pharmaciens et le directeur ont souhaité continuer à coopérer et travailler ensemble en complétant ce diagnostic d'une mise en perspective *via* une méthodologie fréquemment utilisée à l'hôpital, l'approche par processus. Il a donc été décidé du déploiement d'une formation-action au management par la valeur s'appuyant sur les conclusions du diagnostic socio-économique. Au-delà du travail d'analyse dysfonctionnelle, nous avions déjà partagé une formation au management par la valeur avec deux des pharmaciens et partagé cette approche sur le terrain A avec le Directeur général.

Ayant été certifié AFAV (association française d'analyse par la valeur) et après une séance de travail avec l'intervenant-ingénieur (avec lequel nous avions travaillé sur le terrain A) sur l'objectif initial du projet («projet de réorganisation du fonctionnement médico-pharmaceutique des deux sites hospitaliers, en termes de management et ressources humaines, de moyens logistiques, de sécurisation et de règlementation des produits de santé, de recherche et d'innovation, dans le cadre du projet de pôle hospitalo-universitaire de la structure hospitalière multi-sites et de son ancrage dans le territoire de santé à échéance 2012-2014»), nous avons orienté la préparation de cette formation sur la cible technologique «dispensation automatisée des médicaments, notamment individuellement et nominativement pour un ensemble de lits et places représentés par deux établissements hospitaliers», cible au cœur de notre travail de recherche sur le circuit du médicament. Cette formation a eu pour cadre de réunir à nouveau les différents acteurs pharmaceutiques cliniques et administratifs en mobilisant conjointement les méthodologies de management

socio-économique et d'approche par processus lors d'une formation-action d'une journée sur site.

Nous avons donc préparé les supports pour cette session, l'objectif principal étant de bien définir la cible de fonctionnement (objectif) à atteindre, première étape d'un projet de management par la valeur (Cf. figures 42 à 44 ci-après).

Figure 42 : Définition de la cible du terrain B

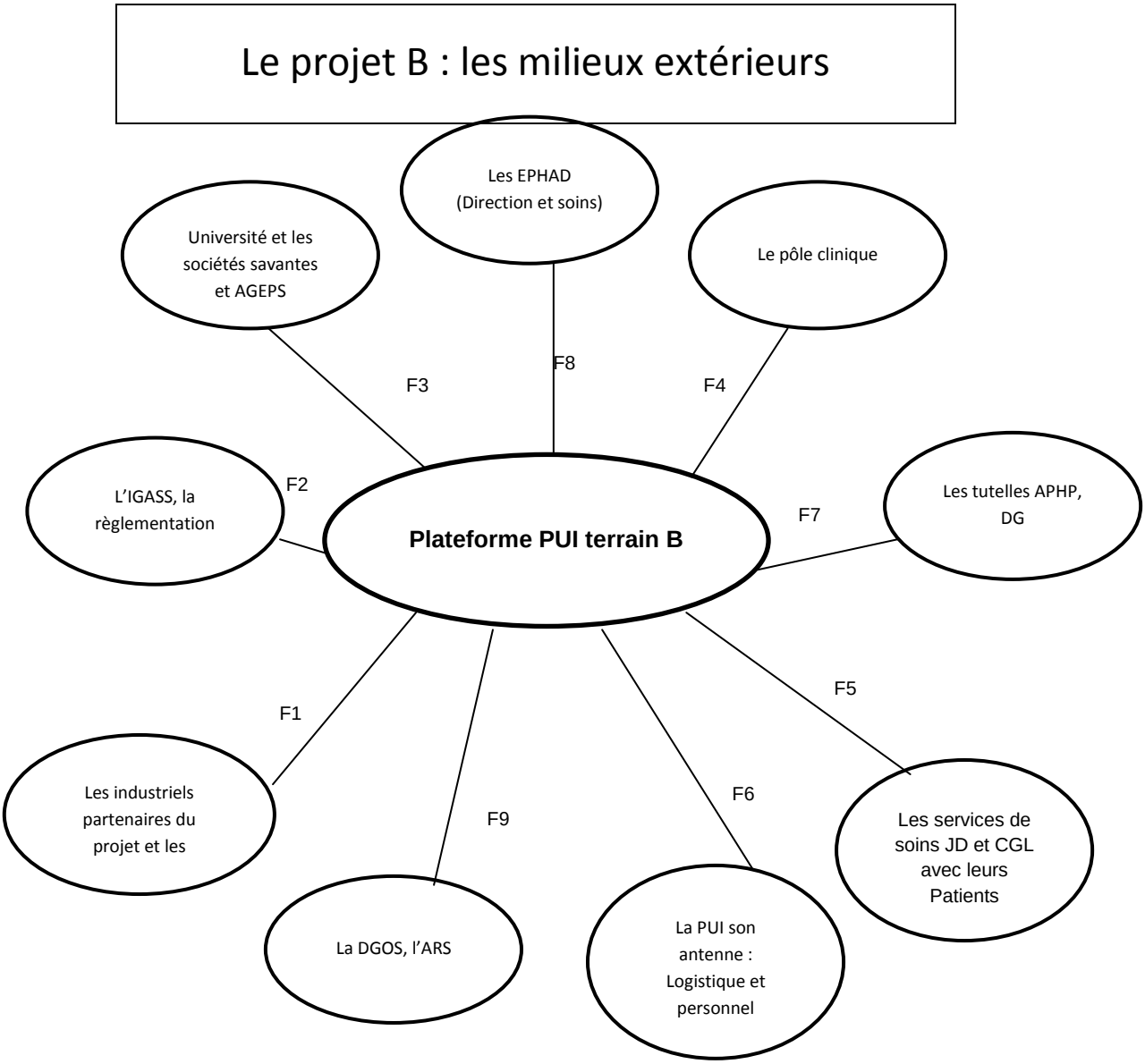


Source : Grandhaye J-P., terrain B

Ont été présents à cette journée, le directeur, le président de la Commission Consultative Médicale (CCM), et les pharmaciens.

Pour atteindre cette cible de fonctionnement, sont définis les milieux extérieurs (acteurs, instances présents dans le contexte). Ces milieux extérieurs sont reliés entre eux et la cible de fonctionnement par des fonctions, traduites par un verbe d'action (Cf. figures 43 ci-dessous).

Figure 43 : Milieux extérieurs du terrain B

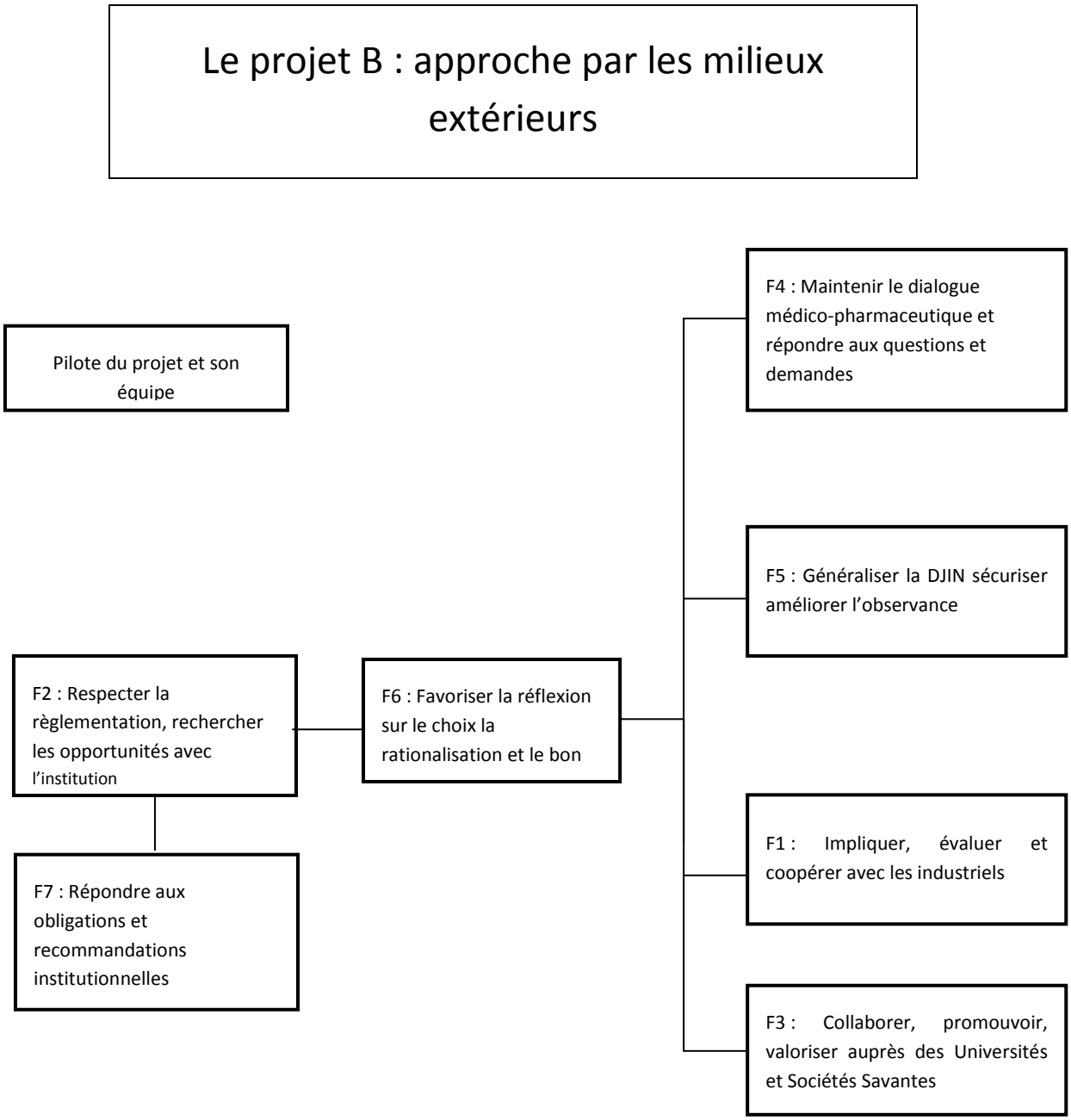


Comme le précise la figure 43 ci-dessus, les milieux extérieurs représentés dans les cercles périphériques tiennent compte de l'environnement du projet : la règlementation représente les normes à intégrer au projet, les tutelles sont représentées au niveau local,

régional et aussi national ; enfin les partenaires sont à la fois internes (services cliniques, antennes pharmacie) et externes avec les maisons de retraite (EHPAD) potentiellement futures clientes de cette plateforme pharmaceutique.

La cible «plateforme PUI» (pharmacie à usage intérieur) et les milieux extérieurs sont reliés par des fonctions que reprend la figure 44 ci-après.

Figure 44: Organisation des fonctions du terrain B (par ordre de priorité)



Source : Grandhaye, J-P., Frachette M., terrain B, 2011

Les fonctions définies par un verbe d'action reprennent la règlementation «respecter la règlementation» (fonction 2), les recommandations institutionnelles puis toutes les fonctions de coopération humaine et technique. Elles sont ensuite organisées par ordre de priorité ; cette priorisation peut varier en fonction des interlocuteurs à convaincre, suivant qu'ils soient des décideurs concentrés sur l'efficience ou des pharmaciens préoccupés par la sécurité.

Le contexte économique et social particulièrement tendu de ces établissements dont la mission et l'organisation sont elles-mêmes discutées aux niveaux institutionnels et politique rend complexe la mise en œuvre de nouveaux projets. L'activité gériatrique hospitalo-universitaire est contestée et doit se repositionner à budgets contraints dans le cadre de la filière de soins au sein des territoires. Certains entretiens sur le site principal se sont déroulés en plein conflit social en raison de la crainte de la fermeture d'une partie de l'établissement ; l'hôpital étant souvent le plus important employeur de la ville et cet hôpital étant excentré, le reclassement des fonctionnaires concernés pose un réel problème.

Pour arriver à l'entretien avec le directeur, nous avons dû passer par les couloirs de la direction emplis de sable et jonchés de mobiliers épars, pendant qu'une camionnette délivrait en continu des décibels sous les fenêtres des chambres des soins palliatifs. Les personnels ayant même érigé un cimetière dans les espaces verts du site pour représenter les personnels sacrifiés et la casse de l'hôpital public. Ce contexte explique les recommandations d'extrême prudence que les décideurs nous ont faites pour le déroulement des interviews. Au début de chaque entretien, nous avons développé une argumentation basée sur le fait que nous étions chercheur au sein d'une équipe universitaire en sciences de gestion et dont l'approche est fondée sur la prise en compte des dysfonctionnements observés directement par les personnels sur le terrain ; et que face aux crises actuelles, la performance des organisations passe par le développement du potentiel humain et permet de diminuer les coûts cachés plutôt que de réduire obligatoirement la masse salariale.

Malgré l'intérêt de poursuivre cette recherche-intervention dans ce contexte, nous avons dû, par manque de temps, arrêter celle-ci à la fin de la phase diagnostic.

Cependant pour donner une dernière impulsion à cette équipe dirigeante engagée et stimuler leur démarche coopérative, nous avons proposé cette journée de formation-action qui complète la démarche de diagnostic et ses propositions de pistes d'actions et de recommandations de fonctionnement. Les projets ne pouvant pas être suivis dans la durée, nous avons souhaité stabiliser et ordonner les principales fonctions. Notre intervention sur ce terrain B se termine donc sur cette définition de cible par approche fonctionnelle.

VII.2 Production d'actions d'amélioration et impacts sur la coopération entre acteurs

Hypothèse explicative n°7 : La production d'actions d'améliorations organisationnelles stimule la coopération entre acteurs.

VII.2.1 Exploitation longitudinale de la phase de diagnostic

L'approche socio-économique prévoit d'effectuer une évaluation des résultats de terrain. Cette évaluation permet d'évaluer les changements opérés pendant la phase de réalisation des projets.

L'évaluation du terrain central A a été décidée et a démarré en 2012.

Un **guide d'évaluation** a d'abord été élaboré à partir du guide d'entretien socio-économique (annexe 26).

Ce guide a été adapté à l'évaluation du terrain A incluant des consignes d'entretien afin que ceux-ci puissent être réalisés par les acteurs eux-mêmes.

Un **planning d'entretiens** individuels et de groupes a été élaboré (annexe 27).

Les entretiens ont été planifiés sous la responsabilité du pharmacien en charge du projet, par un externe et un interne en pharmacie. Les premiers entretiens ont été réalisés avec l'intervenant-chercheur puis ensuite par l'externe et l'interne que nous avons formés à la conduite d'entretien qualitatif semi-directif.

La méthodologie d'évaluation socio-économique retenue a été facilement déployée avec les étudiants, externe et interne en pharmacie en charge des entretiens et de leur traitement, malgré le fait que ceux-ci n'avaient pas participé à la phase diagnostique.

La première étape a été l'explication du management socio-économique, le déroulement du diagnostic initial et ses enseignements ainsi que la méthodologie de recherche-intervention associée, notamment l'utilisation de la nomenclature de traitement des données à partir de janvier 2012 (Cf. tableau 8, chapitre III, partie 1.III.2.1.b). L'étape suivante a consisté en la réalisation commune des premiers entretiens, à la prise de note exhaustive, puis au codage des phrases-témoins entre mars et juin. Plusieurs séances ont été nécessaires pour réaliser un codage homogène à l'aide de mots clés et d'un tableur Excel commun. Nous avons ensuite intégralement vérifié le codage des phrases-témoins à partir du travail effectué par les étudiants en pharmacie.

La phase d'évaluation du terrain A

L'évaluation socio-économique consiste à effectuer un nouveau diagnostic, mais en identifiant les changements depuis le diagnostic initial et les difficultés remontées. Le fait de faire réaliser l'évaluation par des étudiants, sous la responsabilité d'un des pharmaciens nous a permis de vérifier le niveau d'implantation du management socio-économique au sein du service pharmacie. Les changements ont été évalués thème par thème, comme cela a été le cas pour les dysfonctionnements lors de la phase diagnostic.

Faire réaliser les entretiens par de nouveaux intervenants internes nous a paru intéressant car ils avaient une distance nécessaire par rapport au diagnostic, même s'ils maîtrisaient moins la méthodologie ; nous supposons que leur statut d'étudiant en pharmacie, de passage dans l'organisation, leur a permis une liberté de parole proche de celle de l'intervenant-chercheur, tout en contribuant à transférer vers la population pharmaceutique cette culture de gestion. La réalisation des entretiens et un premier codage des phrases-témoins ont démontré que cette solution était compatible avec la qualité de la recherche et bénéfique pour les acteurs.

Nous avons réalisé sept réunions entre avril et juillet 2012 avec le pilote du projet pour préparer et accompagner l'externe et l'interne aux entretiens et au codage. Nous avons

effectué un premier entretien en présence de chaque futur interviewer auprès du pharmacien pilote qui a ainsi pu bénéficier de cette formation. Nous avons été favorablement impressionnés par leur capacité à effectuer des prises de notes exhaustives, ceci étant peut-être dû à leur habitude de prises de notes en tant qu'étudiant et aussi en raison de leur connaissance de l'environnement. Plus globalement, leurs niveaux de rigueur et d'implication ont été tout à fait remarquables.

Les entretiens ont eu globalement la même durée que lors du diagnostic initial. Auprès des personnels de la pharmacie, très imprégnés du projet, ils ont été manifestement plus faciles à réaliser ; auprès des personnels du service de cardiologie dont beaucoup avaient changé, la démarche a été bien acceptée, mais plus difficile à réaliser, les personnes interviewées ayant eu plus de difficulté à rester sur le sujet du circuit de médicament, et ayant tendance à aborder leurs propres difficultés de fonctionnement dans un contexte fort de restructuration.

Tous les personnels interviewés dans cette phase d'évaluation n'étaient pas présents lors du diagnostic, deux ans plus tôt. La difficulté a été manifestement de faire ressortir les changements ; néanmoins, sur 48 personnes interviewées, 37 ont été interviewées à la fois au diagnostic et à l'évaluation, soit 77 %.

Au moment du travail de traitement des entretiens, nous avons croisé le codage par thèmes et sous-thèmes effectué par les deux étudiants, avec celui des phrases-témoins du diagnostic initial ; nous avons requalifié le codage de 132 phrases-témoins, soit 20 % de modifications. Cela nous a permis de classer par thème, sous-thème en reprenant les idées-clés et en comptabilisant par idées-clés le nombre de phrases exprimant un changement ou non.

Ainsi, sur un total de 508 phrases-témoins et de 73 idées-clés, sont apparues 18 idées-clés nouvelles lors de l'effet-miroir d'évaluation.

Pour préparer l'effet-miroir d'évaluation en juillet-aout 2012, nous avons repris l'effet miroir du diagnostic initial ; nous avons choisi de centrer la présentation sur les idées-clés initiales du diagnostic, afin de faire ressortir les évolutions positives ou négatives.

Le tableau 35 ci-dessous reprend les données clés lors du diagnostic et les compare à celles de l'évaluation.

Tableau 35 : Comparaison entre le diagnostic et l'évaluation du terrain A

	DIAGNOSTIC	ÉVALUATION
DATE	2010	2012
Nombre de personnes interviewées	62	48
Nombre d'entretiens	30	23
Catégories de personnes Interviewées *regroupés en Manager, personnel et par service*	directeurs, cadres médecins, pharmaciens internes, externes préparateurs, infirmières agents	directeurs, cadres médecins, pharmaciens internes, externes préparateurs, infirmières agents
Nombre d'idées-clés	55 (et 350 phrases-témoins)	73 (et 508 phrases-témoins)
Nombre d'idées-clés communes	//	55
Nombre d'idées-clés nouvelles	//	18

Au final le tableau 35 ci-dessus recense sur la phase d'évaluation 48 personnes interviewées au cours de 23 entretiens (10 groupes et 13 individuels) qui ont permis d'isoler 508 phrases témoins exprimant une amélioration ou un dysfonctionnement persistant. Ces données ont été regroupées en 73 idées-clés (IC) sur la gestion du circuit du médicament avec les services et/ou l'organisation de la pharmacie.

Le total de cette évaluation a représenté trois jours complets d'entretiens et quatre de codage des phrases témoins par l'externe et l'interne en pharmacie.

VII.2.2 Des résultats consécutifs à la phase diagnostic

Le terrain A a bénéficié d'une évaluation à distance. Le diagnostic initial a été rendu à partir de juillet 2009, les projets ont démarré concrètement en juillet 2010 et l'évaluation finale a démarré en janvier 2012. Pour l'évaluation, nous avons mobilisé la même méthodologie d'entretiens semi directifs et de codage des données que celle utilisée lors du diagnostic. Cette évaluation longitudinale s'est déroulée à la fois à la pharmacie et au sein du service cardiologie. La méthodologie retenue a suscité la participation des acteurs ; l'articulation entre les principes du management socio-économique et de ses outils a créée du sens sur toute la durée de l'intervention et permis un début d'ancrage de **nouveaux référentiels de gestion auprès des acteurs**. Il nous semble que le management socio-économique retenu comme modèle d'accompagnement du changement favorise la coopération et l'intégration d'autres outils techniques comme l'approche par processus.

De cette analyse, nous avons produit un effet miroir d'évaluation que nous avons présenté à partir de septembre 2012 et dont nous produisons la synthèse dans les paragraphes ci-dessous (annexe 28).

1. Concernant l'amélioration des **conditions de travail** (thème n°1, diapositive de

synthèse ci-dessous), les locaux ont été rafraichis et réorganisés, les connexions WIFI améliorées et les nouveaux horaires plutôt bien acceptés. Au niveau des équipements, si le responsable du projet dotation a obtenu de nouvelles armoires, il manque de matériel pour le transport des charges lourdes. La question du manque de proximité du management observé au début fait place à un sentiment d'équipe plus soudée, même si cela est difficilement objectivable.

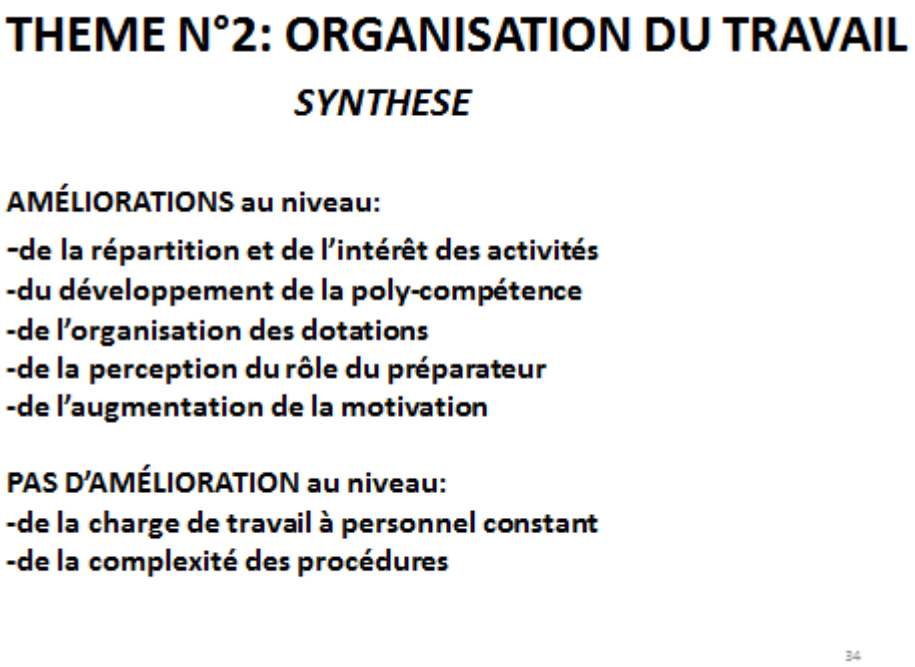
Sur le point des horaires d'ouverture, la pharmacie est ouverte moins longtemps pour permettre une réalisation de qualité des activités pharmaceutiques, alors que les services cliniques demandaient une augmentation des plages horaires d'ouverture ; la démarche entreprise avec le chef de service pharmacie a permis de faire comprendre que c'était l'inverse qu'il fallait faire pour délivrer un service de meilleure qualité !

Figure 45 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 1

Sources des diapositives n° 45 à 50 : effet miroir d'évaluation du terrain A

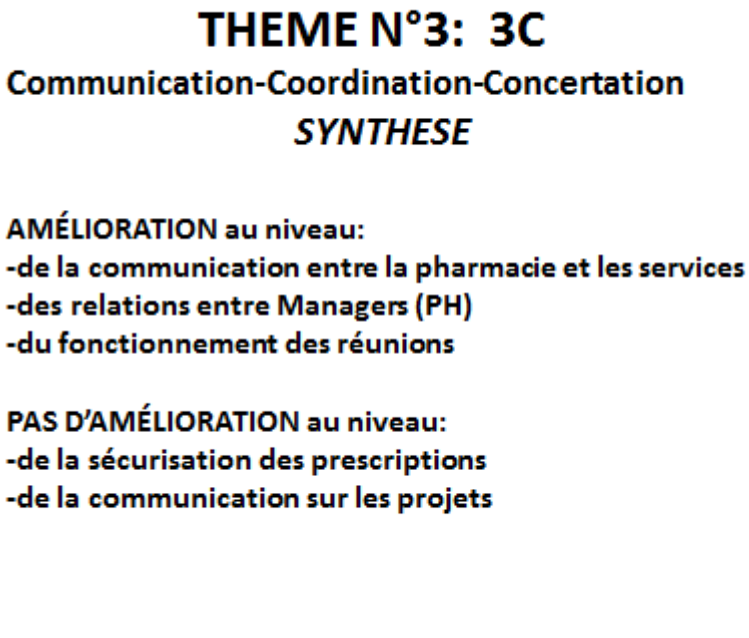
2. **L'organisation du travail** (thème n°2, diapositive de synthèse ci-dessous) a permis d'améliorer l'intérêt des activités et la motivation. La meilleure répartition des activités, notamment au niveau des dotations et le développement de la poly-compétence ont renforcé la perception du rôle des préparateurs. Cependant la charge de travail et la complexité des procédures restent toujours des points sensibles.

Figure 46 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 2



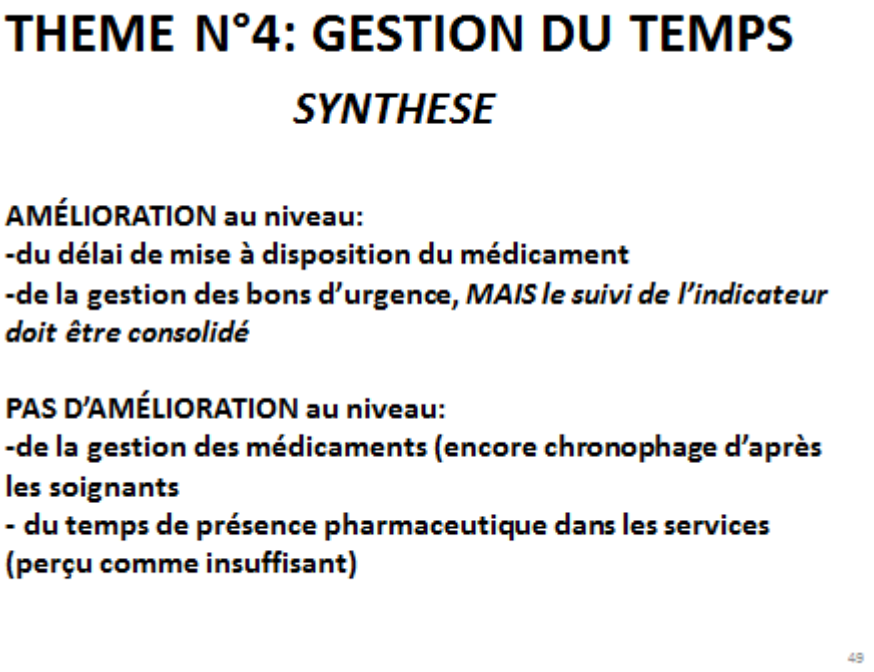
3. **La communication-coordination-concertation** (thème n°3, diapositive de synthèse ci-dessous) que ce soit entre services, entre managers et lors des réunions s'est trouvée améliorée, même si la communication sur les projets est perçue comme insuffisamment efficace. À noter, le niveau et les outils de communication ne permettent pas d'atteindre la sécurisation attendue des prescriptions, même si le niveau de certification du circuit du médicament a été jugé excellent. Il subsiste des difficultés en termes de communication verticale. Nous pouvons dire que la coopération transversale s'en trouve améliorée, le fonctionnement hiérarchique restant perçu comme une difficulté.

Figure 47 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 3



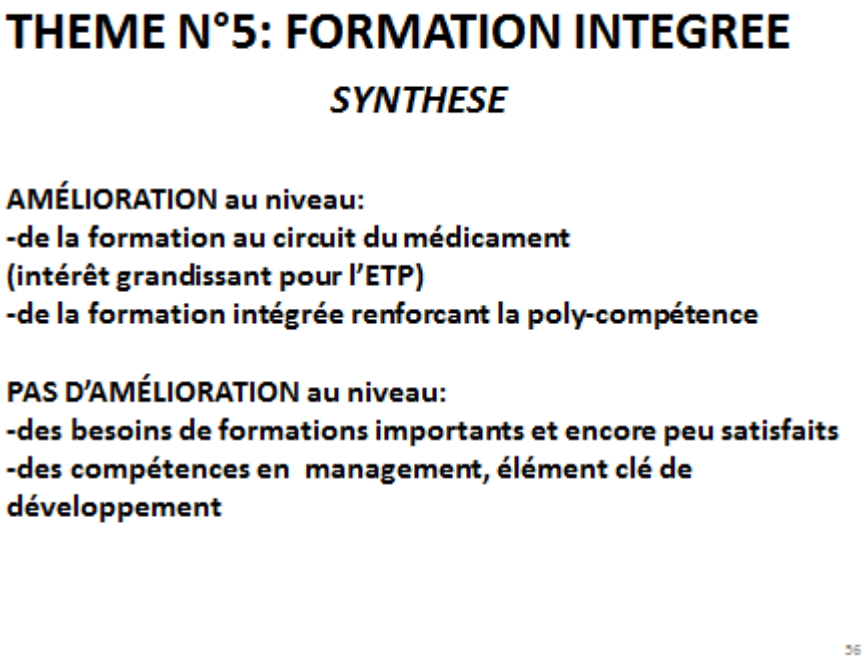
4. **La gestion du temps** (thème n°4, diapositive de synthèse ci-dessous) a permis d'améliorer le circuit d'administration des médicaments, notamment les délais de mise à disposition des médicaments, même si cela n'a pas pu être mesuré précisément. Une nouvelle enquête identique à celle d'évaluation des coûts cachés du diagnostic fournirait des informations précieuses et utiles à renouveler périodiquement. Le suivi des bons d'urgence reste un point de vigilance permanent, son amélioration restant très dépendante des actions de suivi et de formation. Les soignants trouvent la gestion du médicament encore trop chronophage et le temps de présence pharmaceutique dans les services encore insuffisant ; c'est un aspect qui nécessite des efforts supplémentaires pour consolider la coopération entre la pharmacie et les services cliniques.

Figure 48 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 4



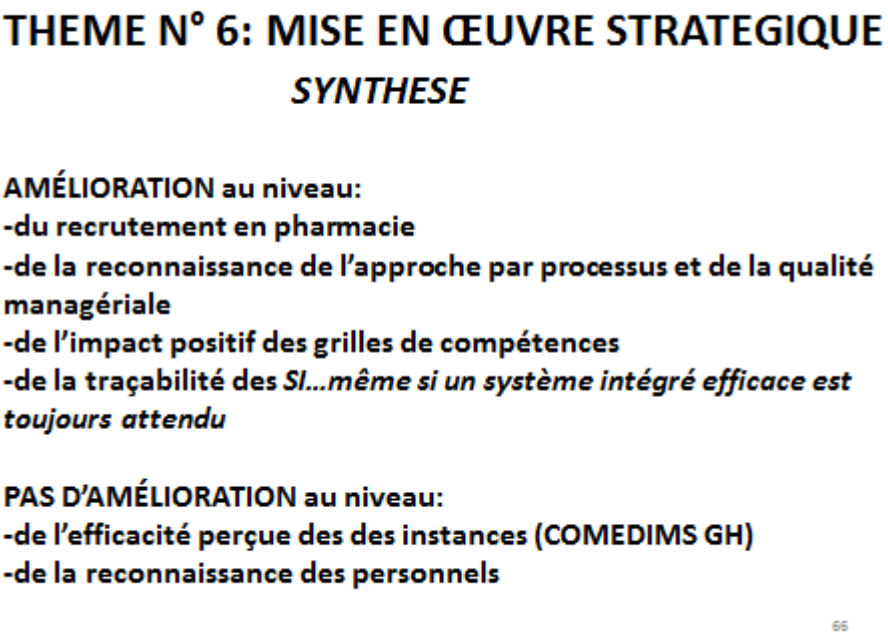
5. **La formation intégrée** (thème n°5, diapositive de synthèse ci-dessous) semble un levier majeur d'action et de motivation des personnels. L'augmentation des temps de formation-action sur le circuit du médicament et sur la poly-compétence, la place grandissante de l'éducation thérapeutique sont reconnus par les personnels comme des facteurs en progrès. Les besoins de formation sont cependant loin d'être satisfaits et constituent un champ d'exploration important. La formation des managers reste une préoccupation.

Figure 49 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 5



6. **La mise en œuvre stratégique** (thème n°6, diapositive de synthèse ci-dessous) du projet pharmaceutique a été perçue clairement, que ce soit au niveau de l'approche managériale et RH : recrutements à la pharmacie, mise en place des grilles de compétences, amélioration des systèmes d'information. Un point de vigilance est souligné au niveau de la faible visibilité des instances (question de l'efficacité de la COMEDIMS, commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles) au niveau du groupe hospitalier et de la reconnaissance des personnels.

Figure 50 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 6



Les points qui ont vu une amélioration aux yeux des acteurs eux-mêmes sur ce terrain A concernent par ordre décroissant, les conditions et l'organisation de travail, la mise en œuvre stratégique, la formation, la communication-coordination-concertation et la gestion du temps. L'*input* de la pharmacie en termes de relations transversales, d'actions de formation a été suffisamment visible pour obtenir des moyens supplémentaires.

Il reste les questions de management vertical, de complexité des procédures et de reconnaissance de la pharmacie qui nécessitent de poursuivre dans la voie de l'amélioration.

Au final des améliorations ont été constatées par les acteurs du terrain A sur tous les thèmes : aménagement des locaux, organisation du travail, relations entre les acteurs, délai de traitement des dossiers, présence pharmaceutique dans les services, formation et qualité managériale. Il serait intéressant de compléter cette approche qualitative par une enquête pour permettre de quantifier cette évaluation, comme cela avait été fait au moment du diagnostic. Une première évaluation permet de dire que 19 idées-clés ont vu leurs dysfonctionnements régresser et 11 ont enregistré une détérioration. Nous constatons donc plutôt une amélioration du fonctionnement sans que celle-ci n'ait été quantifiée.

Cette démarche, impliquant les acteurs tout au long du processus a manifestement facilité la prise de conscience collective d'une nécessaire coopération.

Le tableau 36 ci-après détaille les idées-clés tirées de l'évaluation du terrain A sur lesquelles la coopération a été la plus fructueuse.

Tableau 36 : Coopération au diagnostic et en fin d'intervention sur le terrain A

IDEES CLES	COOPERATION	
NOMENCLATURE ISEOR	TERRAIN A diagnostic	TERRAIN A évaluation
THEME 1 conditions de travail	problème d'horaires de la pharmacie	horaires de la phie acceptés
	locaux dispersés	optimisation des locaux
	manque proximité du management	équipe pharmacie plus soudée
THEME 2 organisation du travail	mauvaise répartition des tâches	clarté des tâches améliorée
	difficulté de gestion des dotations	rôle des préparateurs mieux perçu
	complexité de la gestion documentaire et des procédures	*même difficulté de gestion des procédures*
THEME 3 3C Communication Coordination Concertation	difficulté de communication intra et extra-service	amélioration de la communication entre services, en réunion, sur les projets et entre managers
	problème de communication verticale	*même problème de communication verticale*
THEME 4 gestion du temps	pas de respect des délais des services vers la pharmacie	*même difficulté de respect des délais*
	non respect du délai d'administration au patient	amélioration du circuit d'administration
	peu de présence de la pharmacie dans les services cliniques	*présence de la pharmacie dans les services partiellement réglé*
	trop de bons d'urgence	*nombre de bons partiellement réglé*
	glissements de fonctions et dérangements	*même probléme de dérangements*
THEME 5 formation intégrée	peu de formation au circuit du médicament	amélioration de la formation au circuit du médicament
	pas de formation des managers	*mêmes difficultés de formation à l'animation*
		Développement de l'ETP
THEME 6 MOE stratégique Mise en œuvre stratégique	faible efficacité des instances	*mécontentement sur la centralisation des instances*
	manque d'efficacité de la COMEDIMS	amélioration COMEDIMS au niveau local
TOTAL: 76 IC		
LÉGENDE TERRAIN A		
GRAS SURLIGNE GRIS	DYSFONCTIONNEMENT INITIAL	
GRAS	AMÉLIORATION	
GRAS ITALIQUE	*AMLIO RATION PARTIELLE*	
ITALIQUESURLIGNE GRIS	*PAS D'AMELIORATION VOIRE DÉTERIORATION*	

Cette évaluation effectuée en fin d'intervention et selon la même méthodologie que celle employée lors du diagnostic a permis de différencier les dysfonctionnements qui s'étaient améliorés de ceux qui ne l'ont pas été. Sur 18 idées-clés, 10 ont été améliorées.

VII.3 Conditions d'enracinement de l'approche socio-économique

Hypothèse prescriptive n°7 : l'enracinement de l'approche socio-économique permet des résultats durables.

Les actions mises en place représentent les premières conditions d'enracinement de notre approche ; cet enracinement est consolidé par le suivi dans la durée, la production de résultats consécutifs aux actions mises en place et à leur intégration aux démarches institutionnelles de certification.

VII.3.1 Mise en place d'actions et d'outils socio-économiques

Nous avons accompagné l'implémentation de trois types d'actions : outils de management socio-économiques, outils développés localement et publications.

1. La démarche **de management socio-économique** : avant l'implantation même

d'outils de gestion, l'approche d'une nouvelle méthode de management au sein d'une organisation est un moment décisif : celle-ci doit être clairement présentée et être compatible avec la culture professionnelle locale.

Dans le cas du management socio-économique, l'approche de la performance strictement liée au potentiel humain parle favorablement aux personnels hospitaliers et favorise le démarrage d'une recherche-intervention et de la phase d'entretiens (Cf. projet «HDJ chimio», partie 3.VII.1.1). La philosophie de cette approche étant reconnue des personnels, les outils peuvent alors être implantés.

Le deuxième temps est décisif : il s'agit du diagnostic conclu par la restitution de **l'effet miroir**. L'effet miroir est une mise en forme exhaustive et pédagogique de l'ensemble des dysfonctionnements observés (et des améliorations en phase d'évaluation). L'effet miroir se déroule à l'occasion de réunions avec les personnes interviewées et permet un débat –souvent contradictoire– entre les différents acteurs, illustrant la notion d'intersubjectivité contradictoire développée par H. Savall et V. Zardet (*op. cit.,* 2003). De la qualité de cet effet miroir dépendra celle des projets retenus. Nous pouvons dire que la phase d'effet miroir a participé à stimuler la coopération entre les acteurs et les services de

l'hôpital (Frachette M., Haddad R., Caffin A-G., Rieutord A., 2013). L'exploitation de l'effet miroir est un vecteur facilitateur de coopération sur ce terrain central ; le contexte d'arrivée du chef de service l'a favorisée. En revanche sur l'autre terrain, cet effet miroir a moins stimulé la coopération en raison d'un contexte de réorganisation trop anxiogène et de l'absence de phase d'évaluation.

Consécutivement à l'effet miroir est réalisé par l'intervenant-chercheur un avis d'expert, synthèse de l'effet miroir, de ses observations et de l'étude des données. Cet **avis d'expert** devient un vecteur de coopération à partir du moment où il est communiqué et où ses recommandations permettent rapidement la mise en place des projets de changement.

Nous avons également mobilisé un outil d'organisation des ressources humaines, la **grille de compétences**. Celle-ci a été utilisée comme autodiagnostic par les personnels pour cartographier leurs activités et les compétences disponibles au sein de l'équipe pharmacie. Cette cartographie réalisée avec les préparateurs en pharmacie a été l'élément fondateur de la réorganisation des activités et des processus ainsi que de la démarche de développement de la poly-compétence des personnels (Cf. partie 2.V.3.2.a) (Frachette M., Husson J., Haddad R., Rieutord A., 2012).

Ces grilles de compétences développées avec l'ensemble du personnel pharmacie ont été un moyen de visiter l'ensemble des activités et des compétences disponibles par activité. Elles ont été utiles pour redéfinir les modes opératoires par les opérateurs et leur intégration dans les processus.

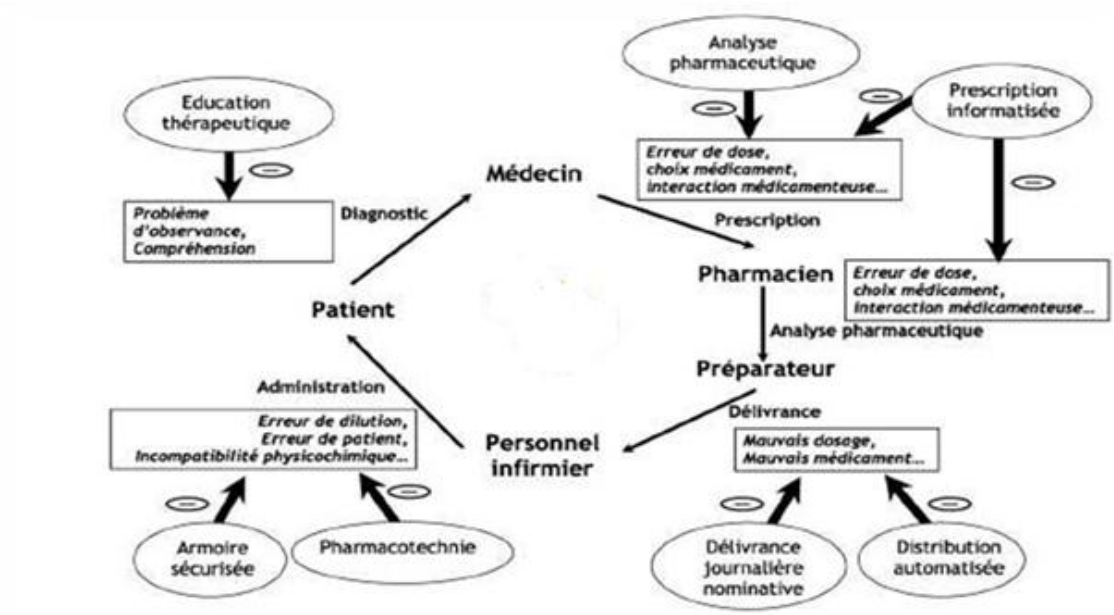
2. D'autres outils ont été développés localement par les acteurs eux-mêmes.

Le premier outil imaginé suite à la recherche-intervention a été la mise en place d'un audit gestionnaire en janvier 2012 (Cf. annexe 29). Cet audit qui reprend l'ensemble des procédures et comporte une colonne sur les dysfonctionnements. Cet outil interne a été adapté pour une meilleure correction des dysfonctionnements de chaque processus/procédure/mode opératoire, intégrant ensemble la démarche par processus et du management socio-économique.

D’autres outils ont été développés plus en rapport avec la sécurisation du circuit du médicament :

- **Un questionnaire sur le circuit du médicament** dont l’objectif est une auto-évaluation sur les évènements indésirable liés aux médicaments dans un but de sensibilisation. Cet outil est présenté au chapitre VIII (partie VIII.3) dans le cadre des outils développés pour sensibiliser les acteurs à l’importance du circuit du médicament.
- **Un kit de formation sur la sécurisation du circuit du médicament** (Cf. annexe confidentielle 5). Cette formation sensibilise aux risques d’erreurs médicamenteuses et s’articule au questionnaire de sensibilisation ci-dessus en s’appuyant sur des exemples d’accidents thérapeutiques ; en effet, les décès résultants d’évènements indésirables médicamenteux pendant l’hospitalisation sont de l’ordre de 12.000 en France chaque année, soit environ quatre fois plus que ceux provoqués par les accidents de la route. La formation se poursuit par l’analyse d’accidents, induits par des erreurs d’organisation dans 80 % des cas, et la nécessité de déclarer tout évènement pour en tirer les bons enseignements. La formation se termine par la description des étapes du circuit du médicament et ses moyens de sécurisation comme l’illustre la figure 51 ci-après.

Figure 51 : Risques d’erreurs sur le circuit du médicament



Source interne : terrain A

Ces outils ont pour but l'analyse des dysfonctionnements, l'évaluation continue et la formation avec pour objectif une **meilleure coopération** entre services cliniques et pharmacie.

3. Un **troisième type de matériaux est représenté par la publication de communications** sur le management socio-économique du circuit du médicament. Ce vecteur a permis de communiquer avec les communautés scientifiques à la fois en gestion et en pharmacie hospitalière.

Nous avons communiqué et co-publié avec nos directeurs de recherche et nos partenaires hospitalo-universitaires plusieurs fois entre 2009 et 2011 :

Nous avons présenté diverses communications, lors de colloques ou tutorats afin de présenter la problématique ou l'avancement de notre recherche (Frachette M., Barth I., Rieutord A., Bénanteur Y., 2011).

Quatre posters ont pu être présentés lors de différents congrès :

Un premier poster pour le congrès annuel des préparateurs en pharmacie hospitalière (ANPPH) de 2011 sur la collaboration entre les personnels de la pharmacie et du service cardiologie, reprenant la réorganisation de l'approvisionnement des médicaments. Le but étant de valoriser les activités de la pharmacie ; le poster reprend la question des bons d'urgence, du matériel non adapté pour manipuler à la pharmacie et la faible prise en compte de l'importance du médicament. Ce travail met également en évidence le rôle du préparateur dans la réalisation de l'enquête des surtemps à faible valeur ajoutée (Halcewicz L., Barbier E., Gander B., Husson J., Esposito S., Barbault-Foucher S., 2011)**.**

Un deuxième poster a été produit pour le CSH, congrès annuel du syndicat des pharmaciens hospitalo-universitaires (Convergence santé hôpital, SNPHPU) de 2012 sur la conduite d'un projet de dotation par l'approche conjointe du management par processus et de l'approche socio-économique. Ce poster complète le précédant en insistant sur les axes d'améliorations de la phase projet au niveau managérial : une meilleure répartition des tâches supportée par l'utilisation des grilles de compétences, et la mise en place d'un plan de formation et de communication (Haddad R., Halcewicz L., Keller E., Courtin C., Husson J., Bedu V., Frachette M., Slama M., Rieutord A., 2012).

Un troisième poster avec communication a été retenu pour le congrès de l'ALASS (association latine d'analyse des systèmes de santé) en 2011 sur la contribution de la gestion partagée du médicament à la performance de l'hôpital, mettant en lumière la coopération entre les acteurs et les leviers de conduite du changement. Cette communication a permis de reprendre les cadres théoriques mobilisés à l'hôpital et d'expliquer le choix de la théorie socio-économique (Frachette M., Barth I., Rieutord A., Bénanteur Y., 2011).

Un quatrième poster a été présenté au congrès de l'EAHP (European association of hospital pharmacists) en 2013. L'objectif était de reprendre toutes les étapes de la recherche-intervention sur le terrain central A, du diagnostic à l'évaluation (Frachette M., Caffin A.G., Haddad R., Hay A., Slama M., Barth I., Zardet V., Rieutord A., 2013).

Enfin plusieurs articles ont été acceptés dans des revues hospitalo-universitaires :

Un premier article sur les grilles de compétences dans la revue Le Moniteur Hospitalier en février 2012 (Frachette M., Husson J., Haddad R., Rieutord A., 2012)

Un deuxième article, toujours dans la revue Le Moniteur Hospitalier, en mars 2013 (Frachette M., Haddad R., Caffin A-G., Rieutord A., 2013) sur la méthodologie de l'effet-miroir, tiré de l'approche du diagnostic socio-économique (Savall H., Zardet V., 2003).

La production successive de résultats, tout d'abord avec le chef de service pharmacie et le directeur logistique de l'hôpital A, puis avec les autres pharmaciens, les médecins et les préparateurs a permis la co-construction progressive de coopérations entre les acteurs du circuit du médicament :

- l'utilisation d'outils partagés,
- la réalisation de projets communs,
- la production de connaissances.

L'ensemble de ces productions a finalement pour intérêt d'augmenter l'efficience de l'organisation hospitalière, en particulier celle du fonctionnement médico-pharmaceutique. Ce fonctionnement est évalué à l'occasion des certifications des établissements de santé.

VII.3.2 Certification 2012, conséquence d'un travail qualitatif de terrain

La certification des établissements de santé est une procédure d'évaluation indépendante effectuée par des professionnels mandatés par la Haute autorité de santé (HAS). Elle porte sur le niveau de prestation et de soins délivrés aux patients et sur la dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cette certification a été créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, dite «ordonnance Juppé». Elle est obligatoire et se décompose en plusieurs étapes : délimitation du périmètre d'étude, auto-évaluation pour identifier les points de faiblesse, visite des experts visiteurs mandatés par l'HAS, décision ou non de certifier l'établissement par la commission de certification des établissements de santé et enfin, mesures de suivi prises dans un objectif d'amélioration continue jusqu'à la certification suivante (site www.has-sante.fr).

La réussite de la certification est le fruit d'un long travail qualitatif sur plusieurs années et non du simple remplissage de grilles d'évaluation.

Après les réserves de la précédente évaluation en 2006 concernant le circuit du médicament du terrain A, la certification version 2010 réalisée en mars 2012 a enregistré des améliorations certaines concernant l'hôpital A, terrain central de notre recherche.

Le rapport de certification compare différents sites du même groupe hospitalier. Concernant la majorité des items de la certification, l'hôpital A obtient de meilleurs que les autres sites.

En effet, le rapport indique, concernant l'activité pharmaceutique en court séjour, que «*les indicateurs de suivi de la qualité de la prise en charge du médicament sont en place*», «*que 80 % des lits sont informatisés jusqu'à la prescription*» permettant ainsi un bon niveau de traçabilité (contre 55 % pour les autres sites hospitaliers). «*le livret thérapeutique et les protocoles sont disponibles*», «*les règles de prescription sont formalisées*», «*la formation sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse a concerné 250 soignants*» et «*la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un suivi quantitatif et qualitatif des évènements indésirables, tracé par informatique*». «*L'analyse pharmaceutique concerne 100 % des patients, de manière hebdomadaire*». «*La traçabilité de l'administration des médicaments est effectuée en temps réel*». «*La tenue du dossier patient est de 100 % sur*

l'hôpital A» (moyenne de 86 % sur le groupe). «*Les actions d'amélioration sont mises en place*». «*Les actions d'évaluation des pratiques professionnelles ont été conduites sur l'antibioprophylaxie*». Par ailleurs «*les pharmaciens réalisent des entretiens pharmaceutiques avec les patients*» et «*les patients ambulatoires (extérieurs) reçoivent des informations au guichet*», ce qui indique la mise en œuvre réelle de programmes d'éducation thérapeutique. Enfin, «*un audit sur la sécurisation du médicament a été réalisé en janvier 2012 portant sur la prescription et l'administration*».

Cette démarche de management, de diagnostic, de projet et d'évaluation a pour but de s'intégrer au sein des organisations accompagnées afin que les acteurs se l'approprient et la poursuivent. Le problème de «l'enclenchement» selon Moisdon (2008, *op.cit.*) c'est-à-dire de ce passage à l'appropriation généralisée reste cependant complexe.

Au-delà des résultats de cette certification et de la progression par rapport à la précédente, il apparait que la pharmacie de l'hôpital A a engagé une démarche permanente d'évaluation et d'amélioration. La méthodologie de recherche-intervention et de certains de ses outils comme le diagnostic socio-économique ou les grilles de compétences semble désormais solidement installée. Les projets de dotation de médicaments et d'administration des chimiothérapies, au sein du programme LOGIQS (Cf. partie 2.IV.1.1) en sont une illustration.

La production de résultats a été le fruit d'interventions menées sur plusieurs années au sein de nos terrains de recherche, notamment le terrain A. Cette production a contribué à stimuler la coopération entre acteurs hospitaliers autour de la gestion du médicament. Enfin l'exploitation longitudinale de ces données a permis l'enracinement de l'approche socio-économique jusqu'aux bons résultats lors de la certification de l'hôpital A.

CHAPITRE VIII

ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT MÉDICO-PHARMACEUTIQUE :

VERS UN REGAIN DE LÉGITIMITÉ DES ACTIVITÉS DE LA PHARMACIE

Nous verrons dans ce chapitre l'impact des dysfonctionnements sur la coopération avec les services cliniques et sur la légitimité de la pharmacie. Au-delà des conséquences sur la performance organisationnelle, les dysfonctionnements impactent directement la qualité de la coopération et la légitimité médico-pharmaceutique au sein des différents terrains d'observation. Les résultats du pilotage de la coopération pharmacie-services cliniques autour de la gestion du médicament représentent une source de reconnaissance de la mission pharmaceutique. Ce pilotage a permis d'identifier des couples de «coopération-légitimité» qui lient actions de coopération et retours en termes de légitimité. Enfin, la mise en place d'une formation au pilotage médico-pharmaceutique a permis de proposer des outils de management immédiatement mobilisables.

VIII.1 Légitimité et coopération : une interaction fructueuse

Hypothèse descriptive n°8 : Les concepts de coopération et de légitimité sont utiles à mobiliser pour la reconnaissance de la pharmacie.

Si l'administration doit aller rechercher à l'extérieur une légitimité institutionnelle avec des ressources supplémentaires (Moisdon, Tonneau, 1999, *op. cit.),* le pharmacien, praticien hospitalier va rechercher avant tout des éléments de légitimité à l'intérieur de la structure : auprès des cliniciens et des soignants des services cliniques en priorité. C'est à lui de clarifier cette posture bien souvent ambigüe en tant que gestionnaire du médicament et praticien hospitalier pour aider les acteurs des différents mondes de l'hôpital, les soignants, les médecins et la direction (Cf. partie 1.II.2.1) à coopérer au service de l'efficience commune du médicament (Gloubermann, Mintzberg, 2002, *op. cit.).* C'est cette qualité de coopération sur le processus du circuit du médicament à la croisée du parcours patient et de la thérapeutique qui permettra d'accroitre l'importance de la pharmacie, donc sa légitimité.

VIII.1.1 Au-delà du pouvoir, la légitimité

La légitimité repose sur les règles et l'autorité, et chaque organisation, en prenant de nouvelles décisions, modifie la trajectoire de sa légitimité imprimant une nouvelle logique rendant l'ancienne obsolète (Carney M., Gedajlovic E., 2002). Ces modifications de trajectoire sont une opportunité à un moment donné favorable pour développer la légitimité d'une organisation, comme le service pharmacie d'un hôpital adoptant de nouveaux comportements impactant les décisions de l'organisation. Le projet stratégique de la pharmacie de l'hôpital, le développement de nouveaux projets avec les services cliniques, l'appropriation d'outils de management par les personnels de la pharmacie sont autant d'éléments qui concourent à un nouveau positionnement de ce groupe d'acteurs.

Au-delà de ces critères normatifs et culturels de légitimité envisagés dans la littérature (Cf. partie 1.II.3.3 [Weber M., 1947, *op. cit.*], [Scott R., 1995, *op. cit.*], [Suchmann M-C., 1995, *op. cit.*]), considérons avec F. Perroux (1971) un champ de forces au sein duquel les acteurs sont à la recherche d'une position dominante. Cette position permet de mieux situer son action et de la valoriser. Nous pourrions ainsi envisager la position de la pharmacie dans le champ de forces de l'hôpital, en quête d'une position plus centrale, notamment dans le processus médico-pharmaceutique.

Ces notions de pouvoir et de légitimité s'inscrivent pour la pharmacie dans un cheminement coopératif. Celui-ci se construit avec les acteurs et prend du sens par rapport à un projet (Reynaud J-P., 1997, *op.cit.*). Si cette légitimité repose sur la coopération autour d'un projet, elle nécessite également une communication adaptée. Selon R. Laufer (1991), il faut communiquer un management compréhensible et cohérent ; la raison, la tradition ou le charisme de Weber (1922, *op.cit.*) ne peuvent suffire. C'est la construction d'un langage commun, signe de coopération et de communication, qui permettra de développer la légitimité externe et interne Les notions de coopération et de communication semblent donc centrales dans la quête de légitimité**. Plus la qualité de la coopération et de la communication est élevée, plus les conditions de la légitimité de celui ou ceux qui en sont à l'origine seront élevées.**

VIII.1.2 Une faible légitimité pharmaceutique reliée aux dysfonctionnements

La faible légitimité de certains personnels hospitaliers est soulignée par le rapport Mission Hôpital Public 2011-2012 (Fellinger F., Boiron F., 2012). Concernant la pharmacie, les dysfonctionnements du circuit du médicament sont logiquement reliés au fonctionnement de la pharmacie. Ceux-ci entraînent une perte de légitimité de la pharmacie auprès des soignants, même s'ils interviennent à un autre endroit du processus, impliquant souvent d'autres acteurs. L'enjeu initial de notre recherche-intervention sur le terrain a été, dans le cadre d'une démarche *a priori* inductive, de bien identifier les dysfonctionnements avec l'aide de tous les acteurs concernés.

Les dysfonctionnements directement reliés à la légitimité ont été identifiés sur le terrain A comme l'indique le tableau 37 ci-dessous.

Tableur 37: Dysfonctionnements du terrain A en termes de légitimité (nomenclature ISEOR)

IDEES CLES	LEGITIMITE
NOMENCLATURE ISEOR	TERRAIN A diagnostic
THEME 1: conditions de travail	problème locaux et équipements de la pharmacie inadaptés
THEME 2 organisation du travail	les personnels de la pharmacie ne se sentent pas légitimes
	Absence de valorisation de l'activité pharmacie
THEME 3 3C Communication Coordination Concertation	
THEME 4 gestion du temps	Pas de respect du travail des collègues
THEME 5 formation intégrée	
	Peu de formation de tous les acteurs au circuit du médicament
THEME 6 MOE stratégique Mise en œuvre stratégique	
	Difficulté de reconnaissance des personnels de la pharmacie
	pas de prise en compte du circuit du médicament
	Difficulté de fonctionnement de la COMEDIMS
TOTAL: 38 IC	
LÉGENDE TERRAIN A	
GRAS SURLIGNE GRIS	DYSFONCTIONNEMENT INITIAL

Le tableau ci-dessus dresse la liste les dysfonctionnements ayant un impact sur la légitimité et l'image de la pharmacie, selon les thèmes de la nomenclature retenue.

Le thème «conditions de travail» (n° 1) reprend la question des équipements et locaux inadaptés, illustration de la faible valorisation de la part de la direction du rôle productif de la pharmacie au sein d'un hôpital.

Le thème «organisation du travail» (n° 2) identifie les plaintes du personnel pharmaceutique directement en termes de reconnaissance de leurs activités

Le thème «communication-coordination-concertation» (n° 3) n'apparait pas *a priori* en termes de dysfonctionnements de légitimité dans les remontées. Cependant ce thème directement relié à la coopération a un impact sur la légitimité comme nous le verrons dans la partie VIII.2.2.

Le thème «gestion du temps» (n° 4) isole le manque de respect du travail des collègues, marquant ainsi leur faible reconnaissance.

Le thème «formation intégrée» (n° 5) reprend le faible niveau de formation au circuit du médicament, mettant en évidence la faible légitimité de cette activité encore vécue comme logistique jusqu'aux accidents thérapeutiques récents.

Le thème «mise en œuvre stratégique» (n° 6) reprend l'absence de reconnaissance du personnel pharmaceutique et de l'importance du circuit du médicament par les parties prenantes ainsi que le déficit de fonctionnement de la COMEDIMS (Commission du médicament).

Ce diagnostic s'est déroulé en 2009, l'analyse et l'évolution des résultats jusqu' en 2012 seront développés dans la partie VIII.2. Nous avons appliqué la même analyse dysfonctionnelle en termes de légitimité sur les terrains B comme l'illustre le tableau 38 ci-après.

Tableur 38 : Dysfonctionnements sur les sites du terrain B en termes de légitimité

IDEES CLES	Pouvoir…	
NOMENCLATURE ISEOR	**TERRAIN B1 diagnostic**	**TERRAIN B2 diagnostic**
THEME 1: conditions de travail	**locaux inadaptés**	
	matériels de rangement inadaptés	**manque cruel de matériel récent**
	Pbroblème d'interruptions des personnels de la pharmacie par les autres services	
THEME 2 organisation du travail		**la demande de personnel phie dans les services est une marque de confiance**
	Difficulté à valoriser les activités pharmaceutiques	**peu de responsabilisation des personnels pharmacie**
	Pas de connaissance du circuit du médicament	
THEME 3 3C		**les médecins ne tiennent pas compte des informations de la pharmacie**
Communication	**la valeur ajoutée de la pharmacie n'est pas visible**	**les centres de décision ne s'intéressent pas au circuit du médicament**
Coordination	**Pas de connaissance des métiers de la pharmacie et des services cliniques**	
Concertation		
THEME 4 gestion du temps		**Pas de respect des délais de commande**
		Peu d'implication au sein de la COMEDIMS
	la pharmacie n'est visible qu'à travers ses dysfonctionnements	
THEME 5 formation intégrée		
	peu de formation à la thérapeutique	**manque de formation à la thérapeutique**
THEME 6 MOE stratégique		
Mise en œuvre stratégique		
	pas de stratégie du médicament	**la stratégie de la pharmacie n'est pas une priorité**
	difficulté de fonctionnement de la COMEDIMS	**pas d'impact de la COMEDIMS**
	faible légitimité scientifique de la pharmacie	
	manque de récompense du personnel pharmaceutique	
TOTAL: 38 IC	**LEGENDE TERRAINS B**	
	GRAS	**Dysfonctionnements CONVERGENTS**
	GRAS ITALIQUE	***Dysfonctionnements SPECIFIQUES***

Sur 23 idées-clés regroupant des dysfonctionnements (d'après les thèmes et sous thèmes de la nomenclature ISEOR), 3 seulement sont spécifiques d'une des deux pharmacies du terrain B, 21 sont convergentes.

Dans le thème «conditions de travail» (n° 1), les conditions matérielles nous ont semblé pouvoir impacter, au-delà de l'efficacité, l'image même et la légitimité du service pharmacie ; le manque de certains matériels étant commun aux deux sites : sur le site principal, l'inadaptation des locaux pouvant être perçue comme une faible reconnaissance et les interruptions du personnel pharmacie par les services cliniques comme un manque de respect.

Dans le thème «organisation du travail» (n° 2), la valorisation et la responsabilisation des personnels pharmaceutiques est une préoccupation des deux sites ; la méconnaissance du circuit du médicament est observée sur le site principal, alors que c'est plutôt la présence des personnels pharmaceutiques dans les services cliniques qui est demandée sur le site secondaire ; ces éléments représentent une marque de confiance et une opportunité de légitimité organisationnelle pour la pharmacie.

Dans le thème «communication, coordination, concertation» (n° 3), le manque d'intérêt porté aux activités pharmaceutiques sur les deux sites illustre une faible mise en valeur de celles-ci. Sur le site principal, il y a une méconnaissance des métiers des uns et des autres qui marque un manque d'intérêt, alors que sur le site secondaire tant les médecins que les personnels ne semblent pas respecter le travail fourni par la pharmacie.

Dans le thème «gestion du temps» (n° 4), nous avons identifié des éléments divergents susceptibles d'illustrer un défaut de légitimité : les questions du respect des délais de commande, de fonctionnement de la COMEDIMS sur le site secondaire et enfin une visibilité sur le circuit du médicament du site principal perçue uniquement à travers ses dysfonctionnements.

Dans le thème «formation intégrée» (n° 5), les deux sites insistent sur la faible formation en termes de thérapeutique, domaine dans lequel la pharmacie pourrait développer son action et sa légitimité.

Dans le thème «mise en œuvre stratégique» (n° 6), l'absence de stratégie du médicament est propre aux deux sites tout comme le faible impact des commissions du médicament locales. Sur le site principal, les questions de légitimité scientifique de la pharmacie et de récompense de son personnel apparaissent de manière spécifique.

Il ressort qu'il n'y a pas de thème complètement convergent entre les différentes organisations en termes de légitimité. Les managers auront donc des choix stratégiques à effectuer parmi toutes ces idées pour les transformer en opportunités de légitimité.

La légitimité est une construction complexe qui au-delà des règles et du pouvoir s'élabore patiemment en délivrant un service rendu de qualité aux parties prenantes et en leur faisant savoir. **L'analyse détaillée des dysfonctionnements d'un processus comme le circuit du médicament avec tous les acteurs concernés, à l'initiative de la pharmacie est certainement le point de départ de la consolidation de sa légitimité** que des actions et des résultats concrets viendront ensuite renforcer.

VIII.2 Résultats de l'activité médico-pharmaceutique : une confirmation de la légitimité de la pharmacie

Hypothèse explicative n°8 : La production de résultats et d'actions d'amélioration utiles au fonctionnement médico-pharmaceutique favorise la reconnaissance de l'activité pharmaceutique.

L'étude de l'amélioration des dysfonctionnements sur l'hôpital A, de leur mise en évidence jusqu'à leur analyse, permet d'évaluer la légitimité de la pharmacie à travers son pilotage des activités et des projets mis en place.

VIII.2.1 Les résultats obtenus, source de reconnaissance de l'activité pharmaceutique

L'étude longitudinale de trois ans menée sur le terrain A permet d'isoler un certain nombre de résultats en termes de légitimité comme l'illustre le tableau 39 ci-après.

Tableau 39 : Idées-clés en termes de légitimité sur le terrain A au diagnostic et en fin d'intervention

IDEES CLES	LEGITIMITE	Reconnaissance…
NOMENCLATURE ISEOR	TERRAIN A diagnostic	TERRAIN A évaluation
THEME 1: conditions de travail	problème locaux et équipements de la pharmacie inadaptés	investissement sur réfection locaux
		amélioration partielle sur matériel
THEME 2 organisation du travail	les personnels de la pharmacie ne se sentent pas légitimes	rôle du préparateur mieux perçu dans les services
	Absence de valorisation de l'activité pharmacie	meilleure motivation de l'équipe pharmacie
THEME 3 3C Communication Coordination Concertation		bonnes relations entre managers de la pharmacue et des services cliniques
THEME 4 gestion du temps	Pas de respect du travail des collègues	*peu d'amélioration sur le respect du travail des collègues*
THEME 5 formation intégrée		mise en place de polycompétence par la phie
	Peu de formation de tous les acteurs au circuit du médicament	amélioration de la formation au C.Medt
THEME 6 MOE stratégique Mise en œuvre stratégique		reconnaissance de l'approche managériale de la phie: processus, dysfonctionnements grilles de compétences
	Difficulté de reconnaissance des personnels de la pharmacie	*peu d'amélioration de la reconnaissance des personnels de la pharmacie*
	pas de prise en compte du circuit du médicament	amélioration des moyens pour le circuit du médicament
	Difficulté de fonctionnement de la COMEDIMS	la COMEDIMS locale fonctionne
TOTAL: 38 IC		
LÉGENDE TERRAIN A		
GRAS SURLIGNE GRIS	DYSFONCTIONNEMENT INITIAL	
GRAS	AMÉLIORATION	
GRAS ITALIQUE	*AMLIO RATION PARTIELLE*	
ITALIQUESURLIGNE GRIS	*PAS D'AMELIORATION VOIRE DÉTERIORATION*	

Nous pouvons ainsi déterminer les dysfonctionnements propres à la légitimité qui ont vu une amélioration ou non. Sur les dysfonctionnements regroupés en 12 idées-clés, 10 ont été améliorés.

Au sein du thème «conditions de travail» (n° 1), les fonds pour la réfection des locaux sont la marque de l'utilité d'investir sur l'outil de travail «pharmacie» au moment de la prise de fonction du nouveau chef de service ; l'amélioration sur les matériels a été partielle. Ces travaux ont tout au moins eu un intérêt en termes d'image, l'impact sur la légitimité étant plus difficilement évaluable.

Les dysfonctionnements du thème «organisation du travail» (n° 2), ont été systématiquement améliorés : perception du rôle du préparateur dans les services, motivation de l'équipe pharmacie.

Le thème «communication-coordination-concertation» (n° 3) est plus spécifique de la coopération entre acteurs ; notons simplement que les bonnes relations entre managers de la pharmacie et de ceux des services cliniques favorisent potentiellement la légitimité de la pharmacie à partir du moment où celle-ci promeut une interaction de qualité. La qualité de la coopération illustre parfaitement ici son impact sur la légitimité.

L'item respect du travail des collègues classé au sein du thème «gestion du temps» (n°4) n'a pas progressé.

La formation au circuit du médicament du thème «formation intégrée» (n° 5) s'est considérablement améliorée ; la mise en place des grilles de compétences à la pharmacie avec les personnels est maintenant intégrée en routine. Ces éléments renforcent la visibilité et la reconnaissance des personnels et des activités pharmaceutiques.

Au sein du thème «mise en œuvre stratégique» (n° 6), la reconnaissance des approches managériales de la pharmacie est désormais clairement identifiée ; de nouveaux moyens pour la gestion du médicament ont été débloqués (armoires…), et la commission du médicament fonctionne correctement : réunions régulières, projets médico-pharmaceutiques…

Même si le terrain B (Cf. chapitre III, partie 1.III.3.2) n'a pas bénéficié d'une étude longitudinale, nous proposons d'identifier ci-dessous les convergences en termes de légitimité sur l'ensemble de nos terrains.

Tableau 40 : Convergence des terrains A ET B en termes de légitimité

IDEES CLES	LEGITIMITE	Reconnaissance…	Pouvoir…	
NOMENCLATURE ISEOR	**TERRAIN A diagnostic**	**TERRAIN A évaluation**	**TERRAIN B1 diagnostic**	**TERRAIN B2 diagnostic**
THEME 1: conditions de travail	**problème locaux et équipements de la pharmacie inadaptés**	**investissement sur réfection locaux**	**locaux inadaptés**	
		amélioration partielle du matériel	**matériels de rangement inadaptés**	**manque cruel de matériel récent**
			problème d'interruptions des personnels de la pharmacie par les autres services	
THEME 2 organisation du travail	**les personnels de la pharmacie ne se sentent pas légitimes**	**rôle du préparateur mieux perçu dans les services**		**la demande de personnel phie dans les services est une marque de confiance**
	Absence de valorisation de l'activité pharmacie	**meilleure motivation de l'équipe pharmacie**	**Difficulté à valoriser les activités pharmaceutiques**	**peu de responsabilisation des personnels pharmacie**
			Pas de connaissance du circuit du médicament	
THEME 3 3C		**bonnes relations entre managers de la pharmacie et des services cliniques**		**les médecins ne tiennent pas compte des informations de la pharmacie**
Communication			**la valeur ajoutée de la pharmacie n'est pas visible**	**les centres de décision ne s'intéressent pas au circuit du médicament**
Coordination Concertation			**pas de connaissance des métiers de la pharmacie et des services cliniques**	
THEME 4 gestion du temps	**pas de respect du travail des collègues**	***peu d'amélioration sur le respect du travail des collègues***		**pas de respect des délais de commande**
				peu d'implication au sein de la COMEDIMS
			la pharmacie n'est visible qu'à travers ses dysfonctionnements	
THEME 5 formation intégrée		**mise en place de polycompétence par la pharmacie**		
	peu de formation de tous les acteurs au circuit du médicament	**amélioration de la formation au circuit du médicament**	**peu de formation à la thérapeutique**	**manque de formation à la thérapeutique**
THEME 6 MOE stratégique		**reconnaissance de l'approche managériale de la phie: processus, dysfonctionnements grilles de compétences**		
Mise en œuvre stratégique	**Difficulté de reconnaissance des personnels de la pharmacie**	***peu d'amélioration de la reconnaissance des personnels de la pharmacie***		
	pas de prise en compte du circuit du médicament	**amélioration des moyens pour le circuit du médicament**	**pas de stratégie du médicament**	**la stratégie de la pharmacie n'est pas une priorité**
	Difficulté de fonctionnement de la COMEDIMS	**la COMEDIMS locale fonctionne**	**mauvais fonctionnement de la COMEDIMS**	**pas d'impact de la COMEDIMS**
			faible légitimité scientifique de la pharmacie	
			manque de récompense du personnel pharmaceutique	
TOTAL: 38 IC				

LÉGENDE TERRAIN A	
GRAS SURLIGNE GRIS	**DYSFONCTIONNEMENT INITIAL**
GRAS	**AMÉLIORATION**
GRAS ITALIQUE	***AMLIO RATION PARTIELLE***
ITALIQUESURLIGNE GRIS	***PAS D'AMELIORATION VOIRE DÉTERIORATION***

LEGENDE TERRAINS B	
GRAS	**Dysfonctionnements CONVERGENTS**
GRAS ITALIQUE	***Dysfonctionnements SPECIFIQUES***

L'analyse ci-dessous permet d'identifier sur l'ensemble de nos terrains, les éléments qui favorisent ou freinent la légitimité pharmaceutique.

Thème «conditions de travail» (n° 1) : les locaux, systématiquement cités, ne permettent pas la valorisation de l'activité pharmaceutique.

Thème «organisation du travail» (n° 2) : la reconnaissance des personnels pharmaceutiques auprès des services cliniques est une clé de légitimité systématique. Leur valorisation est très attendue.

Thème «communication-coordination-concertation» (n° 3) : la qualité de la relation, la reconnaissance mutuelle entre managers hospitaliers est déterminante ; elle permet de renforcer la légitimité.

Thème «gestion du temps» (n° 4) : le respect du travail des collègues et des délais de traitement des dossiers est un gage de reconnaissance mutuelle.

Thème «formation intégrée» (n° 5) : le niveau de formation au médicament est une clé de légitimité pour tous les acteurs et en particulier pour le personnel pharmaceutique.

Thème «mise en œuvre stratégique» (n° 6) : l'absence de stratégie du médicament déployée à travers les instances dénote un manque de légitimité décisionnelle.

Au-delà de nos diagnostics, nous avons mené en 2010 et 2011 une série d'entretiens complémentaires auprès de décideurs, Directeurs d'hôpitaux et Chef de services Pharmacie. Les objectifs étaient de recueillir leurs avis sur les dysfonctionnements du circuit du médicament et surtout de les questionner sur les éléments qui pouvaient constituer des variables de légitimité du pharmacien hospitalier.

Nous retrouvons deux familles de variables ; certaines correspondent au cœur de métier et d'autres font émerger de nouvelles compétences.

Sont bien sûr citées des activités techniques : les activités logistiques d'approvisionnement, celles de production avec la fabrication des chimiothérapies, la gestion des risques et la pharmacovigilance, mais aussi l'aspect financier avec la fonction achat et la gestion des produits onéreux. Sont citées des activités plus proches de la clinique

et du patient comme la rétrocession ; le circuit du médicament a même été qualifié d'activité à double flux : flux logistique et flux clinique. Mais comme l'explique une des personnes interviewées, «*les pharmaciens ne collaborent pas assez sur le circuit du médicament et ils sont donc perçus comme des petites mains : ils ont perdu leur légitimité en ne partageant pas*» conclut une personne interviewée. La question du développement de capacités plus généralistes, telles que des compétences transversales ont été citées, comme par exemple la nécessité de participer très activement aux instances de pilotage. Les facteurs de succès exprimés sont une coordination de proximité, une organisation du travail qui s'appuie sur l'équipe pharmacie, et un pilotage stratégique accepté. Faute d'implication dans le pilotage des activités médico-pharmaceutiques, certaines missions risquent d'être redistribuées; l'arrêté du 6 avril 2011 ne prévoit-il pas de nommer un gestionnaire des risques médicamenteux ? Bien souvent, la légitimité est justifiée par sa rationalité économique qui permet la prise de décision (de Montgolfier J., Berthier P., 1978) ; elle doit cependant rester soutenue par des modes de coordination efficaces. Un des pharmaciens explique même que la légitimité est une question de posture et de formation. Ces notions de commandement (Weber M., 1922) et de formation, sont, selon nous déterminantes dans le développement de la légitimité.

Le leadership que le chef du service pharmacie de l'hôpital A a développé pour entraîner ses collaborateurs et stimuler ses partenaires des autres services cliniques autour du circuit du médicament est le résultat d'une démarche engagée et complète allant du diagnostic collectif (leadership participatif), à la mise en œuvre de projets, parfois avec un fort niveau d'autonomie, un «laissez-faire» comme le décrit K. Lewin, jusqu'à leur mesure et leur mise en valeur (Lewin K., 1951). Le chef de service pharmacie a également recours à un leadership directif, notamment sur l'application de la stratégie définie et des moyens employés. Par exemple, il a effectué un contrôle strict de la mise en place de chaque projet et de ses indicateurs de suivi, en particulier le suivi du nombre de bons d'urgence et la réduction des délais de traitement des patients sous chimiothérapie anticancéreuse.

VIII.2.2 Pilotage au service de la légitimité médico-pharmaceutique

La coopération et la légitimité sont liées. Au chapitre II (partie 1.II.3.3.b) nous avons mobilisé les théories de la régulation sociale (Reynaud J-P., 1997, *op.cit.*) et de la rationalité (Crozier M., Friedberg E., 1977, *op.cit.*) pour rappeler que la légitimité se construit entre acteurs qui coopèrent. Les processus de mise en œuvre de l'action collective et de ses modes de coordination créent selon O. Godard (1990) un «trouble de légitimité» ; ce trouble, entre qualité de coordination et question de légitimité se manifeste par le faible poids des intérêts. En ce sens, la légitimité pharmaceutique est troublée par sa faible importance et son manque de représentation dans l'hôpital.

La légitimité est également un processus continu (Beaulieu S. et *al.,* 2002, *op.cit.*) dont nous avons pu observer la construction sur le terrain, dans les pratiques professionnelles : légitimité et coopération se nourrissent mutuellement au travers des idées-clés et de l'évolution des idées-clés.

L'étude longitudinale du terrain A ci-dessous en permet une lecture concrète.

Tableau 41: Progression des idées-clés en termes de coopération et de légitimité sur le terrain A

Résultats Terrain A	COOPERATION	LEGITIMITE
THEME 1 conditions de travail	horaires de la pharmacie acceptés	
	optimisation des locaux	investissement sur réfection locaux
	équipe pharmacie plus soudée	
		amélioration partielle sur le matériel
THEME 2 organisation du travail	clarté des tâches améliorée	
	rôle des préparateurs mieux perçu	rôle du préparateur mieux perçu dans les services
	même problème de gestion des procédures	
		meilleure motivation de l'équipe phie
THEME 3 3C	amélioration de la comm entre sces, en réunion, sur les projets, entre managers	bonnes relations entre managers phie et sces cliniques
Communication	*même difficulté de communication verticale*	
Coordination Concertation		
	amélioration du circuit d'administration	
	pb de présence partiellement réglé	
	gestion des bons partiellement réglée	
	même problèmes de dérangements	
		peu d'amélioration sur le respect du travail des collègues
		mise en place de polycompétence par la phie
THEME 5 formation intégrée	amélioration de la formation au CM	amélioration de la formation au circuit du médcament
	mêmes problèmes e formation à l'animation	
	Développement de l'ETP*	
THEME 6 MOE stratégique	*mécontentement sur la centralisation des instances*	
Mise en œuvre stratégique		reconnaissance de l'approche managériale de la pharmacie: processus, dysfonctionnements, grilles de compétences
		peu d'amélioration de la reconnaissance des personnels de la pharmacie
		amélioration des moyens pour le circuit du médicament
	amélioration COMEDIMS au niveau local	COMEDIMS** locale fonctionne

LÉGENDE	
GRAS	AMÉLIORATION
GRAS ITALIQUE	*AM ÉLIORATION PARTIELLE*
ITALIQUESURLIGNE GRIS	*PAS D'AM ÉLIORATION VOIRE DÉTERIORATION*
*ETP	Éducation thérapeutique du patient
**COMEDIMS	Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles

Ces dysfonctionnements affectant à la fois la coopération et la légitimité concernent des activités soit logistiques comme l'optimisation des locaux, soit fonctionnelles comme l'organisation des activités, soit relationnelles comme la communication entre services ou les glissements de tâches, soit décisionnelles comme le fonctionnement des instances ou l'investissement en termes de formation.

En synthèse, certaines actions enregistrent une amélioration de leur perception par les acteurs eux-mêmes sur ce terrain A. Elles concernent par ordre décroissant : les conditions et l'organisation de travail, la mise en œuvre stratégique, la formation, la communication-coordination-concertation et la gestion du temps. Au total sur les dysfonctionnements de 17 idées-clés ayant un impact sur la coopération, 12 idées-clés ont vu leurs dysfonctionnements améliorés complètement ou partiellement. Sur les dysfonctionnements de 10 idées-clés ayant un impact sur la légitimité, 9 ont vu une amélioration. Si cette analyse qualitative ne permet pas le calcul de pourcentages, notons que l'amélioration perçue semble significative.

La démarche proactive de la pharmacie en termes de relations transversales, d'actions de formation ont été suffisamment visibles afin d'obtenir des moyens supplémentaires tels que des budgets formation ou des armoires à pharmacie pour les dotations de services.

Restent en suspens les questions de management vertical, de complexité des procédures et de reconnaissance de la pharmacie qui nécessitent de poursuivre dans la voie de l'amélioration du fonctionnement médico-pharmaceutique.

Ces éléments coopératifs qui nourrissent la légitimité pharmaceutique du terrain A ou en freinent la perception peuvent être mis en perspective avec le diagnostic du terrain B.

Tableau 42 : Idées-clés des sites du terrain B en termes de coopération et de légitimité

IDEES CLES	COOPERATION		LEGITIMITE	
NOMENCLATURE ISEOR	TERRAIN B1 diagnostic	TERRAIN B2 diagnostic	TERRAIN B1 diagnostic	TERRAIN B2 diagnostic
THEME 1 conditions de travail	problème d'horaires de la pharmacie	problème d'horaires de la pharmacie	locaux inadaptés	
	manque d'espace de convivialité		matériels de rangement inadaptés	manque cruel de matériel récent
		mauvaise ambiance à la pharmacie	*nterruptions des personnels phiarmacie ar les autres services*	
		tension entre les acteurs sur la sécurité du circuit du médicament		
		difficulté de vécu des médecins dans l'intrusion de leur pratiques		
		manque de tocks dans les services		
	problème d'interruption de tâches			
THEME 2 organisation du travail	pas de connaissance des missions	méconnaissance des organigrammes		la demande de personnel pharmacie dans les services est une marque de confiance
	peu connaissance du circuit du medicament	pas de gestion partagée du médicament	Difficulté à valoriser les activités pharmaceutiques	peu de responsabilisation des personnels pharmacie
		Procédures peu appliquées	pas de connaissance du circuit du médicament	
THEME 3 3C Communication Coordination Concertation	peu de communication médecins-pharmaciens et soignants-préparateurs	difficultés de relation services cliniques-pharmacie: pas de moments d'échange		les médecins ne tiennent pas compte des informations de la pharmacie
	pas de réunions internes au service pharmacie	peu de communication interne à la pharmacie	la valeur ajoutée de la pharmacie n'est pas visible	les centres de décision ne s'intéressent pas au circuit du médicament
	absence de communication pharmaciens-préparateurs		manque de connaissance des métiers de la pharmacie et des services cliniques	
	problémende communication avec SI	mauvaise communication avec SI		
	peu de gestion du medicement entre tous les acteurs concernés	pas de communication des médecins sur les infos pharmacie dans leurs services		
THEME 4 gestion du temps	non respect des délai sd'arrivée des médicaments dans les services	difficulté d'approvisionnement des médicaments dans les services		manque de respect des délais de commande
		non respect des délais de commande par les services		peu d'implication au sein de la COMEDIMS
			la pharmacie n'est visible qu'à travers ses dysfonctionnements	
	pas d'orientation de la pharmacie vers les services cliniques			
		trop de bons d'urgence		
	problème de gestion du medicament du aux actions des acteurs			
THEME 5 formation intégrée	peu de formation à la thérapeutique	peu de formation à la thérapeutique	pas de formation à la thérapeutique	manque de formation à la thérapeutique
	pas d'orientation des personnels vers le patient			
THEME 6 MOE stratégique Mise en œuvre stratégique	manque d'efficacité des instances	manque d'efficacité des instances	pas de stratégie du médicament	stratégie phie n'est pas une priorité
		la COMEDIMS locale fonctionne	mauvais fonctionnement de la COMEDIMS	pas d'impact de la COMEDIMS
	pas e culture de la performance		*manque de légitimité scientifique de la pharmacie*	
			absence de récompense du personnel pharmaceutique	

LEGENDE TERRAINS B	
GRAS	Dysfonctionnements CONVERGENTS
GRAS ITALIQUE	*Dysfonctionnements SPECIFIQUES*

Sur l'ensemble des idées-clés du tableau 42 ci-dessus regroupant les dysfonctionnements des hôpitaux B1 et B2 du terrain B en termes de coopération et de légitimité, 8 seulement sur 58 sont spécifiques d'un seul hôpital. La majorité des idées-clés que ce soit en termes de coopération comme de légitimité converge d'un hôpital à l'autre.

La proximité entre les idées-clés facilitant la coopération et celles stimulant la légitimité nous incite à exprimer qu'une coopération de qualité, bien engagée par la pharmacie et organisée avec les services cliniques est à même de renforcer la légitimité pharmaceutique.

Certaines actions peuvent participer conjointement à ces objectifs de coopération et de légitimité. Le travail du groupe projet mis en place après le diagnostic a fait émerger les propositions suivantes :

- prévoir des temps et des lieux d'articulation suffisants entre soignants et services cliniques et entre praticiens et collaborateurs; la diffusion de procédures se révèle limitée en termes d'efficacité et de satisfaction des personnels.
- Favoriser une meilleure connaissance des métiers et des organigrammes, formalisée et prévue à chaque interaction peut rapidement baisser le niveau de tension entre les acteurs.
- Mieux articuler les soignants et la pharmacie sur la gestion du médicament, en respectant les pratiques de chacun (questions d'intrusion, d'interruption de tâches…) ; cette articulation peut être améliorée par la présence de la pharmacie dans les services cliniques en adoptant des démarches de résolution de problèmes jusqu'aux instances.
- Organiser une formation sur les médicaments conjointe de l'ensemble des collaborateurs, effectuée par les médecins et pharmaciens pour améliorer la qualité de la prise en charge
- mettre en place des indicateurs simples de gestion du médicament (bons d'urgences) permettra un suivi quantitatif dans le temps.
- Impulser une nouvelle culture de coopération de la part de la pharmacie, soutenue par la direction et organisée avec les services cliniques, pour permettre un fonctionnement plus fluide et une meilleure reconnaissance de la pharmacie.

En conclusion, nous pouvons observer des fonctionnements techniques proches sur ces terrains B : dispensation journalière nominative et gestion de dotations et organisation générale, éléments de proximité de gouvernance qui devraient faciliter la fusion des activités et une meilleure visibilité de la future entité pharmaceutique. Les modes de management diffèrent cependant, l'activité pharmaceutique du site principal (B1) semblant être gérée de manière plus directe avec une impression de service rendu nette vis-à-vis des services cliniques, celle du site secondaire (B2) semblant plus fluide au sein de la pharmacie, mais avec plus de tiraillements vis-à-vis des services cliniques. Sur le terrain B c'est un juste équilibre entre le sérieux technique reconnu et le juste niveau de coopération attendu, en fonction des types de circuits du médicament plus ou moins automatisés, qui permettra le développement de la légitimité des pharmaciens et des personnels pharmaceutiques.

Au final, certaines idées-clés communes aux terrains A et B participent clairement à ces objectifs de légitimité : nous retrouvons la question des locaux et des lieux pour se retrouver, la connaissance des procédures et la valorisation des activités des autres, la question du pilotage des instances, la formation sur le médicament, et enfin le délai d'approvisionnement et les bons d'urgence. Ces points d'organisation tant techniques que coopératifs représentent certainement les facteurs de développement de la légitimité pharmaceutique.

Nous avons détaillé les dysfonctionnements puis les résultats en termes de coopération (Cf. partie 3.VII.2) et en termes de légitimité (Cf. partie 3.VIII.1). Nous avons relié les concepts de coopération et de légitimité (Cf. parties 1.II.3.2 & 3) et les idées-clés qui convergeaient sur le terrain entre coopération et légitimité (Cf. partie 3.VIII.2.2).

Tableau 43 : Synthèse des convergences en termes de coopération et de légitimité par thème socio-économique sur l'ensemble de nos terrains

IDEES FORCES	**INTERACTIONS LEGITIMITE ET COOPERATION**
NOMENCLATURE ISEOR©	**CONTINGENTES TOUS TERRAINS**
THEME 1 conditions de travail	***LOCAUX et MATERIELS***
THEME 2 organisation du travail	***REPARTITION DES TACHES***
	PROBLEMES de PROCEDURES
	RESPECT du TRAVAIL des COLLEGUES
THEME 3 3C	***RELATIONS INTER et INTRA SERVICES***
Communication-coordination-concertation	***RELATIONS INTER METIERS***
THEME 4 gestion du temps	***RESPECT des DELAIS de TRAITEMENT des DOSSIERS***
	GESTION des DOTATIONS et NOMBRE DE BONS D'URGENCE
	GLISSEMENTS DE FONCTION, DERANGEMENTS
	PRESENCE DE LA PHARMACIE DANS LES SERVICES CLINIQUES
THEME 5 formation intégrée	***FORMATION AU CIRCUIT DU MEDICAMENT, THERAPEUTIQUE***
THEME 6 MOE stratégique	***EFFICACITE DES INSTANCES, COMEDIMS***
Mise en œuvre stratégique	***APPROCHE & RECONNAISSANCE MANAGERIALE***

De ce tableau 43, nous retenons que les questions de locaux et de matériel impactent particulièrement l'activité pharmaceutique et ses relations avec les services cliniques. La répartition des tâches au sein d'un service support et en coordination avec les services de soins reste un levier clé de l'efficacité ; les procédures propres à une activité thérapeutique à haut risque, comme dans des domaines sensibles tel l'aéronautique, restent difficiles à mettre en place avec des soignants ; enfin, le respect du travail des personnels de la pharmacie est un paramètre générique : faire reconnaitre l'activité de services supports est souvent difficile, c'est pourquoi les leviers de légitimité, notamment de la part des services cliniques, mériteraient d'être actionnés.

Les relations au sein du service pharmacie entre les pharmaciens et des métiers sous-valorisés, comme celui de préparateur, sont à redéfinir en termes de périmètres de compétences et de responsabilités dans l'objectif d'une meilleure valorisation de l'ensemble des activités pharmaceutiques et des personnels de la pharmacie de l'hôpital.

La gestion du temps occupe une place importante dans les dysfonctionnements : respect des délais d'approvisionnement des dotations, problème des bons d'urgence, nombreux dérangements entre opérateurs et managers et enfin problème de présence de la pharmacie dans les services cliniques. De ces articulations, nous souhaitons proposer différents niveaux de coopération-légitimité.

Nous proposons d'établir ci-dessous des couples «coopération-légitimité» propres à l'activité pharmaceutique hospitalière, la qualité de la coopération nourrissant le niveau de légitimité.

VIII.2.3 Proposition de couples «coopération-légitimité»

Comme le souligne O. Godard (1990, *op.cit.*), système de légitimité et mode de coordination sont considérés comme équivalents. Nous avons donc cherché à identifier un certain nombre de couples coopération-légitimité communs à tous nos terrains et qui s'assemblent de manière convergente pour mobiliser la coopération et la légitimité.

Les locaux et le matériel représentent les fonctions de base d'une activité pharmaceutique qui nécessite de la place pour stocker et des moyens de transport ou de production. Nous appellerons ce premier niveau le **couple coopération-légitimité traditionnelle**. La négociation d'armoires de stockage des médicaments pour les services ou la refonte du processus de reconstitution des chimiothérapies en sont des exemples concrets. Un deuxième niveau comprend la répartition des tâches et l'intégration des procédures, les délais de traitement des dossiers, notamment la gestion des bons d'urgence. Nous avons regroupé ces activités dans un **couple coopération-légitimité fonctionnelle** visant à garantir le bon fonctionnement du circuit du médicament. Un troisième niveau constitue la qualité des interactions, que ce soit les relations transversales comme verticales et qui se traduit en particulier par la présence pharmaceutique dans les services cliniques. Nous le nommerons **couple coopération-légitimité relationnelle**. Un quatrième et dernier

niveau représente l'aspect stratégique avec le pilotage des instances, symbole de qualité managériale, le développement des collaborateurs et leur reconnaissance, par exemple par la formation au circuit du médicament. Ce niveau partagé entre les managers de la pharmacie, des services cliniques et de l'administration correspond au **couple coopération-légitimité décisionnelle**.

Nous identifions ainsi quatre étages de coopération-légitimité : traditionnel, fonctionnel, relationnel et décisionnel. Chacun des étages ne peut raisonnablement fonctionner si le précédent couple coopération-légitimité n'est pas correctement assuré. En synthèse, c'est en garantissant l'approvisionnement des médicaments, en structurant et répartissant les activités médico-pharmaceutiques, en renforçant la présence de la pharmacie auprès des soignants, et enfin en assurant le pilotage du circuit du médicament et la reconnaissance de ses acteurs, que la coopération, ainsi stimulée par la pharmacie permettra le développement de sa visibilité et de sa légitimité.

Dans le tableau 44 ci-dessous nous mettons en relation les couples coopération avec les activités qui y sont rattachées ainsi que les principaux thèmes correspondants de la nomenclature que nous utilisons.

Tableau 44 : Correspondance des couples « coopération-légitimité » avec les thèmes de dysfonctionnements

COUPLES COOPERATION-LEGITIMITE	ACTIVITES	THEMES correspondants
TRADITIONNELLE	ACTIVITES LOGISTIQUES	CONDITIONS DE TRAVAIL
FONCTIONNELLE	MISE EN ACTION DES PROCESSUS	ORGANISATION DU TRAVAIL
		GESTION DU TEMPS
RELATIONNELLE	MANAGEMENT ET COMMUNICATION	COMMUNICATION COORDINATION CONCERTATION
DECISIONNELLE	STRATEGIE ET MANAGEMENT	FORMATION
		MISE EN ŒUVRE STRATEGIQUE

Les résultats obtenus en réduisant les dysfonctionnements par un pilotage coopératif efficace du circuit du médicament sont une condition de reconnaissance de l'équipe pharmacie. Ces actions de transformation représentées par des couples «coopération-légitimité» permettent de situer différemment les niveaux d'intervention et d'efficience pharmaceutique: non seulement au niveau logistique, mais aussi au niveau fonctionnel avec la répartition des activités, au niveau coopératif et enfin au niveau du pilotage stratégique.

Pour asseoir cette légitimité pharmaceutique, nous avons proposé des actions concrètes, en particulier un programme de formation au pilotage médico-pharmaceutique auprès de pharmaciens hospitaliers mais aussi de soignants et de directeurs.

VIII.3 Proposition d'une formation au pilotage médico-pharmaceutique et évolution de la place de la pharmacie

Hypothèse prescriptive n°8 : La proposition d'une formation pour sensibiliser aux outils de pilotage contribue à reconnaitre la place de la pharmacie.

Depuis Adam Smith (1776), les économistes reconnaissent que les compétences représentent un atout économique important. Il est aujourd'hui admis que le capital humain représente entre deux tiers et trois quart du capital total (Stiglitz J. et *al.,* 2007) et qu'améliorer la formation d'un individu augmente sa productivité. Dans la théorie du capital humain (Schultz T., 1961) (Becker G., 1964), la formation est considérée comme un facteur exogène déterminant, alors que dans la théorie de l'innovation (Schumpeter J., 1926), l'acquisition des connaissances (Kline S., Rosenberg N, 1986) est considérée comme une ressource interne et incrémentale au cœur du processus d'invention. Le management socio-économique place la formation intégrée au cœur des projets de performance organisationnelle. La formation y est directement reliée à la réorganisation des emplois. Le programme de formation est encadré par l'analyse des dysfonctionnements et les grilles de compétences ; il est relié aux choix stratégiques de l'organisation (Savall H., Zardet V., 2003 p.317*s. op.cit.*).

La connaissance est donc un facteur-clé de création de valeur dans les entreprises (Guerrero I., 2008). Le rapport mission hôpital public 2011-2012 remis en avril 2012 par un comité d'experts explique dans son paragraphe 6.3.4.3 la forte demande de formation partagée des personnels hospitaliers ; cela permet d'améliorer le fonctionnement partenarial, notamment au niveau des pôles (Fellinger F., Boiron F. et *al*., 2012). La relation entre la formation des acteurs et leur niveau de coopération est un élément déterminant.

Concernant le circuit du médicament, la pharmacie de l'hôpital A a engagé très tôt une démarche collaborative basée sur le partage de connaissances. Le responsable de la gestion du médicament a mis en place à cet effet un certain nombre d'outils déployés par campagnes successives dans les services de soins. Cette pédagogie est certainement un moyen efficace de sensibilisation à la gestion du risque médicamenteux, enjeu clé vis-à-vis des patients fortement partagé par les soignants et la pharmacie.

C’est pourquoi l’enquête ci-après sur les évènements indésirables liés au médicament est un des outils de coopération entre la pharmacie et les services cliniques.

Tableau 45 : Questionnaire sur le circuit du médicament, hôpital A

Questionnaire de positionnement «anonyme»
sur vos connaissances les évènements indésirables liés au médicament

☐ Service clinique Fonction : ……

☐ Pharmacie

☐ Radiologie/médecine nucléaire

Cochez UNE ou PLUSIEURS réponse (s) par QCM

Question n° 1 –

Sont impliqués dans le circuit du médicament à l’hôpital

☐ Le pharmacien+ Préparateur

☐ Le pharmacien + médecin + IDE+AS+sage-femme+ Manip Radio+ préparateur+patient

☐ Le pharmacien + médecin + IDE+AS+sage-femme
+ Manip Radio+Préparateur+patient+directeur

☐ Le médecin + IDE+sage-femme

Question n° 2 –

Les erreurs médicamenteuses sont dues à des dysfonctionnements d’organisation dans :

☐ 5% des cas

☐ 100% des cas

☐ 80% des cas

Question n° 3

Avez-vous déjà observé un événement indésirable lié à une erreur médicamenteuse dans vos pratiques ?

☐ Non

☐ Oui

☐ si oui, l’avez-vous déclaré ? ☐OUI ☐Non

Question n° 4

Connaissez-vous le logiciel BLU Medi ?

☐ Non

☐ Oui

☐ Si oui, savez-vous comment y accéder ☐OUI ☐Non

Question n° 5

Un événement indésirable lié au médicament est évitable s’il s’agit

☐ Un effet indésirable relevant de la pharmacovigilance

☐ Une erreur médicamenteuse

Question n° 6

Le livret thérapeutique est la liste des médicaments

☐ Du Vidal

☐ Disponibles à l’hôpital

☐Disponible à l’hôpital + APHP (AGEPS)

Question n° 7

Les médicaments de ville sont gardés par le patient dans sa chambre

☐ Oui

☐ Non

Légende : IDE= Infirmière diplômée d’état / AS= Aide-soignante

Mais au-delà de l'approche par les risques, est apparue la nécessité d'un apprentissage fondé sur une approche de pilotage transversal qui impose une posture managériale du pharmacien et de son équipe.

C'est cette approche avec les acteurs mêmes du circuit du médicament que nous avons déployée afin d'obtenir un apprentissage incrémental endogène (Argyris C. & Schoen D.A., 1978), un continuum, qui, au-delà de l'augmentation des compétences et de la coopération contribuera à renforcer progressivement la légitimité pharmaceutique. Les résultats de ce type d'approche sont difficilement visualisables ; la roue de E. Deming (1982), malgré ses limites permet de représenter une amélioration continue. Nous avons utilisé cet outil pour évaluer cette formation.

VIII.3.1 Production d'une formation au pilotage du circuit du médicament

Le pilotage du circuit du médicament est souvent vécu par les pharmaciens sous l'angle d'une règlementation contraignante. Pour preuve, la première question lors de la session de formation que nous avons proposée ci-dessous touche à la règlementation. C'est suite à des discussions avec quelques pharmaciens hospitaliers qu'est né ce projet d'une formation au pilotage du circuit du médicament. Cette formation est destinée aux pharmaciens et aux acteurs du circuit du médicament, et mobilise des outils de pilotage que les pharmaciens pourront déployer avec les autres acteurs, soignants, cadres, médecins et directions. En recentrant le pilotage sur ses aspects organisationnels plus que règlementaires, le pari a été fait d'une amélioration de la coopération entre les acteurs augmentant la légitimité du pharmacien et de ses équipes. Le contenu de cette formation, qui a été développé sur la base d'outils du management socio-économique et de l'approche par processus est confidentiel du fait que nous l'avons élaboré dans le cadre de nos responsabilités professionnelles de responsable commercial au sein d'une entreprise pharmaceutique. Nous n'aborderons donc ici que les éléments génériques et les enseignements tirés par rapport à notre objet de recherche.

Ce projet de formation a été présenté début 2011. L'objectif était de proposer une nouvelle offre de service plus axée sur le pilotage des activités. Les aspects règlementation et sécurité seraient traités plutôt comme le résultat d'un management de qualité, même si

le contexte et les objectifs de sécurité guidés par un certain nombre d'accidents thérapeutiques figurent parmi les premières préoccupations des personnels et autorités de santé (Cf. contrat de bon usage, partie 2.VI.1 et certification, partie 3.VII.3.3). C'est dans cet esprit que nous avons fait appel à des pharmaciens experts pour construire ensemble un module de formation innovant, proposant la mobilisation d'outils de pilotage centrés sur le fonctionnement de ce processus.

Un groupe de projet a été constitué : cinq pharmaciens hospitaliers accompagnés d'un industriel du médicament et de ses intervenants. Les pharmaciens représentaient un éventail complet de types de pratiques : trois CHU (centre hospitalo-universitaire), un centre hospitalier de taille moyenne et un établissement du service de santé des armées. Deux des pharmaciens étaient Chefs de service et trois, responsables de l'approvisionnement des médicaments.

Le groupe projet a défini quatre thématiques : le rappel du contexte, les méthodologies, les outils et le pilotage. Il a élaboré un programme détaillé (Cf. annexe confidentielle 6), un fil conducteur (Cf. annexe confidentielle 7) pour expliquer l'objectif de la formation et permettre au fournisseur de recruter des participants, un guide de conduite de la réunion (Cf. annexe confidentielle 8) et le module de formation lui-même que nous ne sommes pas autorisés à partager (clause de confidentialité avec l'entreprise partenaire). Lors de la première réunion téléphonique, les fichiers des quatre documents ci-dessus ont été ouverts et mis en ligne sur un *google-group* pour faciliter le travail collectif des membres du groupe. Le contenu de la formation a été élaboré : projection d'un film amateur réalisé sur l'un des hôpitaux d'une dizaine de minutes au démarrage pour repérer les différents dysfonctionnements possibles tout au long du processus du circuit du médicament, jusqu'à l'erreur d'administration au patient. Chaque séquence de formation était suivie d'un atelier pratique. La deuxième séquence portait sur le contexte règlementaire et l'évolution du rôle du pharmacien vers une posture managériale à travers une approche fonctionnelle. La troisième était consacrée à l'approche par processus du circuit du médicament, puis à la démarche de retour d'expérience. Le processus préparatoire a commencé début 2011 et a permis de livrer le module après l'été 2011.

VIII.3.2 Mise en place et évaluation de la formation

La première étape de déploiement a consisté en une séance de formation en situation réelle avant fin 2011 auprès de pharmaciens auxquels il a été demandé une évaluation sans complaisance afin d'apporter les dernières modifications et obtenir l'accord pour un déploiement large à partir de début 2012. Cette session de formation visant à tester le module en situation réelle a permis de réunir onze pharmaciens hospitaliers. Afin que la qualité de cette formation soit évaluée, nous avons élaboré une grille d'évaluation (Cf. annexe 31).

Il est ressorti de l'analyse des évaluations que la satisfaction générale allait de 7 à 9 sur une échelle de 1 à 10. Sur 8 réponses, trois participants ont indiqué une note de 7 (37 %), quatre la note 8 (50 %) et une la note 9 (13 %). Aucune note n'a été attribuée en dessous de 7.

Les items qui ont reçu les meilleures appréciations «satisfaisant» et «très satisfaisant» sont la qualité globale, le déroulement et le format de la journée, la qualité des intervenants et l'interactivité entre animateurs et participants.

Celui qui a eu de moins bonnes appréciations correspond aux ateliers de mise en pratique.

Les conclusions du groupe de projet sur cette formation pilote ont été que les participants sont globalement satisfaits de cette approche méthodologique avec des outils de management facilement utilisables, que ce soit l'approche dysfonctionnelle (Savall H., Zardet V., 2003) (Nobre T., Merdinger-Rumpler C., 2009), l'approche par processus (Grandhaye J-P., Rieutord A., 2010) (Pascal Ch., 2003) ou la démarche de compte rendu d'expérience (CREX) (www.meah.sante.gouv.fr, 2008). Le deuxième point soulevé par le groupe de projet a été la difficulté à inviter des participants très sollicités par de nombreuses offres de formations. L'utilisation du «fil rouge», véritable trame d'argumentation doit aider l'entreprise partenaire à expliquer les objectifs, contenus et intérêt de cette formation pour le pilotage du circuit du médicament (annexe confidentielle 6).

Forts de cette expérience, nous avons finalement obtenu le déploiement de la formation pour l'année 2012. Neuf sessions ont été prévues ; au total trois réunions ont été réalisées sur l'année 2012 auprès d'une trentaine de participants.

Une analyse de ce succès partiel a été effectuée par le groupe fin 2012 (annexe confidentielle 9) : il ressort qu'il reste difficile de mobiliser les acteurs et de donner une visibilité plus large à cette offre, même si les participants, une fois venus semblent satisfaits. La satisfaction par rapport à la formation pilote parait en hausse sur une échelle de 1 à 10 :

en-dessous de 7 : 0 %

- note de 7 : 19 % (formation pilote : 37 %)
- note de 8 : 37 % (formation pilote : 50 %)
- note de 9 : 25 % (formation pilote : 13 %)
- note de 10 : 19 % (formation pilote : 0 %)

Cependant certaines évaluations n'ont pas été quantifiées et ont seulement fait l'objet de commentaires qualitatifs : «*j'ai été contente de découvrir des méthodes de management que je ne connaissais pas*» (pharmacien, hôpital), «*les méthodes proposées sont facilement applicables dès le retour à l'hôpital*» (pharmacien, hôpital).

Le développement de ce type de programme correspond à un besoin de formation aux outils de management. Les pharmaciens hospitaliers concernés par de nombreux domaines de compétences, scientifiques et médicaux, règlementaires et gestionnaires, sont au cœur même des activités de pilotage des établissements de santé. Leur aptitude pour les activités de pilotage nécessite la proposition de référentiels et d'outils afin de faciliter le management de leurs activités. En raison des retours qualitatifs positifs, le programme a été reconduit pour 2013, mais nous ne disposons pas des résultats.

Parallèlement, cette exigence de pilotage du circuit du médicament nous a amenés à envisager d'étendre cette formation vers un public plus large composé de soignants, de médecins et de directeurs d'établissements de santé. Ce processus très transversal exige l'implication de tous ses acteurs pour fonctionner. A la demande d'une représentante du même industriel, nous avons adapté la formation avec un des pharmaciens du groupe projet pour être réalisée sur deux soirées auprès d'un public élargi d'acteurs de santé. Ce

développement a été validé auprès de pharmaciens et de directeurs d'établissements de santé, motivés par cette expérience transversale et conscients que le rôle du pharmacien dans le pilotage du circuit du médicament avec les soignants est capital.

Nous avons mis en place un premier cycle de deux réunions mi-2012 réunissant des pharmaciens et directeurs ainsi que des médecins, cadres infirmiers et infirmiers. L'analyse des dysfonctionnements a été unanimement partagée et l'ensemble des participants, tous métiers confondus se sont concentrés sur l'utilisation des outils. **Lors de ce type de formation, il nous apparait que la coopération entre les acteurs s'est concrètement mise en place à travers l'utilisation d'outils de pilotage. Le rôle transverse du pharmacien paraît renforcé et** légitimé ; si celui-ci apporte et accompagne des solutions concrètes, utiles et claires, les autres acteurs adhèrent progressivement à un objectif de pilotage qu'ils peuvent facilement partager et utiliser.

Après avoir identifié dans ce chapitre VIII les dysfonctionnements du circuit du médicament de plusieurs hôpitaux et accompagné leur réduction par différents actions et projets, nous avons isolé les dysfonctionnements ayant un impact direct sur la coopération entre les acteurs de ce processus et sur la légitimité de la pharmacie en termes de pilotage médico-pharmaceutique. La question du rôle central du pharmacien dans les projets transversaux au sein des établissements de santé apparait assez évidente et liée à sa légitimité en termes d'accompagnement. Cette légitimité peut être renforcée par des qualités de pilotage mais elle s'appuie sur l'expertise du pharmacien dans de nombreux domaines. La posture du pharmacien est encore floue, ses activités et celles de son service restant très larges au-delà de son rôle initial de «gardien des poisons» (Cf. missions du pharmacien hospitalier, partie 1.II.1.4 & 5). Si les nombreuses missions du pharmacien peuvent brouiller son image et la visibilité des activités pharmaceutiques au sein d'un établissement, l'apport de solutions de pilotage que ce soit sous forme de recherche-intervention ou de formations-actions, permettent de les remettre en perspective et d'en augmenter la légitimité. Faciliter l'action de la pharmacie hospitalière apparait déterminant dans le fonctionnement de l'hôpital ; comme l'a souligné un des participants à ce programme : «*au-delà du soin, dans de nombreux domaines, le pharmacien reste souvent la porte d'entrée de l'hôpital*».

CHAPITRE IX : LE PHARMACIEN-MANAGER, UNE POSTURE POUR AMÉLIORER LA LÉGITIMITÉ ET L'EFFICIENCE DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE ?

Le management est une activité complexe à l'hôpital en raison des nombreuses professions qui y interviennent avec leurs lignes hiérarchique propres. L'intrusion récente des aspects gestionnaires et financiers au cœur-même de l'activité médicale a suscité un rejet de ces activités managériales, en raison de la perte de pouvoir qu'elles entrainent pour les acteurs du soin et certainement aussi en raison de codes différents, importés de la sphère de l'entreprise privée. Une nouvelle approche, la gouvernance clinique, venue de Grande-Bretagne vise à faire cohabiter l'ensemble des acteurs dans un but de performance clinique.

Cette notion de gouvernance coopérative est intéressante à explorer pour le champ pharmaceutique. La gestion des risques thérapeutiques et l'éducation thérapeutique sont par essence-même des activités transversales que le pharmacien peut piloter au bénéfice de tous. Cela conduit à la proposition d'une posture renforcée du pharmacien et de son équipe au service de l'efficience médico-pharmaceutique.

IX.1 Manager, une fonction mal perçue par les personnels de l'hôpital

Hypothèse descriptive n°9 : La gestion est une activité mal perçue à l'hôpital où les acteurs cliniques fonctionnent sur le savoir et le colloque singulier avec le patient.

Le colloque singulier avec le patient est le fondement de l'engagement professionnel de chaque médecin. Il s'agit de la relation individuelle soumise au secret professionnel, entre le patient et son médecin. Cette relation est la garantie d'une démarche de diagnostic et de soins dans le but de guérir chaque patient et de l'accompagner dans sa maladie. Ce colloque singulier est certainement la raison pour laquelle les approches gestionnaires, globales, sont

le plus souvent rejetées par le corps médical (Savall H, Fière D., 2007). Le fonctionnement même du médecin avec son patient et avec les personnels qui suivent ses prescriptions, l'importance des compétences techniques de l'ensemble des personnels médico-techniques ne facilitent pas l'intégration d'une direction administrative qui s'immisce dans le fonctionnement de tous les processus de l'hôpital.

IX.1.1 : Rejet de la gestion par les acteurs cliniques

Le fonctionnement de l'hôpital est centré sur l'activité médicale ; cette activité est programmée directement par les médecins eux-mêmes auxquels il est donc difficile d'imposer d'autres modes de fonctionnement comme des règles de gestion, puisque c'est la complexité de l'activité médicale qui guide ce fonctionnement. L'efficience recherchée par l'institution et le rôle des soignants sont difficiles à faire cohabiter : quels efforts et quelles ressources mobiliser au regard de la souffrance, de la vie et de la mort ? L'exemple de l'acharnement thérapeutique est emblématique : il n'est pas motivé par des questions d'efficience mais par l'intérêt du patient ; nous touchons au domaine de l'éthique sur lequel il reste ô combien délicat de trancher et de légiférer.

Notre questionnement est de savoir quelles interactions il peut y avoir entre le savoir médical et le management et au final, quelle contribution le pharmacien-praticien, membre de la communauté médicale et garant des budgets de médicaments, peut-il avoir en termes d'efficience et d'implication des autres praticiens ?

Le pouvoir des gestionnaires s'est accru au cours des dernières décennies ; la mise en concurrence des établissements de santé, leurs restructurations, ont accéléré le phénomène, et le sentiment des soignants et des médecins de perdre du pouvoir. C'est ce que M. Detchessahar et A. Grevin (2009) appellent le tournant gestionnaire du secteur de la santé. Le développement d'une activité en « flux tendus » a nécessité la maîtrise des coûts en réduisant les durées moyennes de séjour et en développant la productivité par lit. Ajoutée à l'augmentation du travail administratif – codage des actes, renseignement des outils de traçabilité, réunions d'instances obligatoires – cette démarche d'amélioration constante, validée par des certifications, a entraîné un sentiment de manque de personnel. Ce sentiment d'urgence permanente est accru par des coopérations toujours plus

complexes, en raison de la taille des établissements de soins et du développement des techniques (Grevin A., 2012). Il faut avoir présent à l'esprit qu'un hôpital dépasse souvent les mille employés, taille souvent supérieure à celle de filiales de multinationales. La résultante en est un travail « émietté » (Acker F., 2005), mettant en évidence des glissements de tâches ainsi que des signes fréquents d'épuisement (Neveu J-P., 1996). Les difficultés structurelles à répartir les activités et le déficit de comportement coopératif induisent finalement des problèmes de qualité, qui sont compensés par un surinvestissement des personnels médicaux, soignants et techniques. Rappelons enfin avec J-C. Moisdon (2008) que le travail d'organisation est « le chaînon manquant » à l'hôpital.

Nous avons détaillé les dysfonctionnements observés lors de nos diagnostics de terrain. Nous avons notamment identifié des problèmes d'organisation du travail (Cf. chapitre IV et V, parties IV.2 et V.1) et de répartition des tâches, non seulement à la pharmacie, mais aussi à destination des services cliniques. La désorganisation due aux activités à faible valeur ajoutée du terrain A, a représenté six mois d'équivalent temps plein, et ce, uniquement sur le circuit du médicament entre la pharmacie et un seul service clinique (Cf. chapitre IV, partie IV.2.3). Ces difficultés d'organisation se retrouvent jusque dans les activités de coopération, indiquant « le caractère impensé des régulations et espaces d'échanges » (Detchessahar M., 2001). La difficulté des activités de santé consiste, au final, à « gérer la singularité à grande échelle » (Minvielle E., 2000) et à garantir la qualité du colloque singulier avec le patient que les médecins ne sont pas prêts, à juste titre, à négocier. En effet, la relation médecin-patient doit rester au centre du fonctionnement, même si des dimensions collectives doivent être prises en compte.

D'une enquête intitulée « Gestionnaires et professionnels de santé à l'épreuve des restructurations » (Dumont J-P., 2003 *op.cit.*), il ressort justement que les médecins vivent la justification permanente de leur activité vis-à-vis des directeurs comme une prolétarisation de leur situation et une baisse de leur *aura* sociale. Il est intéressant de noter que l'entrée des médecins ou soignants dans les organes de décision stratégique ou économique illustre, au-delà de la reconnaissance attendue, la nécessité de leur faire accepter une certaine rationalité gestionnaire. Dans un autre article paru en 2008 dans la revue *Connexions*, le Professeur Gori, psychanalyste et le Docteur Del Volgo, Praticien Hospitalier expriment le

malaise des cliniciens vis-à-vis du management ; ils reprennent le rapport de la mission Vallancien de juillet 2008 sur « la place et le rôle des nouvelles instances hospitalières » :

« ce rapport est un hymne énamouré aux bienfaits de la libre entreprise appliquée à l'hôpital public, un éloge emphatique et naïf à un « management serein » permettant « une chaîne de production de soins » pour des établissements qui auraient le courage de penser « en termes d'efficacité » en s'engageant dans une « démarche de benchmark intelligente ». L'auteur martèle tout au long de ce rapport que l'hôpital est une entreprise comme une autre et qu'il faut lui imposer « une véritable éthique de production » lui permettant de ne plus vivre sur cette obsolète « notion de métier avec tous les cloisonnements qu'une telle division génère » à remplacer par « la notion d'entreprise où les employés travaillent à un même projet ». Nous relevons le rejet vis-à-vis de termes comme « management », « chaîne de production », « benchmark », et il est légitime que des médecins soient choqués par les propositions « d'imposer une éthique de production» ou « d'obsolète notion de métier avec tous les cloisonnements…». L'éthique et l'expertise métier sont les fondements de l'exercice de la médecine et les médecins qui ont des décisions difficiles à prendre à chaque instant face à des êtres humains malades, ont du mal à accepter que des gestionnaires viennent leur donner des leçons. Cependant, il nous semble qu'au-delà des querelles terminologiques, repousser la notion de fonctionnement en équipe et en projet proposée par ce rapport représente certainement une perte de chance pour l'hôpital et une perte de sens pour ses personnels.

La légitimité même des acteurs se heurte à la logique gestionnaire. Or, pour améliorer l'efficience de l'hôpital, il convient de modifier les logiques professionnelles et les processus de flux des patients. L'hôpital est entré dans des démarches d'audit. Cette dynamique ajoute aux tensions internes et ne pourra résoudre à elle seule le chemin vers la gouvernance clinique (Robelet M., 2008). Cette nouvelle forme de gouvernance devra être, selon nous, portée par des professionnels de santé ayant intégré, au-delà de leur expertise et de leur art, les mécanismes de coopération et d'efficience au service des patients.

IX.1.2 : Du management à la gouvernance clinique

La gouvernance d'entreprise est un thème de gestion qui désigne les moyens de contrôler et d'infléchir les comportements du dirigeant (Moisdon J-C., 2008) dans un but de performance, que ce soit du fait des actionnaires ou des autres parties prenantes. Le concept de gouvernance clinique est apparu en Grande-Bretagne en 1998, dans le cadre de la gestion des établissements du National Health Service (NHS). L'objectif est de faire travailler les professionnels ensemble à l'amélioration des processus cliniques. Le principe est de rendre responsables les acteurs dans les processus de soins et d'en évaluer la qualité. Les travaux des Anglais Starey, Scally et Donaldson cités par I. Braud et DA. Roy (2008) proposent sept dimensions de gouvernance clinique: la clinique (comprend également la recherche et l'audit clinique), la gestion des risques, l'expérience du patient, la communication, les ressources, la stratégie et l'apprentissage. Dans ce modèle, le leadership clinique et organisationnel n'apparaissent pas sous un angle dynamique ; en fait selon les auteurs, la gouvernance clinique favorise une forte synergie entre les aspects cliniques et managériaux.

La « gouvernance clinique » est un thème d'actualité renvoyant à la conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité (Hatchuel A., 2000), dont le but est d'accroître la capacité des acteurs à coordonner leurs pratiques, en l'occurrence pour garantir la qualité des soins. A. Hatchuel insiste sur la notion d'autorité des acteurs qui leur confère une légitimité. Au sein d'une bureaucratie professionnelle, ce pouvoir repose sur les compétences, notamment cliniques. Cette autorité repose également sur la capacité des acteurs à développer des stratégies pour améliorer l'organisation (Hatchuel A., *op. cit.,* 2000 ; Mintzberg H., Lampel J., Ahlstrand B., 1998). Les auteurs s'accordent à dire que la gouvernance clinique devient collective entre les professionnels, l'organisation, les patients dans le but d'améliorer la performance des soins. (Denis et *al., op. cit.,*2008*).* Au final, nous pouvons reprendre avec Braud et Roy (2008, *op. cit.*) le concept de Crozier et Friedberg (1977, *op. cit.*) : des structures formelles (l'organisation elle-même) qui visent la qualité, soutenues par un discours managérial (missions, valeurs) qui prône l'excellence et des structures informelles (interactions entre acteurs) lesquelles permettent l'expression d'un leadership ; un leadership clinique fort est essentiel dans le modèle de

gouvernance clinique. L'objectif est de permettre une synergie entre chacune de ces composantes. La gouvernance clinique ajoute donc à la responsabilité du dirigeant celle des professionnels, c'est-à-dire des soignants finalement confrontés successivement à des trajectoires individuelles de patients. Pour J-C. Moisdon (2008), ce sont de nouvelles **pratiques « clinico-organisationnelles »** qui sont souhaitables.

Plusieurs approches de la gouvernance clinique peuvent d'ailleurs être déployées.

M-P. Pomey, J-L. Denis et A-P. Contandriopoulos (2008) proposent deux niveaux de gouvernance interdépendants: la gouvernance de proximité, qui reflète la coordination des pratiques cliniques et la gouvernance d'ensemble qui représente les activités d'organisation dans un but de qualité, ces activités se situant dans un contexte global de culture, de normes sociales et de nouvelles technologies. Cette gouvernance doit également conjuguer la réduction de la durée des séjours des patients et l'augmentation d'actes de plus en plus complexes.

Nous retrouvons ici les notions de coopération entre acteurs et de qualité des processus développées dans les parties 2.VI.2 et 2.VI.3. Notre proposition de mobiliser conjointement la coopération et le management socio-économique avec l'approche par processus et le management par la valeur, indique le nécessaire équilibre entre les niveaux de complexité sociale et technique représentés sur notre schéma médico-pharmaceutique (Cf. figure 1, introduction). La mobilisation de ces différents paramètres indique finalement la nécessité d'une qualité globale qu'H. Savall et V. Zardet dénomment qualité intégrale (2003, *op.cit.;* Cf. figure 6, chapitre II, partie 1.II.3.1.a) et qui repose en grande partie sur la qualité managériale. C'est sur ces fondements que nous proposerons (chapitre IX, partie 3.IX.3.2) un modèle de management médico-pharmaceutique.

Concernant la qualité managériale, la haute autorité de santé (HAS), dans son guide de 2008 sur « l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé » place au plus haut niveau la qualité du management pour laquelle elle reprend les cinq fonctions classiques : prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer.

- Dans l'*item* prévoir, l'HAS inclut le management de l'incertitude et des risques;

- Dans la dimension organiser, au-delà des aspects ressources humaines et financiers, elle retient la définition des procédures et protocoles;

- La fonction décider insiste sur la capacité à rendre lisibles les processus par tous les acteurs

- La fonction motiver reprend un thème sur lequel nous avons fortement insisté lors de notre avis d'expert : la participation aux décisions et la mise en place d'outils ;

- Enfin, la fonction évaluer, qui est très peu formalisée pour les individus à l'hôpital est un changement culturel important, que seul un courage managérial significatif, complété de quelques outils peut changer.

Risque, processus, outils d'évaluation, participation aux décisions collégiales : ce sont autant de domaines dans lesquels le pharmacien a déjà développé une expertise.

La médecine et la gestion ont en commun la volonté d'augmenter les chances de survie des patients et des organisations. Les dérives techniciennes de la médecine et financières du management ont jusqu'alors freiné ce rapprochement qui nous semble pourtant évident pour rendre le soin toujours plus efficient d'un point de vue médical mais aussi économique. Le management des activités de soins et leur mise en œuvre collective se heurtent encore aujourd'hui à un fonctionnement centré sur les métiers et le colloque singulier avec le patient, même si cette explication tend progressivement à devenir caricaturale. Comme le souligne Moisdon (2008, *op.cit.*) « la gouvernance clinique ne signifie pas seulement que les professionnels se mettent d'accord sur des protocoles de soins et les adoptent, mais également que ces protocoles se traduisent dans les activités concrètes ».

En France la gouvernance clinique est encore peu développée et pose pour J-C. Moisdon (2008) la question de la **création d'une fonction d'organisation**. Pour M-P. Pomey, J-L. Denis et A-P. Contandriopoulos (2008, *op.cit.*), la gouvernance clinique est un projet viable mais freiné par l'inertie des organisations. Notre interrogation finale, dans la partie 3.IX.3 portera sur la manière efficace de mettre en place cette fonction, en particulier dans sa composante thérapeutique.

IX.2 Activités de gestion des risques et d'éducation thérapeutique : une nécessaire proximité entre pharmacie et services cliniques

Hypothèse explicative n°9 : La gestion des risques et l'éducation thérapeutique sont des activités à forte valeur ajoutée que le pharmacien peut piloter.

Au-delà des activités strictement pharmaceutiques, le rôle de la pharmacie dans les domaines de la gestion des risques et de l'éducation thérapeutique est absolument déterminant en termes de sécurité et de qualité des soins. Partir de ces activités est certainement un pré-requis à une évolution de la posture managériale du pharmacien hospitalier.

IX.2.1 Gestion des risques, variable reconnue de légitimité

Le management de la qualité est lié depuis le XIXème siècle aux sciences de gestion et de l'ingénieur, par exemple dans l'industrie automobile (Shewhart W., 1939). Selon LL. Leape et DM. Berwick DM. (2000) ainsi que EA. McGlynn et al. (2003), **les études sur la qualité et la sécurité montrent que l'autonomie de chaque professionnel n'est pas envisageable pour une organisation de santé**. La complexité des procédures et le nécessaire travail en équipe imposent un fonctionnement coopératif collégial, même s'il est toujours difficile pour le corps médical de devoir rendre des comptes sur sa gestion du risque, surtout à des non médecins. La médecine hospitalière rejoint en ce sens le modèle de l'aéronautique. La notion de risque est omniprésente dans ce type d'activités. La tendance exponentielle à la normalisation, l'augmentation des pressions des tutelles et des utilisateurs, l'accélération des innovations technologiques et la complexité des organisations hospitalières, dans un contexte où le diagnostic vital du patient est engagé, accroît le niveau de risque d'évènements indésirables.

La mise en place de règles de vigilance sanitaire concernant les produits de santé date de 1984. Une récente enquête nationale sur les évènements liés aux soins (ENEIS, 2009) comptabilise les évènements indésirables graves (EIG): sur les 275 à 395.000 évènements indésirables graves survenus lors d'une hospitalisation, 90 à 180.000 sont considérés comme

évitables, soit entre 30 et 45%. Les médicaments sont la troisième cause de ces EIG avec 60 à 130.000 EIG dont 15 à 60.000 sont évitables, soit entre 25 et 45%. Nous pouvons considérer ces EIG comme des coûts de non qualité (Savall H., Zardet V., 2003, *op.cit.*) qui représentent des ressources humaines et financières engagées pour réguler des dysfonctionnements. La détection des dysfonctionnements, tout comme la mesure des coûts cachés nécessitent une coopération explicite et délibérée des acteurs, comme le soulignent les auteurs. En outre, ces pertes d'efficience entrainent une dégradation de la qualité. Suite aux accidents thérapeutiques impliquant des produits de santé notamment l'affaire du sang contaminé, l'institut de veille sanitaire (INVS) a été mis en place en 1994. L'ensemble des vigilances est coordonné par l'agence de sécurité sanitaire des produits de santé (AFFSAPS) devenue depuis ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament). Enfin, la loi du 4 mars 2002 instaure l'indemnisation de l'aléa thérapeutique et remplace la notion de fatalité par celle d'erreur. Les règles de vigilance incluent la sécurité des personnes et des populations contre les risques thérapeutiques de toutes natures, qu'ils soient liés aux choix thérapeutiques, aux actes de prévention, de diagnostic ou de soin, comme l'usage des biens et des produits de santé.

La gestion des risques thérapeutiques, exacerbée par de récents et graves accidents, implique l'expertise du pharmacien dans la vigilance sanitaire. Cette maîtrise qualitative des risques pharmaceutiques est régie par un cadre règlementaire dense, demande des processus clairs et une coordination des procédures précise que le pharmacien est à même de gérer.

Concernant la gestion du médicament, l'arrêté du 6 avril 2011 statuant sur « le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé » oblige les établissements de santé à disposer d'un processus formalisé, avec engagement de la Direction de nommer un responsable qui peut être le coordonateur de la gestion des risques. Un rapport de l'inspection générale des affaires sociales de la même année (IGAS, 2011) analyse le circuit du médicament à l'hôpital. Les rapporteurs rappellent que malgré l'instauration des démarches qualité d'accréditation puis de certification, le circuit du médicament est le domaine où le plus grand nombre de réserves sont émises. Il insiste sur le nombre d'acteurs concernés et la multiplication du risque d'erreurs humaines. Le rapport préconise de bien positionner les acteurs sur le rôle où chacun a la plus grande

valeur ajoutée ; il insiste aussi sur le développement de solutions d'informatisation et d'automatisation. Enfin, il place au tout premier plan l'importance de l'analyse pharmaceutique. Le pharmacien et son équipe sont donc au cœur de la qualité de ce processus.

Ces dispositions, si elles peuvent encourager les hôpitaux dans leur démarche qualité, nous semblent peu porteuses de succès si elles ne sont pas conduites par un membre de la communauté médicale. Les multiples réformes de l'hôpital ont montré que les facteurs de succès reposent sur des approches médico-gestionnaires. Quel meilleur acteur que le pharmacien sur le domaine du médicament, peut comprendre à la fois les soignants et les impératifs de gestion et de sécurité ? Le gestionnaire de risques qui pilote ce type de démarche est souvent déconnecté du terrain et n'a qu'une vision comptable des évènements indésirables. De plus, les activités hospitalières restent assez cloisonnées entre elles ; et l'utilisation d'outils comme l'AMDEC abordé dans la deuxième partie de notre travail (Cf. chapitre VI, partie VI.2) permettent d'analyser des situations mais pas d'apporter de solution. Or, même si l'évènement indésirable est une bonne façon d'aborder le risque puisqu'il est mesurable, ce n'est pas uniquement celui-ci qui doit être traité, mais le fonctionnement-même de l'organisation. Le risque ne se limite donc pas à un danger ou à sa probabilité mais doit être envisagé dans le cadre d'un fonctionnement plus global de l'organisation comme le souligne M. Haller (1976)**:** « par risque, il faut entendre la possibilité que les objectifs d'un système axé sur un but déterminé ne se réalise pas ».

Dans la théorie socio-économique, la notion de risque représente un composant important des coûts cachés induits par les dysfonctionnements (Cf. partie1.II.3.1.a). Ceux-ci ne sont volontairement non quantifiés contrairement aux autres coûts cachés qui le sont en termes de consommations externes, de temps, de salaires qui sont valorisés financièrement. Pour H. Savall et V. Zardet (2003, *op.cit.*) « les risques expriment une source de contre-performance assimilable à des coûts cachés».

Les normes d'assurance qualité qui n'intégraient pas jusqu'alors la qualité de l'organisation mais s'attachaient à améliorer des processus, sont en train d'évoluer. La norme ISO 9004 s'attache désormais au Management des performances durables d'un organisme. Elle est encore peu utilisée et est perçue comme un guide d'application de la norme ISO 9001 ; elle correspond plus à un chapeau de toutes les normes de la famille ISO 9000. Elle prend en compte la dimension stratégique en termes de management de l'organisation, de pérennité, d'innovation et de management du risque.

La gestion des risques est-elle – heureusement - en train de passer du management par la qualité à la qualité du management ? Le chemin sera manifestement encore long. Une récente revue de la littérature (Rojas Y.L., Royas D.A., 2012) montre que la gestion de la qualité pour la sécurité des patients est abordée selon neuf principes : approche autour du patient, leadership, participation du personnel, approche par les procédures, approche systémique, amélioration continue, approche par les faits pour la décision et relations entre les parties prenantes. Il est intéressant d'observer que sur les 774 articles répertoriés, seuls cinq font état de la notion de leadership de collaboration (Krug SE., 2008) et deux de relations entre les parties prenantes. Les autres paramètres sont identifiés environ trente fois chacun, ce qui indique que la démarche qualité est bel et bien engagée, l'approche basée sur les faits qui illustre l'approche médicale arrivant en tête.

Le management de la qualité des établissements de santé doit adapter ses structures pour améliorer la coopération, la communication et la coordination entre les unités (Dumas M. et al., 2012). En adoptant de nouvelles approches, le pharmacien peut légitimer son rôle de management du risque médicamenteux et proposer aux soignants de réduire avec eux les dysfonctionnements de l'ensemble de la chaîne médico-pharmaceutique.

IX.2.2 Éducation thérapeutique, une légitimité en cours de construction

En 2006, l'OMS encourage dans un guide (Everard M. et *al*., 2006) les pharmaciens à aller vers un exercice centré sur le patient et définit le concept de « soins pharmaceutiques » comme une « contribution responsable de la thérapeutique médicamenteuse dans le but d'atteindre des résultats précis qui améliorent ou maintiennent la qualité de vie du patient. Il s'agit d'un processus en collaboration qui vise à prévenir, identifier ou résoudre les

difficultés liées aux médicaments et à la santé. C'est un processus continu d'amélioration de la qualité pour l'utilisation des produits de santé ». Le pharmacien, au cœur du processus médico-pharmaceutique, a développé depuis des années des activités de pharmacie clinique désormais reconnues.

La loi du 24 juillet 1987 a déjà rapproché le service pharmacie de la clinique en l'assimilant aux services médicaux ; la pharmacie ne dépend alors plus de l'administration. Cette question du rattachement est certainement contributive de la reconnaissance du rôle clinique de la pharmacie (Clément J-M., 1995). Les pharmaciens en rejoignant statutairement le groupe des praticiens hospitaliers ont certainement posé là les bases de leur légitimité future.

Le code de la santé publique inscrit l'activité clinique dans les textes ; selon l'Article R5015-2 du Code de la Santé Publique, « le pharmacien exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il doit contribuer à l'information et à l'éducation du public en matière sanitaire et sociale. ». L'Article R5015-48 précise que « le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance […] la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale. Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient ».

La société française de pharmacie clinique (SFPC) a défini un cadre de la « pharmacie clinique » ; la sécurité et l'évaluation sont au cœur des préoccupations. La SFPC prône l'information sur la thérapeutique auprès des professionnels et des patients. La France inscrit désormais le soin pharmaceutique dans le cadre législatif avec l'intégration de l'éducation thérapeutique dans la loi HPST du 21 juillet 2009.

L'éducation thérapeutique du patient est donc un processus continu, intégré aux soins et centré sur le patient (Brunie V., Rouprêt-Serzec J., Rieutord A., 2010); son approche est multidisciplinaire. Plusieurs rôles du pharmacien en éducation thérapeutique du patient (ETP) ont déjà été décrits par S. Jacquemet et A. Certain (2000) :

- Informer en termes de santé publique sur la prévention et le dépistage,
- Soutenir et accompagner les patients,
- Expliquer et informer sur la pathologie et ses traitements,
- Promouvoir le bon usage du médicament,
-Ecouter, maintenir une vigilance active et de prévention de la iatrogénie.

A ce jour, l'éducation thérapeutique n'est qu'irrégulièrement investie par les équipes pharmaceutiques. Au sein de l'hôpital A, des programmes d'éducation thérapeutiques se développent à partir de la pharmacie, notamment sur des thérapeutiques difficiles à manipuler ; la formation des personnels en charge de ces activités est alors accompagnée de l'acquisition des compétences nécessaires, délivrées par un diplôme universitaire. Au sein de l'hôpital B, cette démarche n'était pas encore initiée en 2011, comme c'est le cas dans de nombreux hôpitaux.

Si la mise en place de l'éducation thérapeutique s'effectue généralement sous la forme de projets spécifiques, une nouvelle formule est en train d'émerger : des unités transversales d'éducation thérapeutique (UTEP). Cette dernière nous semble un espace de jeu tout à fait adapté au rôle transversal du pharmacien hospitalier déjà impliqué dans les contrats de bon usage. Avec le développement de l'éducation thérapeutique, le pharmacien, Praticien Hospitalier peut développer sa légitimité en redéfinissant son rôle clinique.

La gestion des risques, apanage du service assurance qualité, et l'éducation thérapeutique, domaine investi par les personnels soignants, nécessitent cependant une gouvernance forte pour développer leur efficacité. Les processus qui accompagnent ces activités, présentent des outils formalisés, le plus souvent sans qu'un véritable accompagnement soit vraiment mis en place ; ils nécessitent une action humaine pour une réelle et efficace mise en œuvre. C'est le passage de la dimension fonctionnelle à la dimension relationnelle des couples coopération-légitimité que nous appelons de nos vœux dans le chapitre VIII (Cf. partie VIII.3.2). Le pharmacien a potentiellement un rôle de pilotage déterminant dans ces processus au cœur de la thérapeutique.

IX.3 Rôle transversal et clinique du pharmacien pour un renforcement de l'efficience médico-pharmaceutique

Hypothèse prescriptive n°9 : L'intégration d'un rôle transversal et clinique (gouvernance clinique) aux missions pharmaceutiques contribue à la reconnaissance et à l'efficience médico-pharmaceutiques.

Les représentants de la profession de pharmacien hospitalier revendiquent les moyens pour tenir leur rôle auprès des équipes soignantes au service des patients. De nombreuses avancées en termes de statut, d'instances, de définition des activités ont permis de renforcer ses missions. Cependant, la pharmacie hospitalière nous semble en droit d'assumer des responsabilités plus fortes en termes de gouvernance pour un fonctionnement médico-pharmaceutique plus performant.

IX.3.1 Description institutionnelle de l'activité pharmaceutique et du rôle du pharmacien

La société Française de pharmacie clinique a précédemment structuré les différentes activités pharmaceutiques dans un guide; les différents chapitres en sont :

- le management qui comprend l'encadrement, la transversalité et la formation,
- la prise en charge thérapeutique avec la dispensation, la délivrance, la gestion des dotations,
- la pharmacotechnie avec les préparations,
- la logistique qui regroupe l'achat, l'approvisionnement et la gestion des stocks,
- la gestion des risques avec l'assurance qualité, les vigilances et le bon usage.

Ces activités nécessitent toutes la mise en œuvre d'une coopération et permettent la reconnaissance d'un certain niveau de légitimité. Elles peuvent représenter des variables d'appréciation des missions pharmaceutiques à forte valeur ajoutée et contribuer au développement de leur légitimité auprès des parties prenantes.

Parmi les missions identifiées ci-dessus, la prise en charge thérapeutique et la gestion des risques semblent propices à développer une légitimité fonctionnelle, car elles participent directement à une forte valeur perçue par les soignants. Même si la logistique et la pharmacotechnie, activités traditionnelles, participent à la qualité médico-pharmaceutique, elles restent moins visibles. Enfin le management, notamment le management transversal, constitue certainement un levier fort pour stimuler ce pilotage médico-pharmaceutique et renforcer les paramètres relationnel et décisionnel de la légitimité du pharmacien et de son équipe.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé le concept du pharmacien à sept étoiles qui doit réunir sept compétences : soignant, communicant, preneur de décision, enseignant, *life-long learner*, *leader* et *manager*. Il doit notamment communiquer avec l'équipe clinique, être à l'écoute du patient pour développer un plan de soins réaliste.

Que ce soit l'OMS au niveau international, le législateur et les sociétés savantes au niveau national, toutes les analyses et recommandations convergent : le pharmacien et son équipe doivent non seulement remplir des missions scientifiques et techniques, mais ils doivent assurer leurs rôles clinique et de gestion des risques par le développement de qualités de management transversal avec les autres acteurs. Le pilotage coopératif du processus médico-pharmaceutique en est une illustration de tout premier plan.

IX.3.2 Appropriation de solutions de management médico-pharmaceutique

Lors de notre recherche-intervention au sein de la pharmacie et de l'hôpital A, nous avons observé la mise en place d'outils et déployé le management socio-économique. Ces approches semblent à la fois répondre aux besoins des services cliniques, obtenir l'approbation de la direction, et motiver l'équipe pharmacie vers ce pilotage médico-pharmaceutique partagé. Ce type de résultat a été possible grâce à la forte implication d'une personne-clé, en l'occurrence le pharmacien chef, qui a su donner du sens, fixer des objectifs, en équilibrant participation, développement de son équipe et sens des décisions stratégiques. Il a su repérer les opportunités de collaboration avec les services cliniques pour commencer dans un premier temps avec ceux qui ont exprimé des besoins d'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients. Il a demandé l'appui de la direction générale

et de la direction logistique qui se sont impliquées à apporter leurs compétences et des ressources humaines complémentaires. Ce manager a su adapter de manière moderne la notion de leadership en adoptant une posture de rassembleur au sens de J-P. Droz (2007). Cette posture doit être construite sur des compétences cliniques, le leadership clinique. Le modèle des centres de lutte contre le cancer dont les directeurs sont des praticiens est peut être un mode de gouvernance clinique assez abouti d'efficacité médico-économique, avant même la définition anglo-saxonne du concept. Rappelons avec M.M. Chermers (2000) que selon les théories de F.E. Fielder (1967), le leadership serait contingent à la personnalité du manager et qu'il n'y a donc pas de bon ou mauvais leadership, mais un leadership authentique. Celui-ci peut être soit transactionnel, basé sur une relation d'échange, soit transformationnel, basé sur la vision et l'enthousiasme (Bass B.M., 1990). Au-delà de la notion assez personnelle de leadership, il nous semblerait intéressant d'adopter pour le pharmacien hospitalier et son équipe autour de lui, une posture de manager coopératif renforcé et légitime entre les différentes parties prenantes. La nouvelle gouvernance hospitalière a des difficultés de mise en place de la gestion partagée entre la Direction et les médecins. Face à ces difficultés, le renforcement des pouvoirs du Directeur a été une réponse. Nous voyons également émerger des praticiens hospitaliers qui ont envie de s'impliquer au sein des instances et dans le management de l'hôpital. Les efforts de coordination horizontale entre soignants et administratifs via les directions d'information médicale (DIM) ont été relativement infructueux. Si les lignes hiérarchiques à la fois administrative et des personnels infirmiers sont abouties, la ligne du corps médical ne l'est pas encore. Ces hiérarchies se nourrissent à une extrémité de pratiques gestionnaires et à l'autre de pratiques soignantes. Ces pratiques sont au cœur même de la légitimité des parties prenantes. M. Weber (1922, *op.cit.)* rappelle que la direction administrative présente un rôle central dans la légitimité de la domination. J. Freund (1983) ajoute que les moyens de gestion et l'état-major administratif renforcent cette légitimité interne. Ce poids grandissant de l'administration est au cœur des récriminations des mondes du soin. Il en va de même pour le pharmacien hospitalier qui doit donc impérativement stabiliser son positionnement entre cette administration renforcée et les personnels cliniques en première ligne auprès des malades.

Le pharmacien hospitalier et son équipe pharmaceutique, au coeur de pratiques à la fois techniques, gestionnaires et cliniques occupent naturellement une position centrale d'intermédiation dont le processus médico-pharmaceutique et la gestion du médicament sont le ciment. Cette position particulière est cependant brouillée par les nombreuses activités que remplit le service pharmacie de l'hôpital.

C'est pourquoi nous avons souhaité en éclairer ses différents aspects traditionnel, fonctionnel, relationnel et décisionnel, et avons mis l'accent sur l'importance de la posture relationnelle et décisionnelle traduisant l'impact managérial du pharmacien, porteuse de sens pour l'institution. Cependant, les pharmaciens, moins nombreux et parfois encore isolés dans leur pharmacie, ont du mal à négocier les moyens de leur action. D'où la nécessité de développer leur positionnement managérial transverse, au-delà de leur légitimité règlementaire indispensable, mais dans laquelle ils sont quelque peu enfermés. Pourtant, leurs nombreuses compétences en font des praticiens hospitaliers de tout premier plan et le développement de leur niveau de collaboration les prédispose à piloter des processus et des actions transversales complexes et primordiales. La gestion du médicament, de ses risques et le soin pharmaceutique sont des actions centrales pour lesquelles le pharmacien et son équipe paraissent pleinement légitimes. Faut-il pour autant lui confier une structure transversale d'organisation médico-pharmaceutique ?

La question, posée par J-C. Moisdon (2008, *op.cit.)* de la création d'une fonction d'organisation au sein de l'hôpital est essentielle : cette mission doit-elle être confiée à part entière à un gestionnaire, comme c'est le cas pour le gestionnaire des risques, ou bien à un praticien hospitalier, comme c'est le cas pour le responsable du département d'information médicale, ou encore une mission intégrée à une fonction de praticien hospitalier, responsable d'une unité clinique ou médico-technique ?

La mise en place des DIM (département d'information médicale) confiée généralement à un médecin a été emblématique de la nouvelle gouvernance; ce médecin-organisateur, chargé d'intégrer finalement le système de codage PMSI et donc de tarification à l'activité au sein des hôpitaux est devenu une fonction-clé. Considéré au mieux comme la reconnaissance d'un savoir-faire informatique et parfois comme une « placardisation » , le « coup du DIM » comme le souligne J-C. Moisdon (2008, *op.cit.*) est peut-être le type de

fonction-clé pour la gouvernance clinique du système à condition de la confier à un personnel du « cure » ou du « care» (Cf. le concept des quatre mondes développés au chapitre II dans la partie 2 [Mintzberg H. et Glouberman S., 2002, *op.cit*]). En effet, la nomination de médecins, souvent passionnés d'informatique, à la tête du département d'information médicale (DIM) des hôpitaux, si elle a pu paraitre comme une mise à l'écart du soin de ces praticiens , est peut être un modèle à suivre pour faire évoluer la gouvernance de l'hôpital, notamment le pilotage médico-pharmaceutique.

Selon J-L. Denis et *al.* (2008) un double leadership clinique et managérial est indissociable. Le pharmacien est un acteur central, à la croisée de ces deux sphères. Mais les tentatives, soit de créer des pôles pharmaceutiques dont le but est de regrouper les pharmacies entre elles et de diminuer le nombre de leurs personnels, soit d'intégrer la pharmacie à des pôles au sein desquels elle a des difficultés à mutualiser des moyens, ne répondent que partiellement au développement d'un pilotage coopératif des produits de santé et de la gestion de leurs risques. Pour répondre aux exigences de sécurité sanitaire et thérapeutique, pour développer la coopération autour d'un domaine stratégique – le médicament - , nous suggérons un renforcement assumé de l'activité de management transversal aux missions pharmaceutiques. Certains expliqueront que c'est finalement le rôle de la COMEDIMS. Reconnaissons que celle-ci est trop souvent considérée comme une chambre d'enregistrement de nouveaux médicaments au livret thérapeutique de l'hôpital. Le législateur a d'ailleurs bien compris la difficulté en laissant la possibilité de réinventer cette instance (loi HPST, 2009, *op.cit.*).

Le moment est peut-être venu d'aller plus loin dans cette démarche. Les décisions stratégiques et politiques subissant durablement le poids des traditions, il convient d'amplifier ce mouvement par une priorisation différente des activités pharmaceutiques, et selon nous une intensification des coopérations à partir de la pharmacie.

Pour donner les moyens d'une action médico-pharmaceutique plus efficace et sûre, il convient certainement, au-delà des ressources financières et humaines, de développer l'interaction entre les structures et les comportements (Savall H., Zardet V., 2003). La proposition de formations à ce type de management pour les futurs pharmaciens et pour les professionnels de santé qui souhaiteraient s'impliquer dans ce type de fonctionnement

coopératif est une première étape. Il conviendrait aussi de faciliter la création de structures « médico-pharmaceutiques » renforcées, disposant des niveaux décisionnel et opérationnel et regroupant l'ensemble des missions transversales liées au processus médico-pharmaceutique (commission du médicament, unités d'éducation thérapeutique, gestion du risque médicamenteux…). Ces structures pourraient regrouper de nombreux métiers : pharmaciens, médecins, personnels soignants, ingénieurs, techniciens, gestionnaires ; elles pourraient accueillir dans le cadre de leur formation, externes et internes en médecine et pharmacie, élèves infirmiers et infirmières, et seraient équipées d'unités mobiles médico-pharmaceutiques.

Cette projection rejoint les propositions de syndicats professionnels et de sociétés savantes qui appellent de leurs vœux, avec leurs adhérents, au développement de la pharmacie clinique. Il s'agirait de confier au pharmacien hospitalier et à son équipe, au-delà de son périmètre pharmaceutique, une mission de management stratégique, opérationnel et transversal qui aurait les moyens et la vocation de sécuriser le circuit du médicament, de gérer les risques liés à la thérapeutique, d'amplifier l'éducation thérapeutique. Le pilotage des processus médico-pharmaceutiques s'effectuerait à partir d'une équipe pluridisciplinaire, répartie en instance décisionnelle et unités opérationnelles et mobiles au service des soignants et des patients. Ce type de structure aurait par ailleurs l'intérêt de participer à l'évolution, actuellement en cours, de la gouvernance même de l'hôpital entre ses composantes médicales, techniques et gestionnaires. Elle permettrait par ailleurs au pharmacien et à son équipe d'afficher un périmètre clair et visible, développant ainsi leur légitimité.

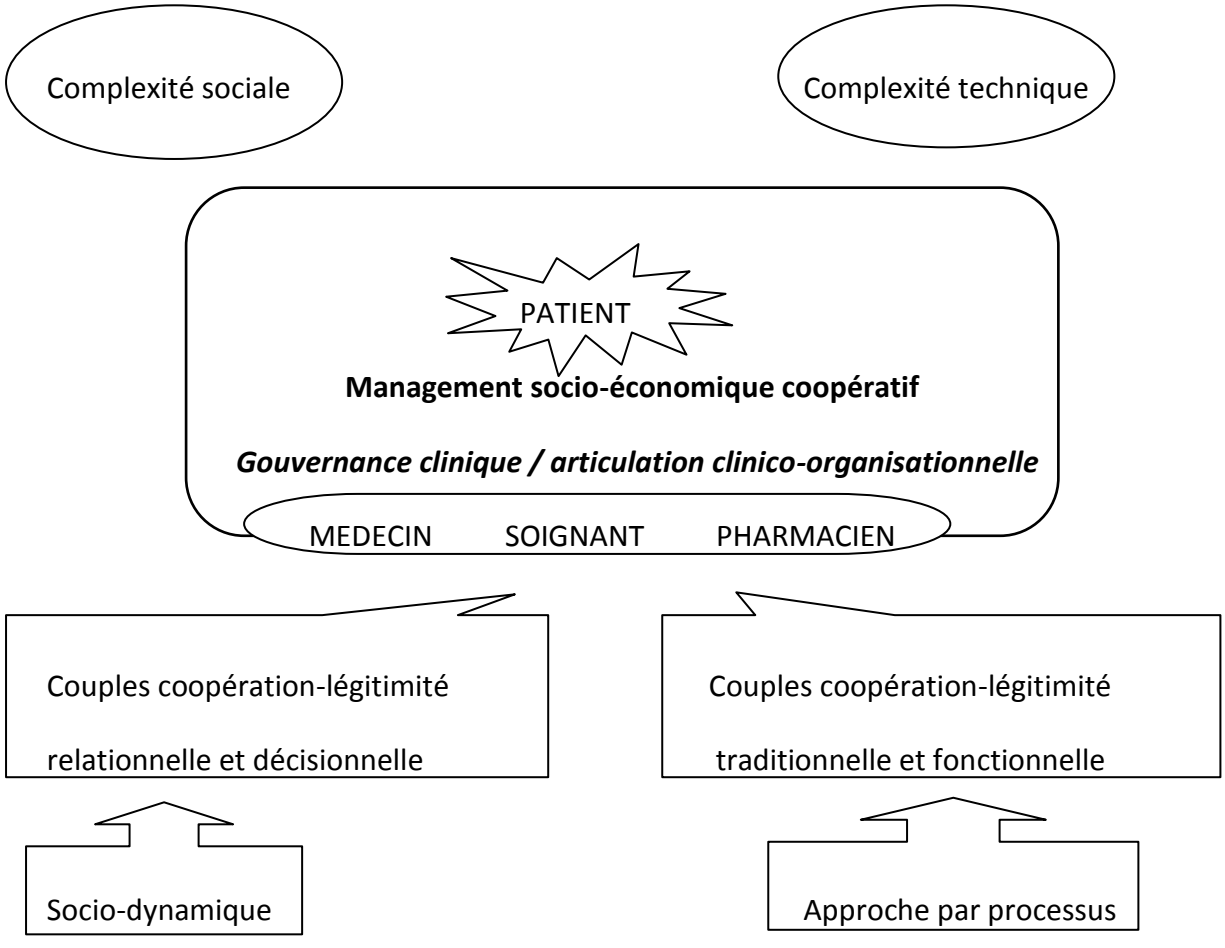
Nous retrouvons cette posture à travers le couple coopération-légitimité relationnelle envisagé au chapitre VIII (partie VIII.3.3). Au-delà du couple coopération-légitimité traditionnelle qui identifie classiquement le pharmacien comme un technicien et du couple coopération-légitimité fonctionnelle qui le reconnait comme un coordinateur des activités et processus liés au médicament, le couple coopération-légitimité relationnelle permet un positionnement comme un praticien-manager transversal qui peut exercer son leadership au service d'un fonctionnement médico-pharmaceutique modernisé.

Notre avons proposé d'intégrer au management socio-économique des approches par processus et socio-dynamique. Sont ainsi rapprochées sous un management coopératif les dimensions techniques, plutôt traditionnelle et fonctionnelle, des dimensions sociale plutôt relationnelle et décisionnelle. Cette proposition rejoint la notion de gouvernance clinique et d'articulation clinico-organisationnelle que J-C. Moisdon (2008, *op.cit.)* appelle de ses vœux.

La complexité sociale indique le niveau de coopération nécessaire entre les acteurs et mobilise des concepts de sociodynamie (Fauvet J-C., 2001, op.cit.). La complexité technique indique la nécessité de mettre en place des processus et des flux pour produire de la valeur, le mode managérial socio-dynamique permettant le développement d'un management intégré et coopératif.

Nous retrouvons cette équation à plusieurs variables dans une représentation du management médico-pharmaceutique que nous suggérons (figure 52 ci-dessous).

Figure 52 : management médico-pharmaceutique



Cette conceptualisation permet d'intégrer dans un modèle de management coopératif les variables qui impactent la légitimité. La coopération basée sur les aspects techniques et structurels permet alors le développement d'une légitimité plus traditionnelle et processuelle et celle basée sur la dynamique des acteurs stimule une légitimité plus relationnelle et transversale qui facilite la prise et l'application de décisions.

Ce management médico-pharmaceutique représente une forme d'innovation en termes de gouvernance hospitalière. L'hôpital est contraint d'innover face aux mutations qui l'impactent. Les innovations habituelles à l'hôpital concernent le plus souvent les dimensions scientifiques, dont la thérapeutique. Ces avancées rejoignent les innovations traditionnelles indispensables aux soins des patients. Les récentes réformes jusqu'à la récente loi HPST (2009,*op.cit.*) ont imposé à l'organisation hospitalière de faire évoluer son management (Nobre T., 2013) et d'adopter un fonctionnement coopératif.

Ces innovations peuvent se concevoir de différentes manières :

-soit par la création de structures nouvelles destinées à combler un manque de coordination. La création d'une direction médico-pharmaceutique en serait l'illustration ;

- soit par le développement de nouvelles relations, d'une nouvelle culture de management. L'introduction des méthodologies sur nos terrains d'observation et l'évolution de la posture managériale du pharmacien en seraient d'autres illustrations ;

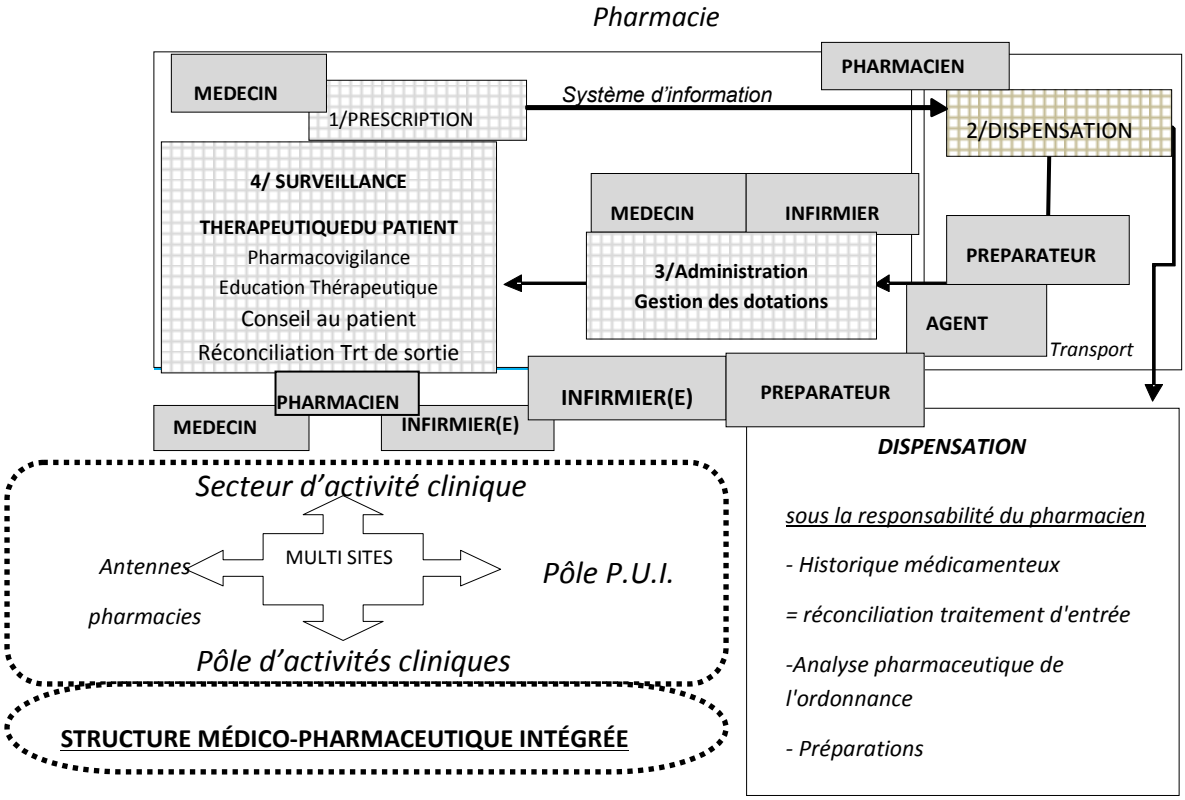
- soit par de nouvelles articulations entre directions fonctionnelles. Ce type de coopération a cependant bien souvent montré ses limites ou tout au moins son inertie ;

- soit enfin par le développement du faire ensemble, ce que les pharmaciens ont mis une énergie importante à développer sur nos terrains d'observation.

Avec T. Nobre (2013, *op.cit.*), nous dirons que toutes ces approches ont pour vocation de stimuler la coordination et de clarifier la prise de décision. Il semble que pour que les coopérations soient efficaces, il convienne effectivement de légitimer l'*input* de ces coopérations qui doivent avoir un catalyseur légitime à défaut d'un décideur qui détient le pouvoir.

Si le management reste mal perçu au sein de l'hôpital, notamment de la part des acteurs cliniques et en raison de l'incompréhension qui règne encore entre eux et les administrateurs, de nouvelles formes de gouvernance partant de constats cliniques et tenant compte des réalités gestionnaires sont en train d'émerger. Les pharmaciens à la fois partenaires cliniques, techniques et gestionnaires représentent un pont entre les acteurs des différents mondes de l'hôpital. Leurs apports à la gestion des risques et à l'éducation thérapeutique en sont les illustrations prégnantes. C'est leur impact sur la coopération qui peut renforcer leur légitimité que ce soit à travers leurs activités traditionnelles, la mise en place de processus fonctionnel et surtout de par leur posture relationnelle. La proposition d'aller jusqu'à la création de structures médico-pharmaceutiques dédiées permettrait certainement de renforcer la gestion du médicament et de sa sécurité, et au-delà de stimuler la culture d'innovation managériale à l'hôpital.

Figure n° 1 : Circuit du médicament, modifié (Cf. Introduction)



Légende : proposition d'une structure médico-pharmaceutique intégrée (Cf. encadré en pointillés)

Cette structure intégrée permettrait de piloter l'ensemble de l'activité médico-pharmaceutique quelles que soient les configurations sous-jacentes : rattachement de la pharmacie à un pôle, présence de sites multiples, d'antennes pharmacie dans les services cliniques et quel que soit le périmètre - attendu ou réel - de la Commission du médicament. Depuis la loi HPST, la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles n'est plus obligatoire et dépend de la Commission médicale d'établissement (CME). Si elle a en charge le pilotage du médicament au sein de l'hôpital, son fonctionnement se limite le plus souvent à l'enregistrement des médicaments au livret thérapeutique, le suivi de la sécurité thérapeutique, l'état des dépenses. L'implication des différents acteurs concernés est très variable ; nous avons souvent constaté une implication anormalement faible au regard des enjeux stratégiques de cette activité. C'est pourquoi nous proposons d'aller plus loin dans la redéfinition du pilotage médico-pharmaceutique et de sa reconnaissance stratégique.

En conclusion de ce chapitre, c'est à partir de la capacité de la pharmacie à identifier des besoins communs à la gestion du médicament et à la recherche des ressources que peut se construire sa légitimité. Rappelons avec F.M. Scherer (1982, *op. cit.*), la relation entre approche consensuelle, recherche de ressources et coopération de qualité ; cette approche créative du pouvoir est source de reconnaissance et de légitimité (Cf. partie 1.II.3.3.a). Mais au-delà des moyens que le pharmacien et son équipe vont mettre en place et de l'*input* de coopération qu'ils vont générer, la légitimité nécessaire à la reconnaissance d'activités pharmaceutiques à forte valeur ajoutée doit certainement être accompagnée d'une refondation de la gouvernance médico-pharmaceutique. Cette nouvelle gouvernance visant à stimuler la coopération et permettant à la pharmacie de muter d'une légitimité traditionnelle et d'une image logistique à des formes de légitimité plus stratégiques peut contribuer à un meilleur service au patient. À cette fin, la création d'une structure stratégique au sein de l'hôpital nous parait une décision fortement souhaitable au regard des constats effectués par toutes les institutions de santé et des conclusions de nos diagnostics.

CONCLUSION

Notre recherche a porté sur le fonctionnement médico-pharmaceutique hospitalier, plus spécifiquement sur la coopération entre les acteurs du circuit du médicament et ses conséquences sur la légitimité du pharmacien à exercer avec son équipe une action managériale. La coopération entre la pharmacie et les services cliniques est une question centrale du fonctionnement de l'hôpital, institution aux activités cloisonnées entre ses différents métiers cliniques, techniques et administratifs.

La problématique que nous avons énoncée au début de notre recherche était : **comment la pharmacie peut-elle améliorer la gestion du médicament en partenariat avec les services cliniques au sein des établissements publics de santé ?**

Notre connaissance du secteur de la santé a orienté le choix du **champ de notre recherche** : l'hôpital public en France. Notre métier d'origine a facilité l'accès aux terrains d'observation scientifique et la négociation de recherches-interventions auprès de trois hôpitaux. L'hôpital A a bénéficié d'une recherche-intervention longitudinale, du diagnostic à l'évaluation des changements sur 5 ans. Au sein des hôpitaux B1 et B2, deux sites d'un même groupement hospitalier B dont les deux pharmacies avaient un projet de fusion de leurs activités, nous avons mené la seule phase de diagnostic.

Nous avons choisi une méthodologie de recherche-intervention longitudinale de type coopérative afin d'impliquer les décideurs et les acteurs du circuit du médicament dans l'observation des dysfonctionnements, l'élaboration de pistes d'amélioration, le choix de projets de changements, leur mise en œuvre, dans le but d'évaluer les changements observés.

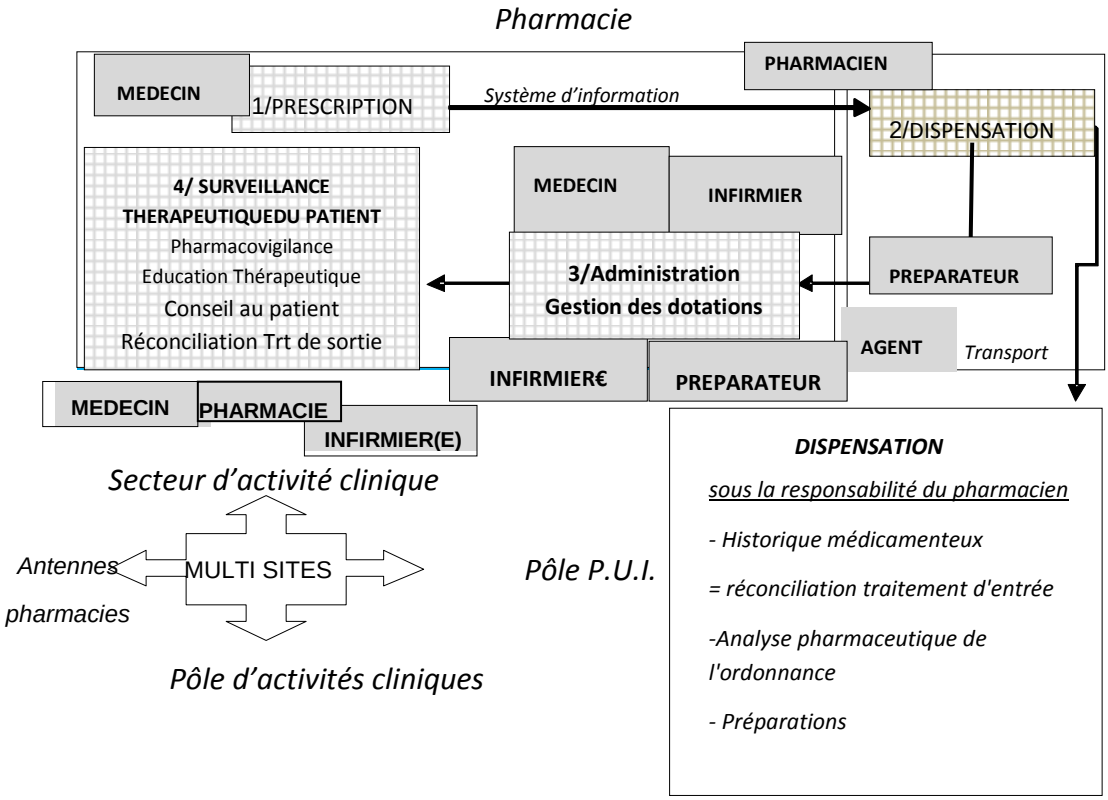
Dans le tableau 46 ci-dessous, nous résumons les données chiffrées, nombre d'actions, temps passés en recherche-intervention au sein de nos différents terrains.

Tableau 46 : Données d'activité sur les terrains d'observation

TERRAINS	A (diagnostic)	A (évaluation)	B1 (diagnostic)	B2 (diagnostic)	TOTAL
Nombre de personnes interviewées	**62**	**(48)**	**15**	**19**	**96**
Nombre d'entretiens	**30**	**23**	**11**	**9**	**73**
Nombre de phrases-témoins	**350**	**508**	**166**	**227**	**1251**
Nombre d'idées-clés	**55**	**(73=55+)18**	**62**	**66**	**201**
Nombre d'heures de traitement	**126**	**60**	**40**	**33**	**259**

Nos différents terrains de recherche-intervention nous ont permis d'analyser **la place centrale** de la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital. Cependant le fonctionnement médico-pharmaceutique, c'est-à-dire la gestion partagée du médicament entre la pharmacie et les services de soins, est souvent résumé au circuit du médicament, globalement considéré comme une activité logistique de support, un processus pharmaceutique accomplissant une nécessaire prestation périphérique aux soins. Ainsi, les représentations schématisées par les autorités de santé présentent le plus souvent le circuit du médicament comme un processus. Dans la figure ci-dessous, nous avons ajouté à ce processus les acteurs, leur place, leurs principales actions, et indiqué les activités réalisées par la pharmacie.

Figure 1 : Circuit du médicament, positionnement des acteurs et des activités (d'après : Haute Autorité de santé, 2005, *op. cit.,* Cf. Introduction).



Nous voyons bien la difficulté d'établir au sein de ce processus une coopération entre des acteurs aux activités différentes, même si leur mission commune est dédiée à la prise en charge des patients. Cette démarche d'abord inductive, nous a permis de stabiliser notre **objet de recherche** qui correspond au fonctionnement médico-pharmaceutique hospitalier, c'est-à-dire à la coopération entre les acteurs du circuit du médicament et à la légitimité du pharmacien à exercer avec son équipe une action managériale sur ce fonctionnement.

Les **cadres théoriques** que nous avons mobilisés sont de différents ordres : nous avons étudié au chapitre II (partie II.2) les auteurs en sciences de gestion qui nous ont permis d'introduire les cadres théoriques mobilisés habituellement à l'hôpital pour en expliquer le fonctionnement. Nous avons mobilisé (partie II.3.1) la **théorie socio–économique des entreprises et des organisations** (Savall H., Zardet V., 1987) comme cadre central de notre travail ; nous l'avons complétée par les **théories de la coopération** entre les acteurs (partie II.3.2) et de la légitimité organisationnelle (partie 1.II.3.3). Ces théories nous

ont permis d'envisager que la coopération des acteurs du circuit du médicament profite à la légitimité du pharmacien et des activités des personnels de la pharmacie. La théorie socio-économique a été intégratrice des différents concepts et nous a permis d'étudier l'impact de la coopération et son effet sur la légitimité à tous les niveaux de fonctionnement de l'organisation.

La méthodologie de recherche-intervention socio-économique (Savall H., Zardet V., 2003) et ses outils de diagnostic, d'accompagnement et d'évaluation a permis de conduire une démarche de recherche abductive, tantôt inductive tantôt déductive, et d'intégrer d'autres outils de management tels que l'approche par processus, déjà implantée sur nos terrains de recherche et la stratégie des partenaires, utile au traitement de situations socialement complexes.

Cette démarche de recherche-intervention nous a conduit à effectuer un diagnostic, et à accompagner les acteurs dans la mise en place des projets d'amélioration. *In fine*, nous avons observé la transformation opérée, et en avons déduit des apports, tout en mettant en lumière les limites de notre recherche et de possibles perspectives.

L'hypothèse centrale que nous avons posée est que **l'amélioration de la coopération entre pharmacie et services cliniques permet une meilleure efficience du fonctionnement médico-pharmaceutique et une plus grande légitimité des activités pharmaceutiques**.

Fil conducteur de la démonstration

Des différents chapitres se dégagent des idées-forces. Ces idées-forces constituent le fil conducteur de notre démonstration. Leur confrontation aux résultats obtenus sur les terrains permet de vérifier le niveau de validation des hypothèses de fond pour apporter des réponses à la problématique posée.

Chapitre I : Enjeux du système de santé : l'économie au centre des besoins des populations.

La première idée-force est la nécessité d'une gestion commune du médicament entre la pharmacie et les services cliniques pour garantir l'accès à la thérapeutique, élément du droit à la santé garanti aux populations par les différentes chartes internationales et la réglementation française.

Chapitre II : Fonctionnement de l'hôpital : histoire, réformes et cadres théoriques.

L'idée-force du chapitre II porte sur le choix des cadres théoriques : l'importance de l'histoire, de ses réformes et la mobilisation de cadres théoriques de gestion permettent une bonne compréhension du fonctionnement de l'hôpital ; le choix de la théorie socio-économique comme cadre central de notre recherche, nous a permis d'accueillir d'autres cadres théoriques.

Chapitre III : Choix méthodologique : la recherche-intervention au cœur des moyens utilisés.

L'idée force concerne ici les choix épistémologique et méthodologique ; la recherche-intervention qualimétrique a été retenue pour l'observation de la coopération et son impact sur les acteurs. Cette méthodologie est intégratrice d'autres approches.

Cette première partie se clôt par la présentation de notre corps d'hypothèses avant d'ouvrir la deuxième partie sur l'expérimentation proprement dite.

Chapitre IV : Analyse dysfonctionnelle du fonctionnement médico-pharmaceutique à l'hôpital.

L'idée-force de ce début de deuxième partie correspond à la recherche méthodique des dysfonctionnements organisationnels, carburant permettant d'alimenter les projets d'amélioration du circuit du médicament.

Chapitre V : Étude comparée du cas central avec les autres terrains d'observation : la coopération comme clé du fonctionnement.

L'idée-force principale du chapitre V concerne les résultats comparés des terrains A et B et l'apparition d'un certain nombre de contingences. Ces premiers résultats permettent de confirmer la solidité de l'approche dysfonctionnelle, d'éclairer concrètement les difficultés de coopération entre acteurs, et de contribuer à l'implantation d'outils de management (Cf. idée-force du chapitre III).

Chapitre VI : Analyse de la chaîne médico-pharmaceutique corrélée au contexte institutionnel : l'apport du management par la valeur.

L'idée force de ce chapitre concerne la nécessité de proposer une chaine médico-pharmaceutique positionnant clairement les acteurs autour du circuit du médicament. L'enjeu est que ce processus « vivant » contribue à la gestion sécurisée du médicament.

Les récents accidents thérapeutiques ont provoqué un renforcement du cadre règlementaire, parfaitement décrit dans la mise en place du contrat de bon usage du médicament dès 2005, dans les rapports de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS, 2011) et dans l'arrêté du 6 avril 2011 sur la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé.

Chapitre VII : Actions de coopération et outils de gestion : évaluation longitudinale de la recherche-intervention.

L'idée-force du chapitre VII est la production de résultats durables utiles à la coopération, décrite à travers l'évaluation approfondie des actions et projets engagés.

Chapitre VIII : Évaluation du fonctionnement médico-pharmaceutique : vers un regain de légitimité.

L'idée-force du chapitre VIII concerne l'impact de la réduction des dysfonctionnements sur la coopération et la légitimité afin d'élaborer des niveaux de couples « coopération-légitimité».

Les résultats obtenus au cours de la recherche-intervention ont été renforcés d'une formation au pilotage des produits de santé.

Chapitre IX : Le pharmacien-manager : une posture pour améliorer la légitimité et l'efficience de la pharmacie hospitalière.

L'idée-force de ce dernier chapitre concerne l'émergence d'une structure de pilotage et le renforcement de la posture managériale du pharmacien pour une meilleure efficience médico-pharmaceutique, notamment en termes de gestion des risques et d'accompagnement thérapeutique des patients.

Résultats : identification et réduction des dysfonctionnements

Les dysfonctionnements observés concernent l'ensemble de nos terrains et tous les niveaux de gestion d'une organisation ; nous les avons repris ci-dessous et avons analysé leur résolution – ou non – sur le terrain A :

- L'agencement des locaux est un point sensible de l'activité pharmaceutique : éloignement des services cliniques et de certains stocks. Ces questions d'agencement ont été entendues et partiellement améliorées, notamment en termes de réfection et de gestion des dotations.

- Les problèmes des matériels concernent le plus souvent le nombre d'équipements, de logiciels ou la qualité des connexions. L'ajout de bornes WIFI a été une première réponse mais la question des logiciels pharmaceutiques et de leur interfaçage avec les autres logiciels reste un problème majeur qui affecte jusqu'à la sécurité des patients.

- La question des horaires d'ouverture de la pharmacie irrite les soignants. Le chef de service de la pharmacie de l'hôpital A a cependant réduit les horaires d'ouverture pour augmenter la qualité d'accompagnement, ce qui a finalement amélioré la satisfaction des services cliniques.

- L'amélioration de l'ambiance au sein de la pharmacie de l'hôpital A est apparue à l'évaluation : la plus grande diversité des activités, le développement de la poly-compétence ont été des éléments décisifs d'une plus grande satisfaction des collaborateurs.

- La répartition des tâches est un élément fréquent de dysfonctionnements ; les questions de *planning* à la pharmacie et d'interaction entre les personnels de la pharmacie et des services de soins sont au cœur de la qualité de gestion du médicament. Si l'amélioration de la qualité de l'accompagnement des services cliniques a été soulignée à l'évaluation, l'insuffisance de temps consacré, notamment par une présence dans les services cliniques n'a pas compensé l'amélioration du processus d'approvisionnement des médicaments. Il nous apparaît que le temps pharmaceutique disponible n'est pas à la hauteur des enjeux d'exigence décidés par les tutelles. La diminution des effectifs médicaux et des personnels soignants nécessite selon nous une augmentation du nombre d'ETP (Équivalents temps pleins) pharmaceutiques pour répondre aux exigences de sécurité thérapeutique des patients. Une fois les nécessaires efforts de gestion accomplis par les équipes pharmaceutiques, la question du recrutement se pose.

Apports de la recherche

Rappelons que l'hypothèse centrale de notre travail est « l'amélioration de la coopération entre pharmacie et services cliniques engendre une amélioration de l'efficience du fonctionnement médico-pharmaceutique et une plus grande légitimité du pharmacien et de ses activités ».

Notre corps d'hypothèses se décompose en propositions qui structurent le fil conducteur de notre démonstration. Chacun des neuf chapitres héberge une hypothèse descriptive, une hypothèse explicative et une hypothèse prescriptive. En fonction de leur importance empirique, nous pouvons considérer tantôt que ces propositions sont de réelles hypothèses, tantôt qu'elles constituent des idées-forces qui structurent le fil conducteur de la démonstration, éclairent le contexte et soutiennent la méthodologie de recherche.

Nous proposons de vérifier le niveau de validation par sous-groupes d'hypothèses.

Niveau de validation des hypothèses

LA RÈGLEMENTATION DE LA SANTÉ S'ARTICULE AVEC LA COOPÉRATION

La santé est un droit inaliénable inscrit aux niveaux international, européen et national. Cependant l'atteinte de cet objectif est difficile à assurer. Son respect est fortement impacté par les crises économiques et les contraintes budgétaires. Le niveau de soin représente un véritable choix de société auquel nos compatriotes ne sont pas prêts à renoncer. C'est pourquoi nos dirigeants ont opté jusqu'à aujourd'hui pour une maîtrise médicalisée, non purement comptable, des dépenses de santé. La bonne gestion du système est donc à ce jour la voie retenue. **Cette hypothèse** dépend de choix nouveaux d'organisation et d'une meilleure articulation entre les actions des professionnels de santé. À ce jour nous pouvons considérer qu'elle **n'en est qu'au début de sa mise en œuvre**.

LA THÉORIE SOCIO-ÉCONOMIQUE EST INTÉGRATRICE DES AUTRES CADRES RETENUS

Notre objet de recherche est la coopération et son impact sur la légitimité. Nous avons donc mobilisé les cadres théoriques de la coopération entre les acteurs et de la légitimité organisationnelle (partie II.3). Le choix de la théorie socio-économique comme cadre principal a été décidé en raison de ses concepts relatifs à la coopération.

Notre approche inductive sur le terrain a mobilisé la méthodologie de recherche-intervention socio-économique et ses outils. Dans chacune des recherches-interventions auprès des trois hôpitaux A, B1 et B2, d'autres outils de management étaient déjà implantés. L'approche par processus y était déjà implantée. Nous avons mis en place la méthodologie de management socio-économique suite à la négociation avec les dirigeants, et à laquelle nous avons intégré l'approche par processus.

Le management par la valeur a permis d'implanter le processus du circuit du médicament ; nous avons effectué ensuite une analyse croisée des dysfonctionnements observés lors du diagnostic socio-économique au sein des processus déjà implantés. Une autre approche, la socio-dynamique a été utilisée en préalable à l'implantation du management socio-économique sur le terrain B, en raison de la complexité sociale de la situation.

La théorie socio-économique a donc permis la mobilisation d'autres cadres théoriques utiles à notre démonstration ; d'autre part l'approche de management socio-économique qui y est associée a pris dans notre recherche le statut de "méta-méthode" pouvant accueillir facilement d'autres outils. Au fil des diagnostics sur les terrains, en particulier sur le terrain A, les acteurs se sont approprié la méthodologie et les outils du management socio-économique. Le terrain A a vu le déploiement de projets jusqu'à la phase d'évaluation de ceux-ci. Certains outils ont été mis en place de manière autonome par les acteurs, comme les grilles de compétences ou les enquêtes d'autoanalyse du temps. Les projets ont été développés puis évalués avec une implication forte des acteurs de la pharmacie. Cette implication a été cependant moins évidente au sein des services cliniques. Nous pouvons cependant dire que le management socio-économique a été implanté de manière durable entre 2009 et 2013 sur le terrain A. Les habitudes de gestion acquises entre 2009 et 2013 sur ce terrain ont certainement participé au succès de la certification du circuit du médicament qu'a obtenue l'hôpital en 2012. Les résultats obtenus et l'acceptation de notre approche nous permettent de considérer que **cette hypothèse est validée**.

LES DYSFONCTIONNEMENTS SONT MOTEURS DE PROPOSITIONS ET D'ACTIONS DE CHANGEMENT.

Nous avons recherché méthodiquement les dysfonctionnements à tous les niveaux de l'organisation. L'étude comparée entre les terrains A et B nous a permis d'identifier la contingence d'une majorité des dysfonctionnements du circuit du médicament. Leur restitution a permis de dégager rapidement des pistes d'amélioration.

Les projets des dotations de médicament et du processus des chimiothérapies en sont l'illustration sur le terrain A. Nous pouvons considérer l'approche dysfonctionnelle comme solide ,**cette hypothèse étant ainsi validée**.

LA DÉMARCHE DE CHANGEMENT RÉDUIT LES DYSFONCTIONNEMENTS ET CRÉE DE LA VALEUR

Notre expérimentation sur le terrain A a permis de déterminer quels dysfonctionnements ont été réduits. L'effet miroir d'évaluation a repris chaque idée clé pour demander aux personnels si chacune d'entre elle s'était améliorée ou non et si de nouveaux dysfonctionnements étaient apparus. La partie VII.3 détaille ces résultats sur un plan qualitatif. Cependant ces résultats n'ont pas été quantifiés par une étude de coûts cachés. La seule évaluation quantifiée a consisté à évaluer les surtemps des activités pharmaceutiques à faible valeur ajoutée lors du diagnostic du terrain A. Nous considérons donc que **cette hypothèse n'est que partiellement validée**.

LA COOPÉRATION IMPACTE TOUS LES NIVEAUX DE L'ENTREPRISE ET RENFORCE LA RECONNAISSANCE DE LA PHARMACIE.

Les résultats observés ont permis de vérifier, au moins qualitativement l'impact des actions développées sur la coopération entre acteurs et de **mettre en évidence les interactions entre qualité de coopération et retours en termes de légitimité**. Ces résultats nous ont permis de **proposer différents niveaux de « coopération-légitimité »** que nous avons appelés « **couples coopération-légitimité** ».

Cependant cette reconnaissance du rôle du pharmacien chef de service et de la place de la pharmacie et de ses personnels dépend d'un cheminement en termes de développement de compétences nouvelles et de posture. Ces changements doivent donc comporter des actions sur les comportements coopératifs et peuvent s'ancrer grâce à la création de structures de gouvernance nouvelles ou fortement repensées. **Cette hypothèse n'est que partiellement validée** à ce stade et mérite des investigations complémentaires.

Limites de la recherche

Première limite d'ordre générique, le droit à la santé est bafoué par l'accroissement des contraintes budgétaires; même si le niveau de protection sociale reste élevé en France, l'érosion de sa prise en charge est régulière. Concernant la déclinaison de ce droit à la santé en termes d'accès à la thérapeutique, nous avons constaté que celui-ci est impacté par une gestion peu coordonnée, qui manque à la fois de moyens et d'efficience.

Autre limite en lien direct avec notre travail, les dysfonctionnements observés n'ont été que faiblement quantifiés ; hormis une analyse des surtemps relatifs à des activités à faible valeur ajoutée entre un service clinique et la pharmacie, les terrains n'ont pas bénéficié d'un chiffrage des coûts cachés. La partie quantitative de l'analyse reste faible.

L'évaluation des résultats représente également une limite en raison du déséquilibre entre les terrains A et B. Seuls les dysfonctionnements ont été évalués qualitativement sur les hôpitaux B1 et B2.

Enfin, limite d'ordre managérial, le changement de posture et la reconnaissance du pharmacien et de son équipe ne sont pas acquis. Si nous avons identifié quelques conditions de la légitimité de la pharmacie et les avons reliées au niveau de coopération initié par le chef du service de pharmacie, la reconnaissance de la pharmacie repose beaucoup sur le charisme du chef de service et l'engagement de son équipe.

Il ne nous a pas été possible d'observer l'impact des formations au pilotage du médicament mises en place, cette initiative sur une centaine de pharmaciens étant limitée. Elle mériterait un déploiement institutionnel plus systématique, non seulement auprès des pharmaciens, mais également auprès des préparateurs en pharmacie dont le rôle n'est pas assez développé ni valorisé.

Perspectives de la recherche

Lors de notre travail de recherche, tant sur le terrain qu'à travers les données bibliographiques, nous avons constaté que **le mode de management à l'hôpital reste bureaucratique**, malgré les tentatives d'instaurer une nouvelle gouvernance. Au niveau pharmaceutique, la complexité des missions du pharmacien ne facilite pas l'intégration d'un fonctionnement fondé sur le respect de la réglementation, couplé à un mode management

plus centré sur l'organisation et son fonctionnement transversal. C'est pourquoi nous avons proposé de segmenter les activités pharmaceutiques en différents niveaux (Cf. couples «coopération-légitimité »). En mettant en évidence que la légitimité du pharmacien et de ses personnels est traditionnellement **logistique**, et qu'elle peut être **fonctionnelle** avec la mise en place des processus, nous pensons créer les conditions pour développer un niveau supérieur de légitimité, à condition que la coopération stimulée par la pharmacie soit de bonne qualité. Cette légitimité **transactionnelle** soutenue par des actions de coopération doit permettre *in fine*, d'accéder au dernier niveau de légitimité ; le dernier couple coopération-légitimité atteint alors le niveau **décisionnel**. À ce stade, la légitimité du pharmacien, de ses personnels et de leurs activités rejoint le niveau stratégique. Le fonctionnement pharmacie-services cliniques peut alors devenir plus efficace et équilibré, au service de la qualité de la gestion du médicament pour le patient.

La posture managériale du pharmacien peut alors être complétée d'une structure de pilotage dédiée. Les propositions du chapitre IX, avec la création d'une structure médico-pharmaceutique ou tout au moins sa réinvention, répondent aux vœux de nombreux acteurs, sociétés savantes et syndicats pharmaceutiques. Cependant, si la mise en place de ce type d'instance renouvelée peut permettre un fonctionnement amélioré de la gestion du médicament, c'est l'adoption ou le renforcement d'une posture managériale du pharmacien (avec les moyens de formation qui vont avec) qui facilitera la reconnaissance de la pharmacie au service de soins de qualité pour les patients. La gestion des risques et l'éducation thérapeutique, activités médico-pharmaceutiques transversales par excellence peuvent sûrement bénéficier du renforcement de la position du pharmacien. C'est pour accompagner cette mutation que nous avons proposé une formation au pilotage médico-pharmaceutique pour accompagner les pharmaciens, mais aussi les autres acteurs concernés par le circuit du médicament.

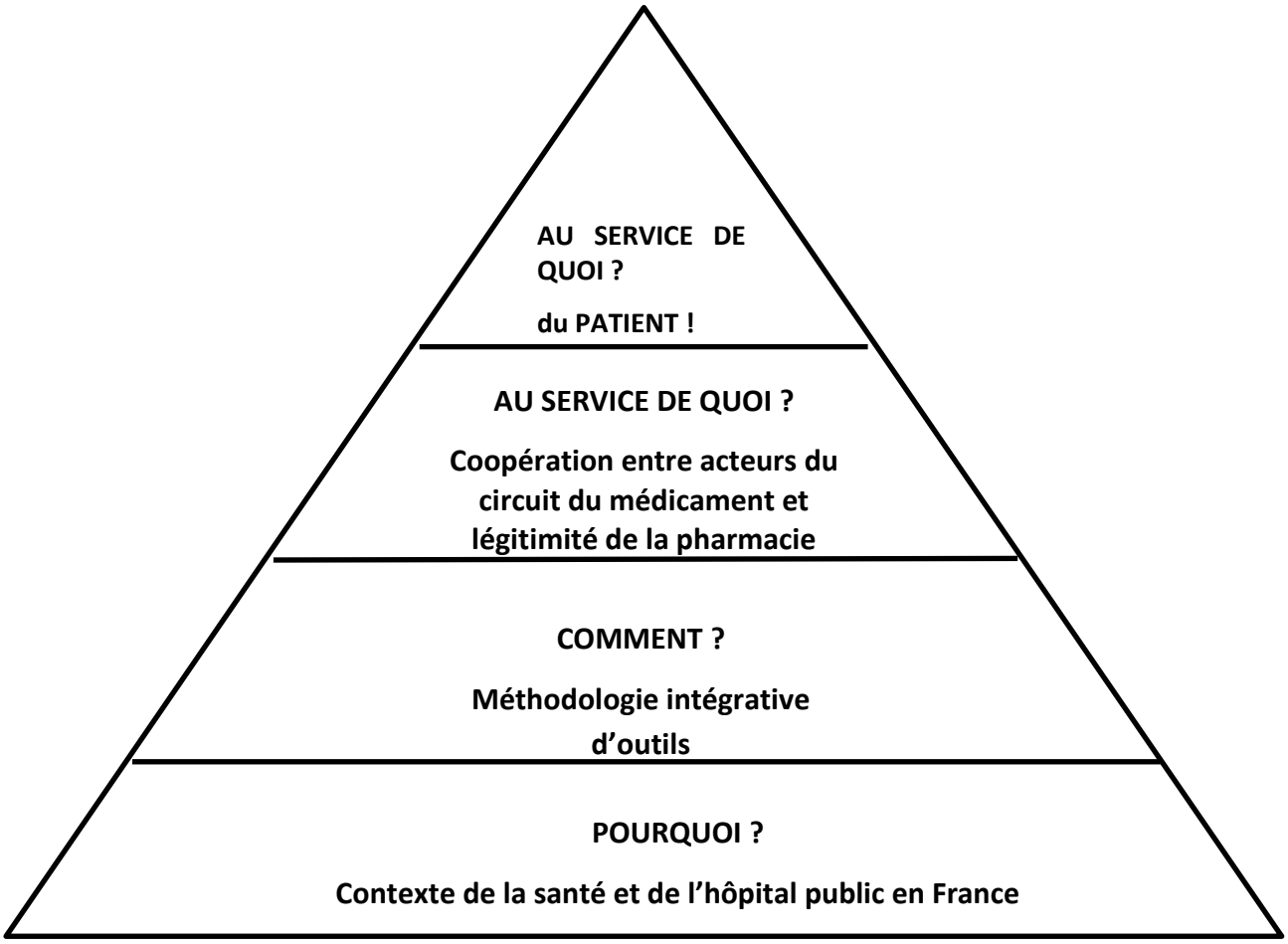
Cette posture revisitée du pharmacien hospitalier est certainement transposable. De nombreux métiers autres que celui de pharmacien sont complémentaires de celui de médecin ; par exemple les sages-femmes qui revendiquent un nouveau statut ou les opticiens qui pallient le manque d'ophtalmologistes en sont des exemples récents. Le renforcement des couples [coopération-légitimité] est un modèle transposable à d'autres métiers de la santé, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Les exigences de fonctionnement transversal, en réseau ou en filières de soin ouvrent de nouvelles perspectives de recherche. La mobilisation de ces couples de « coopération-légitimité » mériterait aussi des investigations dans d'autres domaines d'activité.

Il serait également intéressant, à l'occasion d'une fusion hospitalière comme celle du terrain B, d'évaluer les logiques de déplacements sur un territoire de santé. Celles-ci reposent parfois sur des pratiques anciennes de maillage sanitaire. L'utilisation des données du PMSI (Programme médicalisé des systèmes d'information) et la cartographie des lieux de domicile et d'hospitalisation seraient intéressantes à réaliser avec des chercheurs en géographie et aménagement du territoire, en parallèle à une analyse budgétaire et des ressources humaines.

La qualité de prise en charge des patients doit bénéficier de l'ensemble de ces approches, bien évidemment médicales et techniques, mais aussi organisationnelles et managériales, tant par l'apport des sciences de gestion que d'autres sciences humaines et sociales.

En synthèse, nous sommes parti de constats sur l'hôpital public en France. Nous avons souhaité situer le POURQUOI de notre recherche dans le contexte de notre système de santé comme l'indique la figure 53 ci-dessous.

Figure 53 : pyramide de la prise en charge thérapeutique du patient



Nous avons abordé le COMMENT afin de traiter notre question de recherche par l'utilisation d'une méthodologie de recherche-intervention socio-économique à laquelle nous avons intégré différents outils.

Nous avons souhaité apporter des réponses en termes de coopération entre acteurs et de légitimité dans l'action médico-pharmaceutique pour répondre à la question : AU SERVICE DE QUOI cette recherche a-t-elle été engagée ?

Cette recherche a été produite au service de la nécessaire coopération autour du circuit du médicament, de la légitimité de la pharmacie à stimuler cette coopération et finalement au bénéfice du patient et de la qualité de sa prise en charge comme le résume la figure 53 ci-dessus.

BIBLIOGRAPHIE

Acker F. (2005), Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital, *Revue Française des Affaires Sociales,* n°1, p.161-181, 2005

Adler P.S., Known S.W., (2002), Social capital : prospects for a new concept, *Academy of Management Review,* 2002, Vol. N°27, p 17-40 (in Buisson, 2005)

Akrich M., Callon M., Latour B. (2006), *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs,* Presses de l'École des Mines de Paris, Coll. Sciences sociales, Paris, 2006

Aldrich H., Fiol C.M., (1994), Fools rush in? The institutional context of industry creation, *Academy of Management Review,* Vol. 27, 1994, p 17-40 (in Buisson, 2005)

Alexandre-Bailly F., Bourgeois D., Gruère J-P., Raulet-Croset N., Roland-Lévy C., (2003),

Comportements humains et management, Baume les Dames, Pearson éducation, 2003

Alter N., (2002), Théorie du don et sociologie du monde du travail, *Revue du Mauss,* vol.2, n°20, p. 263-285, Paris, La Découverte, 2002.

Alter N., (2003), *L'innovation ordinaire,* Paris, PUF, 1ère édition 2000, 2003

ANAP, (2011), *Vademecum HPST,* www.anap.fr, 2011

Argyris C. (1970), *Intervention Theory and Method. A Behavioral Science View,* Reading Mass, Addison-Wesley, 1970

Argyris C., Schoën D.A. (2002), *Apprentissage organisationnel. Théorie, méthode, pratique,* traduction 1ère édition par M. Aussanaire, P. Gardia-Malgarès, De Boeck Université, Paris, 2002

Arnaud N. (2007), Construction et management des compétences collectives dans le cadre des relations interorganisationnelles : une approche communicationnelle, *Finance, Contrôle Stratégie,* vol.11, N°1, mars 2008, p.9-39

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé, *Journal officiel de la république Française,* texte N° 14 du N°0090 du 16 avril 2011

Ashforth B.E., Mael F. (1989), Social identity theory and the organization, *Academy of Management Review,* vol. 14, n°1, 1989, p. 20-39

Bachelard G. (1938), *La formation de l'esprit scientifique,* éditions Vrin, Paris, 2004

Baier A.C. (1996), article *« confiance »,* in dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, PUF, Paris, 1996, p.283-288

Barbier E. (2013), *Amélioration de la qualité de la prisé en chargé médicamenteuse du patient,* Master professionnel Sciences de la vie et de la santé, spécialité Sécurité sanitaire et qualité des soins - Parcours Qualité et gestion des risques hospitaliers, Université paris Descartes, année 21012-1013

Barnard C. (1938), *The function of executives,* Cambridge, Harvard University Press, 1938

Bass BM. (1990), From transactional to transformational leadership: learning to share the vision, *Organizationnal Dynamics,* 1990, winter, 19-31

Baudry B. (2005), *Économie de la firme,* Repères, La Découverte, collection Repères, 2005

Baudry B., Charmettant H., (2007), La relation d'autorité employeur-employé. Une approche conventionnaliste, Presses de Sciences Po, *Revue économique,* mai 2007, Vol. N° 58 ISSN 0035-2764 & ISBN 2-7246-3075-6, pp 1011-1033

Beaulieu S., Rou M., Pasquero J., (2002), Linking the management of legitimacy and the learning process : evidence form a case study, *Third European Conference on Organizational Knowledge, Learning and Capabilities,* 5-6 avril 2002, Athènes (*In* Buisson, 2005)

Becker G. (1964) *Human capital: a theoretical and empirical analysis,* Colombia University Press for the National Bureau of Economic Research, New York, 1964

Bengtsson M., Kock S. (1999), Cooperation and competition in relationships between competitors in business networks, *Journal of Business and Industrial Marketing,* 14, 3, 1999, p.178-190

Berlan Y. (2003), *Coopérations des proféssionnels de santé: le transfert des tâches et compétences,* Paris, ministère de la santé, 2003

Bergoignan-esper C. (2009), Les nouvelles formes de coopération des acteurs de santé : entre innovation et modernisation, *Revue de droit sanitaire et social,* 2009, vol. 55'5), p.806-819

Bescos P.-L., Mendoza C., (1994), *Le management de la performance,* Editions comptables malesherbes, Paris, 1994, p.42

Blanchot F., Fort F. (2007), Coopétition et alliances en R&D, *Revue Française de Gestion*, n°176, 2007, p.163-181

Bojie D., Rosile G.A. (2003), Comparison of Socio-economic and other trans-organizational development methods, *Journal of Change organizational Management,* mars 2003

Boltanski L., Thévenot L. (1987), *De la justification : les économies de la grandeur,* NrF essais, Gallimard, 1987

Bonnafini P., (2002), Politiques de santé et réseaux, *Atelier « Réseaux et performance »,* Nantes, 12-14 décembre 2002

Bonan B. (2007), Sécurisation du circuit des chimiothérapies en établissement hospitalier : application à la production des médicaments enticancéreux, *Thèse École centrale*, Paris, 5 juillet 2007

Bontout O., Caicedo E., Fischer V., Jacod O., Koubi M., Lecourt-Giraud A-J., Renoux A., Solard J.(2012), Les comptes nationaux de la santé, *Presses d'imprimerie de la Centrale*, Lens, 4ème trimestre 2012

Braud I., Roy DA. (2008), Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé, *Pratiques et organisation des soins,* vol.39, n°3, juillet-septembre 2008

Bréchet J-P. (2008), Le regard de la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud, *Revue française de gestion,* 2008/4-N°184, p.13-34

Bréchet J-P., Monin P., Saives A-L., (2008), *Légitimité, déviance et délit. Des défis pour le management stratégique,* Lavoisier, Revue française de gestion, mars 2008, N° 183, p.15-34

Brown AD. (1994), Politics, symbolic action and myth making in pursuit of legitimacy, *Organization Studies,* vol.15, N°6, p.861-878

Brown L.D. (2006), Remèdes, financement public et insatisfaction politique : La réforme de la politique de santé en Europe vue par un chercheur américain, *Revue française des affaires sociales,* vol.2, N°2-3, p.333-351, 2006

Brunie V., Rouprêt-Serzec J., Rieutord A., (2010), Le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient, *Journal de pharmacie clinique,* Vol.29, N°2, avril-mai-juin 2010

Buisson M-L., (2005), La gestion de la légitimité organisationnelle : un outil pour faire face à la complexification de l'environnement, *Revue Management et avenir*, avril 2005 ; N°6, page 147-164

Cesar B., d'Herbemont O. (2002), *La stratégie du projet latéral : comment réussir le changement quand les forces politiques et sociales doutent ou s'y opposent,* Paris, Dunod, 2ème édition, 2002

Chast F., coll. (1995), *Cinq siècles de pharmacie hospitalière: 1495-1995,* Paris, Hervas, 1995

Chemers MM. (2000), Leadership Research and Theory: a Functionnal integration. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice,* 2000, 4(1), 27-43

Clarkson M.B.E. (1995), A Stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance, *Academy of Management Review,* vol. 20, n°1, p.92-117

Claveranne J-P. (1996), Le management par projet à l'hôpital, *Revue Française de Gestion,* n°109, Juin-Juillet-Août 1996, p.103-113

Claveranne J-P., Pascal C. (2004), *Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance,* Économica, 2004

Clément J-M., 1995, L'évolution historique du statut du pharmacien à l'hôpital, *Revue d'histoire de la pharmacie,* supplément au n° 306, 1995, p.66-71

Contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (2005), Article L.162-22-7 du Code de la santé publique, *Décret n°2005-1023 du 24 août 2005 modifié par le décret n°2008-1121 du 31 octobre 2008*

Code de la Santé Publique, (8 août 2010), partie législative, *Légifrance,* 13 août 2010

Collectif, (1995), *Cinq siècles de pharmacie hospitalière : 1495-1995*, Paris, Hervas, 1995

Courpasson D, Golsorkhi D. (2009), Les productivités du pouvoir, Résistances et pouvoirs dans et autour des organisations de la seconde modernité, *Revue française de gestion,* n°193, 2009

Cours des comptes (2007), Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, *Rapport de la cours des comptes,* 2009, chapitre 9

Cremadez M. (1993), *Stratégie, Structure, décision, identité : politique générale de l'entreprise,* In Strategor, 2ème édition, Paris, Interéditions, 1993, p.380-397

Crozier M., Frieberg E., (1977), *l'Acteur et le système,* Paris, Essais Seuil, 1977

Cubaynes M-H., Noury D., Dahan M., Falip E. (2011), Le circuit du médicament à l'hôpital, *Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales,* RM2011-063P, mai 2011

Cyert R., March J. (1963), *A behavioral theory of the firm*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1963

Cyert R.M. , March J.M. (2001), *A summary of Basic Concepts in the Behavioral Theory of the Firm,* 2001, p.161-176

D'Aveni R. (1995), *Hypercompetition,* Paris, Vuibert, 1995

De Montgolfier J., Berthier P. (1978), *Approche multicritères des problèmes de décision,* paris, Hommes et techniques, 1978

Dagnino G.B., Le Roy F., Yami S. (2007), la dynamique des stratégies de coopétition, *Revue française de gestion,* N°176, p.87-98, 2007

Dahan M., Sauret J., (2010), Sécurisation du circuit du médicament à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), *Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS),* référence RM2010-098P, juillet 2010

Dalgalarrondo S., (2004), Problèmes et enjeux comtemporains de l'innovation thérapeutique, *Entreprises et histoire,* 2004/2, N°36, pp 120-149

Dameron S. (2002), Les deux conceptions du développement de relations cooperatives dans l'organisation, *Perspectives en management stratégique,* Doslater I., Laroche H., Boiral O., tome VIII, Editions EMS, 2002, p.101-131

Dameron S. (2005), Rapports coopératifs et diversité culturelle : le cas de la gestion post fusion Orange-France Telecom Mobile, *Finance Contrôle Stratégie,* vol.8, N°3, sept 2005, p.51-76

Danet S., Salines E., (2008) L'état de santé de la population en France, *Etudes et Résulats DRESS,* n° 623, février 2008

David A. (2001), Interventio-research : A general framework for management research ?, *European Group for Organizational Studies (EGOS),* 17ème colloque, juillet 2001

David A. (2008), Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées, *in Les nouvelles fondations en sciences de gestion,* David A., Hatchuel A., Laufer R. (coordonné par), Vuibert-FNEGE, Paris, p.83-109

Décret N° 2000-1316 du 26 décembre 2000 sur les missions des Pharmacies à usage intérieur, Commentaires, *Nouvelles pharmaceutiques ,° 209, jeudi 1er février 2001*

Déjean F., (2006), L'émergence de l'investissement socialement responsable en France : le rôle des sociétés de gestion, *ROR, Revue de l'organisation responsable*, n°1, juin 2006

Demeestère R., Lorino P., (2003), Processus et performance dans le secteur public, *L'Expansion Management Review,* juin 2003

Deming E. (1982), *Out of the crisis,* Cambridge University Press, traduction française, *Qualité. La revolution du management,* Economica, 1988

Demong, W.E.,(1998), *Qualité, la révolution du Management,* Paris, Economica, 1998

Denis J-L., Contandriopoulos A-P., Pomey M-P. (2008), Editorial, *Pratiques et Organisation des Soins,* vol.39, n°3, juillet-septembre 2008, p.165-167

Detchessahar M. (2001), Quand discuter, c'est produire…Pour une théorie de l'espace de discussion en situation de gestion, *Revue française de gestion,* n° 32, 2001, p.32-43

Detchessar M., Grevin A. (2009), Un organisme de santé…malade de « gestionnite », *Gérer et Comprendre,* n°98, p.27-37, décembre 2009

de Vaujany F-X. (2006), Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition concept-usage, *Revue Management et Avenir,* N°9, mars 2006

D.G.O.S (2012), Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé, *Direction générale de l'offre de soins,* http://www.sante.gouv.fr

D.H.O.S (2006), Circulaire relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, DHOS/E1/DGS/SD1B/SD4A N° 2006-90 du 2 mars 2006

DiMaggio P. et Powell W. (1983), "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, vol. 48, 1983, p. 1750-1762

Droz J-P. (2007), Leadership clinique et changement de pratiques. Colloque Repenser les pratiques cliniques pour transformer les organisations. *20èmes entretiens Jacques Cartier,* décembre 2007, Lyon (in *Pratiques et Organisation des Soins,* vol.39, n°3 juillet-septembre 2008)

Dumas M., Douguet F., Munoz J. (2012), L'appropriation d'un outil de la qualité à l'hôpital, *Journal de Gestion et d'Economie Médicales,* vol.30, N°3, p.127-149, 2012

Dumond J-P. (2003), Les conflits de pouvoir à l'hôpital, *Les tribunes de la santé, Presses de Sciences Po* 2003/1, N°1, p.71-81

Dussauge P., Garette B. (1996), *Les stratégies d'alliance,* Paris, éditions d'organisation, 1996, p.24-31

Dwyer F. et *al.* (1987), Developping Buyer-Seller Relationship, *Journal of Marketing,* vol.51, 1987, p.11-27

Dyer J.H., Singh H. (1998), The relational view: cooperative strategy and sources of inter-organizational competitive advantage, *Academy of Management Review,* vol.23, N°4, 1998, p.660-679

El Abboubi M., Cornet A. (2010), L'implication des parties prenantes comme un processus de construction sociale. Analyse à partir de la théorie de l'acteur réseau, *Management & Avenir,* N°33, 2010, p.275-297

Elsbach K., Bhattacharya C. (2001), Defining who you are by what you're not: organizational disidentification and the National Rifle Association, *Organization Science,* vol.12, n°4, 2001

ENEIS (2009), *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et statistiques,* DRESS, 2009

Everard, M., Gous A.G.S., Mackie C.A., Summers R.S., Wiedenmayer K., (2006), Developing pharmacy practice: a focus on patient care, *Handbook OMS,* Édition 2006

Faucheux C., Moscovici S., (1967), Le style de comportement d'une minorité et son influence sur les réponses d'une majorité, *Bulletin du CERP,* N°16, 1967, pp 337-360, in *Comportements humains et management*, Ch. 7, *op. cit.*

Fauvet J-C., Bülher N., Stéphani X., 1983, *La socio-dynamie : un art de gouverner,* Paris, Éditions d'Organisation, 1983

Fauvet J-C. (2001), *L'élan socio-dynamique,* Paris, Éditions d'Organisation, 2001

Favereau O. (1989), La formalisation du rôle des conventions dans l'allocation des ressources, p.249-268, in Salais R., Thevenot L. (dir.), *Le travail ; marchés, règles, conventions,* Paris, Insee-Economica, 1989

Fellinger F., Boiron F. et *al.* (2012), Mission hôpital public*, Rapport de la mission Hôpital Public du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé*, juin 2011-janvier 2012

Fenina A., Geffroy Y., Duée M., (2008) Les comptes nationaux de la santé en 2009, *Etudes et Résultats DRESS*, septembre 2010

Fielder FE. (1967), *A theory of leadership effectiveness,* New York, McGraw-Hill, 1967

Frachette M., Barth I., Rieutord A., Bénanteur Y. (2011), Gestion partagée du médicament : performance du circuit du médicament d'un site de CHU, *communication, congrès AOM Lyon,* 2011

Frachette M., Barth I., Rieutord A., Bénanteur Y. (2011), Contribution de la gestion partagée du médicament à la performance de l'hôpital : cas d'une pharmacie à usage intérieur d'un CHU, *communication sur poster, CALASS,* 2011

Frachette M., Husson J., Haddad R., Rieutord A. (2012), Les grilles de compétences, *Le Moniteur Hospitalier*, n°243, p.9-12, février 2012

Frachette M., Haddad R., Caffin A-G., Rieutord A. (2013), L'effet miroir, *Le Moniteur Hospitalier,* n°252, janvier 2013

Frachette M., Caffin A.G., Haddad R., Hay A., Slama M., Barth I., Zardet V., Rieutord A. (2013), A socio-economic approach to management (SEAM): an attractive tool to monitor changes in a clinical pharmacy environnement, *communication sur poster, congrès EAHP,* Paris, 13-15 mars 2013

Freeman R. (1984), *Strategic management : A Stakeholders Approach,* Pitman, 1984

Freund J. (1983), *Sociologie du conflit,* PUF, 1983

Fuchs V.R. (1979), The economist of health in a post-industrial society, *The Public Interest,* n°56, 1979, p.3-20

Gabillet, P., Robbins S., Judge T., (2006), *Comportements organisationnels,* Baume les Dames, Pearson éducation, 12ème édition 2006

Gelinjs A. (2005), Evidence, politics, and technological change, *Health Affairs,* 24, 2005, p.29-40

Gentil S. (2012), Industrialisation des soins et gestion de l'aléa : le travail d'articulation au bloc opératoire, déterminants et obstacles, *Gérer et Comprendre, Annales des Mines,* septembre 2012, n°109, p.34-43

Ginon A-S. (2011), Les coopérations entre professionnels de santé, *Journal d'Économie Médicale,* n°5, 2011, vol.29, p.196-203

Girard C., Sobczak A. (2010), Pour une cartographie des parties prenantes fondée sur leur engagement : une application aux sociétaires d'une banque mutualiste française, *Management et Avenir,* n°33, mars 2010

Girin J. (1989), L'opportunisme méthodique dans les recherches sur la gestion des organisations, *in* : AFCET, Collège de systémique, École centrale de Paris, *la recherche-action en action et en question,* mars 1989

Godard O. (1990), Environnement, modes de coordination et systèmes de légitimité : analyse de la catégorie de patrimoine naturel, *Revue économique,* vol. 41, N°2, 1990, p.215-242

Gori R., Del Volgo M-J., (2009), De la société de la norme à une conception managériale du soin, *Connexions,* janvier 2009, N°91, pp 123-147

Grandhaye J-P., (2009), Approche fonctionnelle et valeur dans les projets, *ERPI-INPL Nancy, AFAV Lorraine,* 2009

Grandhaye J-P., Rieutord A., (2010), Management par la valeur : Donner du sens à un projet, *Le moniteur hospitalier,* N° 225, avril 2010

Grandhaye J-P., Rieutord A., (2010), Management par la valeur : Concevoir et piloter un projet, *Le moniteur hospitalier,* N° 227, juin-juillet 2010

Grawitz M. (2004), *Lexique des sciences sociales,* 8ème édition, Dalloz, Italie, octobre 2004

Greenwood R., Suddaby R., Hinings CR. (2002), Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields, *Academy of management Journal,* vol.45, N°1, p.58-80

Grenier C. (2006), Apprentissage de la coordination entre acteurs professionnels- Le cas d'un réseau de santé, *Revue Gérer et Comprendre,* n°83, p.25-35, mars 2006

Grenier C., Guitton-Philippe S. (2010), Politiques Publiques et innovation : Proposition d'un modèle d'Agir de l'Innovation dans le champ sanitaire et social, *Revue Management et Avenir,* N°35, p.15-30

Grévin A. (2012), Quand la performance pilote le management… Les effets du tournant gestionnaire sur le management de proximité dans une clinique, *Journal de Gestion et d'Économie Médicales,* vol. 30, n°7-8, 469-490, 2012

Guerrero I. (2008), Regards croisés sur le capital intellectuel : application à une entreprise de biotechnologie, *Gestion 2000,* mars-avril 2008, p. 41-55

Guillard A., Roussel J. (2010), « Le capital humain en gestion des ressources humaines : éclairages sur le succès d'un concept », in *Management et avenir*, n°31, 2010, pp. 161-181

Guizard M. (2011), Les nouveautés pharmaceutiques suite à la loi HPST, *Conférence*, Paris, 7 juillet 2011

Habermas J. (1978), *Raison et légitimité, Problèmes de légitimation dans le capitalisme avancé*, Payot, Paris, 1978

Haddad R., Halcewicz L., Keller E., Courtin C., Husson J., Bedu V., Frachette M., Slama M., Rieutord A. (2012), Conduite d'un projet pharmaceutique de dotation par approche fonctionnelle et management socio-économique, *communication sur poster, congrès convergence santé hôpital,* 2012

Hakanson H., Johanson J. (1988), Formal and Informal Cooperation Strategies in International Networks, In *Cooperative Strategies in International Business,* Contractor F.J., Lorange P., Lexington Books, 1988, p.340-379

Halcewicz L., Barbier E., Gander B., Husson J., Esposito S., Barbault-Foucher S. (2011), Grilles de competences pour préparateurs en pharmacie hospitalière: application à la nutrition parentérale pédiatrique, *communication sur poster, congrès de l'ANPPH*, 2011

Haller M., (1976), Les objectifs du risk-management, *les cahiers de Genève,* N°2, 1976

Hammou K., (2008), Le troisième protagoniste des rapports à la domination. Resituer la direction administrative de la *Herrschaftsoziologie* de Max Weber, *Tracés ; Revue de Sciences humaines,* numéro 14, 2008

HAS, (2005), Fiche thématique : organisation du circuit du médicament en établissement de santé*, Service de l'accréditation HAS*, 2005

HAS, (2005), Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé, *HAS, Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles, HAS,* janvier 2005

Hatch MJ. (2000), *Théorie des organisations, de l'intérêt de perspectives multiples,* De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 2000

Hatchuel A. (2000), Prospective et gouvernance : quelle théorie de l'action collective ?, *Perspective pour une gouvernance démocratique,* sous la direction de Heurgon E. et de landrieu J., Paris, Éd. Aube, 2000

Heijink R., Renaud T. (2009), Etudes de coûts par pathologie, *Questions d'économie de la santé*, N°143, Juin 2009

Hill C.W.L. (1990), Cooperation, opportunism and the invisible hand : implications for transaction cost theory, *Academy of Management Review,* 1990, n°15, p 500-513

Hobbes T. (1651), *Leviathan*, Penguin, Harmondsworth, 1968

Horvath I. (2012), *Développement d'outils de management et actes de langage dans les enterprises du spectacle vivant*, Thèse de doctorat en sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, 26 septembre 2012

Huault I., Leca B. (2009), Pouvoir : une analyse des institutions, *Revue française de gestion,* n°193, 2009

Hureau J., Queneau P., (2009), Sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de soins, *Rapport du groupe de travail inter-académique,* académies de médecine et de pharmacie, novembre 2009

Husser J. (2011), Le pilotage des équipes hospitalières par le management quotidien d'articulation, *Vie et sciences économiques,* 2011/3-n°189, p.23-45

Imbert J., (1982), *Histoire des hôpitaux*, Toulouse, Privat

INSEE Références, Rapport sur les maladies et accidents en France en 2008, *www.insee.fr, TEF*, édition 2011

IRDES, (2009), Historique des réformes hospitalières en France, *http://www.irdes.fr/EspaceDoc/index.htm*, novembre 2009

Jacquemet S., Certain A., (2000), Education thérapeutique du patient : rôles du pharmacien, *Bulletin de l'ordre,* N° 367-69, 2000

Jensen M.C., Meckling W.H. (1976), Theory of the firm : Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure, *Journal of Financial Economics,* vol.3, n°1, p.58-77

Joffre O., Simon E. (2011), Système de gouvernance et émergence de pratiques socialement responsables dans la coopération agricole, *Gestion 2000,* mars-avril 2011

JORF (1958), Ordonnance n°58-1873 du 30 décembre 1958, *Journal Officiel de la République Française,* p.1207v°, 31 décembre 1958

Khenniche S., (2010), *Contribution à l'étude de la dynamique coopérative intra-organisationnelle : Analyse croisée des coopérations transversales, verticales et horizontales,* thèse CNAM, 2010

Klasen A., 2012, *Le chemin clinique du patient recevant une chimiothérapie à l'hôpital de jour : en route vers le lean management*, Thèse de Docteur en pharmacie, Université Paris Sud, faculté de Chatenay-Malabry, 13 sep. 2012

Kletz F., Lenay O., (2001), Savoir actif et changement dans les organisations : l'introduction du PMSI réforme t'elle le pilotage hospitalier ?, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,* vol.8, N°2, 2001, pp.6-26

Kline S., Rosenberg N. (1986), An overview of innovation, in R. Landau, N. Rosenberg, *The Positive Sum Strategy,* Washington, DC, National Academy Press

Koenig G. (1993), Production de la connaissance et constitution des pratiques organisationnelles, *Revue de Gestion des Ressources Humaines,* n°9, p. 4-17, 1993

Kostova T., Zaheer S. (1999), Organizational legitimacy under conditions of complexity: The case of the multinational enterprise, *Academy of management Review,* vol.24, N°1, p.64-81

Krug SE. (2008), *The art of communication : strrategies to improve efficiency, quality of care and patient safety in the emergency department,* Pediatr Radiol., 2008, 38 Suppl. 4, S655-9

Lacolley J-L., Teillier A., Trouinard A. (2010), Les formes de pouvoir d'une organisation dominante : Le cas de la presse quotidienne parisienne, *Revue française de gestion,* n°205, 2010

La démocratie sanitaire (2000), La démocratie sanitaire, *Revue Française des affaires sociales,* N°2, 2000, p.5-126

Laborie H., Woynar S. (2008), Organisation et sécurisation du circuit du médicament, approfondissement, *Rapport de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH),*

http://www.sante.gouv.fr, juillet 2008

Lacolley J-L., Tellier A., Trouinard A. (2010), Les formes de pouvoir d'une organisation dominante. Le cas de la presse quotidienne parisienne, *Revue française de gestion,* n°205, 2010

Laget P-L., Salaün F., (2004), Aux origines de l'hôpital moderne, une évolution européenne, *les Tribunes de la santé,* 2004/2 N°3, pp19-28, 15/05/2012

Leappe LL., Berwick DM. (2000), Safe health care : are we up to it ?, *BMJ,* 2000, 320, 725-26

Le Garrec M-A., Bouvet M., Koubi, M. (2012), Les comptes nationaux de la santé en 2011, *Etudes et résultats*, DRESS, septembre 2012, n°809

Leibenstein H. (1996), Allocation efficiency versus X-efficiency, *American Economic Reveiw,* 56, juin 1996, p.392-415

Lévy P. (1997), Vers l'intelligence collective, *Sciences humaines,* N°59, mars 1997, p.31

Lewin K. (1951), *Field Theory in Social Science,* Harper, New York, 1951

Livre Blanc (2007), *Ensemble pour la santé: une approche stratégique pour l'UE 2008-2013,* Bruxelles COM 630, 23 octobre 2007

Lois du 15 juillet 1893 et du 16 juillet 1928 (1928), Lois de 1930 sur les assurances sociales, *JORF,* 12 avril 1928

Loi N° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la Sécurité sociale pour 2010, *Journal Officiel,* 29 janvier 2010

Loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009, « dite loi HPST », portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, *Journal Officiel,* 22 juillet 2009

Lukes S. (1973), *Power: a radical view,* London, Macmillan, 1973, 2ème édition, 2005

McGlynn EA., Asch SM., Adams J., Keesey J., Hicks J., DeCristofaro A et al. (2003), The quality of health care delivred to adults in the United States, *N Engk J Med,* 2003, 348, 2635-45

Mac Gregor D. (1960), *La dimension humaine de l'entreprise,* Gauthier-Villars, éd. Française, 1969

Machiavel N. (1532), *The Prince*, Penguin Books, Harmondsworth, 1981

Martinet A-C., Silem A. (2009), *Lexique de gestion et de management,* 8ème édition, Italie, Dunod, janvier 2009

Masaaki I. (1986), *Kaisen : The key's to Japan's competitive success,* 1st edition, Ed. New York macGraw-Hille, 1986

Maurer J.G. (1971), *Readings in organizational theory: open-system approaches,* New-York, Random House, 1971

Mauss M., (1950), *Sociologie et anthropologie*, Paris, PUF, 1968, 4ème édition

Mayo E. (1933), *The Human Problems of an Industrial Civilization,* Salem:Ayer, 1933

M'Bengue et al., (2000), Postures paradigmatiques et outils de recherche en management stratégique », *actes de la journée de l'IRG : « Epistémologie et méthodologie en sciences de gestion »,* 17 novembre 2000, Paris

Méah (2008), Améliorer la sécurité des organisations de soins : exploiter les retours d'expérience, www.meah.sante.gouv.fr

Miles L.D. (1961), *Techniques of value analysis and engineering,* 1st edition, Mc Graw-Hill Book Company Inc., New York, 1961

Minvielle E. (1994), Un changement sur ordonnance, *Gérer et Comprendre,* n°35, 1994, p.43-54

Minvielle E., (2000), Réconcilier standardisation et singularité : Les enjeux de la prise en charge des malades, *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,* Vol. 7, N°1, 2000, pp 8-22

Minvielle E., Contandriopoulos A-P. (2004), La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?, *Revue française de gestion,* n°150, 2004/3, p.29-53

Mintzberg H. (1982), *Structure et dynamique des organisations,* Éditions d'Organisation, 1982

Mintzberg H., Lampel J., Ahlstrand B., *Strategy Safari : A guided tourthrought the wild of strategic management,* 1st ed., New-York, Free Press, 1998

Mintzberg H., Glouberman S. (2002), Gérer les soins de santé et le traitement de la maladie, *Gestion HEC Montréal,* vol. 27, mars 2002, 152 p.

Mirebeau S., (2010) Clinique et management : une synergie en construction, *Empan,* février 2010, N°78, pp 53-56

Mitchell R.K., Agle B.R., Wood J.D., (1997), Towards a theory of stakeholder identification and salience : defining the principe of who and what really counts, *Academy of management review,* 1997, Vol. 22, n°4, p. 853-886

Moisdon J-C., Tonneau D. (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital,* tome I, Seli Arslan, Paris, mars 1999, p.19

Moisdon J-C. (2006), La recherche en gestion : de la prescription à l'énigne, *Intervention et savoirs,* CNAM, Paris, 6-7 avril 2006

Moisdon J-C. (2008), Gouvernance clinique et organisation des soins : un chaînon manquant ?, *Pratiques et Organisation des soins,* vol. 39, n°3, juillet-septembre 2008

Moisdon J-C., Tonneau D., (2008), « Le financement des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? », *Politiques et management public*, Volume 26, n°1, Octobre 2008.

Mottis N., Ponssard J-P. (2009), Création de valeur, 10 ans après, *Revue française de gestion,* n°198-199, 2009

Mougeot M. (1994), *Systèmes de santé et concurrence,* Economica, Paris, 1994

Mougeot M. (2002), Comparer les systems de santé, *Institut de l'entreprise,* novembre 2002

Murphy EF., Jane Whithney JR., Greenwood RA. (2010), Analyzing generational values among managers and non-managers for sustainable organizational effectiveness, *SAM Advanced Management Journal,* janvier 2010

Mutualité Française., (2004),Chiffres clés de l'Assurance maladie*, ecoetsante2010.free.fr,* 20 juin 2004

Myerson R., (1991), *Game Theory,* Cambridge, Mas., Harvard University Press, 1991 , in *Comportements humains et management,* Pearson Education, 3ème edition, février 2009

Neveu J-P. (1996), Épuisement professionnel: recherché exploratoire en milieu hospitalier, *Le Travail humain,* vol. 59, n° 2, p.173-186, 1996

Nietzsche F. W. (1901), *The Will to Power,* Weidenfeld et Nicolson, London, 1968

Nightingale F. (1862), *Hospital statistics and hospitals plans,* London, E. Faithfull, 1862

Nobre T., Merdinger-Rumpler C. (2009), Impact et rôle du calcul du coût des dysfonctionnements dans le processus de conduite du changement organisationnel à l'hôpital : le cas d'un service d'imagerie médicale d'un CLCC, *Journal d'économie médicale,* Lyon, septembre 2009, n°5, vol. 2

Nobre T. (2011), Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier : Éluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle, *Revue française de gestion*, N° 211, p.106, 2011

Nobre T. (2013), L'innovation managériale à l'hôpital, changer les principes du management pour que rien de change ?, *Revue française de gestion,* n°235/2013, p.114-127

Norme ISO 9004, Politique de management pour la réussite durable des entreprises-Approche par le management de la qualité, *Avant projet AFNOR*, 2 novembre 2008

Oliver C. (1991),"Strategic responses to institutional processes", *Academy of Management Review*,Vol.16, n°1, p.145-179

OMS, (1946), Constitution de l'OMS, *Organisation mondiale de la santé,* édition 2006

Ordonnance portant organisation de la Sécurité sociale (1945), *JORF,* 4 octobre 1945

Pascal Ch., (2003) La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur, *Revue française de gestion,* N° 146, mai 2003

Pauget B., Dammak A. (2012), L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises, *Revue Pratiques et organisation des soins*, janvier-mars 2012, p.25-33

Pennalva J.M., Commandré M. (2004), Typologie du travail collaboratif : variations autour des collectifs en action, *Journées Intelligence collective : partage et redistribution des savoirs,* Nîmes, 29-30 septembre 2004

Perroux F. (1971), The domination Effect and Modern Economic Theory, *Power in Economics,* K.W. Rothschild (Ed.), Penguin, 1971, p. 56-74

Perroux, F. (1973), *Pouvoir et économie,* Paris, Dunod, 1973

Pesqueux Y. (2002), *Organisation: modèles et representations,* PUF, Paris, 2002

Pettigrew A-M. (1990), *Longitudinal Field Research on Change: Theory and Practice,* Centre for Corporate Strategy and Change, University of Warwick, U.K. (*In* Dumont V., Rousseau A. [2000], Piloter le changement en milieu Hospitalier: une approche conventionnaliste, *Gestion 2000*, septembre-octobre 2005)

Petit Robert de la langue française, 2013

Pfeffer J., Salancik G. (1978), *The External Control of Organizations*, Harper & Row, 1978

Plane J.M. (2000), *Méthodes de recherche-intervention en management,* L'harmatthan, 2000

Poggi G. (2001), *Forms of power,* Polity Press, 2001

Pomey M-P., Denis J-L., Contandriopoulos A-P.(2008), Un cadre conceptuel d'analyse de la gouvernance clinique dans les établissements de santé, *Pratiques et Organisation des Soins,* vol. 39, n°3, juillet-septembre 2008

Porter M., (1996), *L'Avantage concurrentiel*, Paris, Interédition, 1996

Pouvourville G. (2011), La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital, *Journal de l'école de Paris du management,* vol.6, n°186, p.102-134

Pouyanne P., Haramburu F., Imbs J-L., Bégaud B. and the French Pharmacovigilance Centres (2000), Hospitalisations due to adverse drug reactions : a cross sectional study in medical departments, *British Journal of Medicine,* 2000, n°320, p.1036

Preble J.F. (2005), Toward a comprehensive model of stakeholder management, *Business and Society Review,* vol.110, n°4, p.407-431

Rainelli M., Gaffard J-L., Asquin A. (1995), *Les nouvelles formes organisationnelles,* Economica, Lassay les Châteaux, mai 1995

Raulet-Croset N., (1999), Processus de structuration et émergence de la coopération, in Froelicher T., Vendemini S., *Connivences d'acteurs, contrats, coopération inter-entreprises et métamorphoses des organisations,* Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1999

Reynaud J-D. (1995), *Le conflit, la négociation et la règle,* Toulouse, Octarès, 1995

Reynaud J-D., (1997), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale,* Paris, Armand Colin 3ème édition (édition originale 1989)

Richardson G.B. (1972), The organization of Industry, *The Economic Journal,* vol.82, p.883-896

Robelet M. (2008), Les dessous de la gouvernance clinique: l'entrée de l'hôpital dans la société de l'audit, *Pratiques et Organisation des Soins,* vol. 39, n°3, juillet-septembre 2008

Robert P. (2012), *Le petit Robert 2013,* Le Robert, Lonrai, mai 2012

Robinson J.C. (2007), Quarter-Century: Looking Ahead, *Health Aff,* 26, 1523-24, 2007

Rojas YL., Royas DA. (2012), Apport des systèmes de gestion de la qualité à la sécurité du patient : revue internationale, *Pratiques et Organisation des Soins,* vol. 43, N°3 juillet-septembre 2012, p.205-214

Ruef M., Scott W.R. (1998), A multidimensional model of organizational legitimacy: hospital survival in changing institutional environments, *Administrative Science Quarterly,* 43(4), p.877-904, 1998

Sainsaulieu R. (1985), *L'identité au travail. Les effets culturels de l'organisation,* Presses Sciences Po, 2ème édition (1ère édition 1977), 1985

Sainsaulieu R., (1990), *L'entreprise, une affaire de société,* Paris, Presses de la FNSP, 1990 (in Comportements humains et management)

Sampieri N. (2000), *Contribution à l'analyse de la logistique hospitalière : proposition d'une typologie des hôpitaux publics français à partir d'une étude empirique,* Thèse soutenue le 13 décembre 2000, Aix-Marseille II

Savall H. (1975), *Enrichir le travail humain : l'évaluation économique*, Dunod, Economica, Paris, 275 pages, 3ème édition, 1989

Savall H., Zardet V. (2001), « L'évolution de la dépendance des acteurs à l'égard des dysfonctionnements chroniques au sein de leur organisation. Résultats de processus de métamorphose » in *Psychanalyse, management et dépendances au sein des organisations*, L'Harmattan, Paris, pp. 179-212.

Savall H., Vallée M., Zardet V. (2001), La re-création n'est pas une récréation, *Communication au colloque IPM 2001,* Montpellier

Savall H., Zardet V., (2003), *Maîtriser les coûts et performances cachés,* Paris, Economica, 4ème édition, 2003

Savall H., Zardet V., (2004), *Recherche en sciences de gestion : approche qualimétrique,* Paris, Economica, 2004

Savall H., Fière D. (2007), Analogies entre la recherche médicale et la recherche-intervention en sciences de gestion, *Colloque AOM-ISEOR, Division Méthodologies de la recherche,* juin 2007

Savall H., Zardet V. (2008), Emergence des micro-théories psychosociologiques cachées dans la théorie socio-économique des organisations, *ISEOR©* , 2008

Scherer F.M. (1982), Interindustry Flows and Productivity Growth, in PHELPS E.S. (ed.), *The Goal of Economic Growth,* Norton, New York, 1982

Schultz T.W. (1961), « Investment in human capital », in *American Economic Review*, n°51, pp. 1-17

Schumpeter J. (1911), *Théorie de l'évolution économique*, traduction française de la 2ème édition de 1926, Dalloz, 1935

Scott R., (1995), *Institutions and Organizations*, California: Sage Publications, 1995

Scott SG., Lane VR. (2000), A stakeholder approach to organizational identity, *Academy of Management Review,* vol.25, N°1, p.43-62

Selznick P. (1949), *TVA and the grass roots,* Berkeley, University of California press, 1949

Sen A. (1993), *Ethique et économie,* Paris, PUF, 1993

Shewart W. (1939), *Statistical method from the viewpoint of quality control,* traduction française et presentation Gogue J.M., *Les fondements de la maîtrise qualité,* Economica, 1989

Simon H. (1947), *Administrative Behavior,* Ney-York, Macmillan, 1947

Simon H. (1955), A Behavior Model of Rational Choice, *Quarterly Journal of Economics,* 69, p.99-118

Simon H. (1969), *Sciences of the artificial,* Cambridge MA: M.I.T. Press, 1969

Smith A. (1776), *La recherche sur la nature et les causes de la richesse des nations,* Livre IV, édition gratuite

http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

SNPI (2009) , Affaire Saint Vincent de Paul: acharnement contre une infirmière, *Site du syndicat national des professionnels infirmiers*, 14 aout 2009

Société Française de Pharmacie Clinique, (2008), *Indicateurs en pharmacie hospitalière*, SFPC, 2ème édition 2008 (édition originale, 2006)

Steiner P. (1999), *La sociologie économique,* Paris, La Découverte, 1999

Stiglitz J. et *al.* (2007), *Principes d'économie moderne,* Broché, 2007

Strauss A. (1992), *La trame de la négociation ; Sociologie qualitative et interactionniste,* Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1992

Suchman M.C. (1995), Managing legitimacy : strategic ans institutionnel approaches, *Academy of Management Review,* vol.50, N°3, 1995, p.571-610

Tarondeau J-C., Wright R.W., (1994), Le management à l'aube du XXIème siècle, *Revue française de gestion,* n° 100, 1994

Tarondeau J-C., Wright R.W., (1995), La transversalité dans les organisations ou le contrôle par les processus, *Revue française de gestion,* N°104, juin-juillet-aout 1995

Taylor F., (1911), *Scientific Management,* Westport, Conn., Greenwood Press, 1977 in Rojot J., (2009), *Théorie des organizations,* 2ème edition, Bonchand-lès-Laval, ESKA, mars 2009

Taylor F.W. (1912), *The Principles of Scientific Management,* 2è éd., New York, Harper & Brother, 1912

Von Neuman J., Morgensten O.,1944, *Theory of games and economic behavior,* PUP, 1944, 1ère edition, 1944

Weber M. (1922), *Économie et société,* Paris, Plon, 1995

Weber M. (1922), *Économie et société,* Paris, Pocket, 2003

Weber M. (1947), *The theory of social and Economic Organization,* Translated by A.M. Henderson & Talcott Parsons, The Free Press, 1947

Weick KE. (1976), Educational Organizations as loosely Coupled Systems, *Administrative Science Quaterly,* vol. 21, March, p.1-19

Williamson O.E. (1990), *The Economic Institutions of Capitalism : Firms, Markets, Relationla Contracting.* New York: The free Press, 1990

Yin R. (1994), *Case Study Research, Design and Methods.* Applied Social Research Methods Series, vol.5, Sage Publications, New York, 1994

Zardet V., Fiere D., Savall H., Petit R. (2011), Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital, *Journal d'Economie Médicale,* vol.29, N°6-7, 2011, p.277-293

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE

Alter N.,(2009),*Donner et prendre: la cooperation en enterprise,* Paris, La Découverte, 2009

Arrêté du 31 mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la règlementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé, les syndicats inter-hospitaliers et les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur mentionnés à l'article L.595-1 du code de la santé publique, *J.O. N°77*, 1er avril 1999

Argyris Ch., (2001), *Apprentissage organisationnel,* De Boeck, 2001

Asanuma B. (1989), Manufacturer-Supplier Relationships in Japan and the concept of Relation-Specific Skills, *Journal of Japanese and International Economies,* vol.3, N°1, 1989, p.1-30

Bachelard G., (1938) *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin édition, collection librairie philosophique, 2004

Ballé M., Champion-Daviller M-N.,(2004), *Organiser les services de soins : le management par la qualité,* Issy-les-Moulineaux, Masson, 2ème édition, 2004

Barabel M., Meier O. (2006), *Manageor,* Paris, Dunod, 2006

Baranger P., (2004), *La chaîne de la valeur, un concept démodé ?,*Rennes, PUF, collection sociétés, 2004

Batifoulier P. (2001), *Théorie des conventions,* Paris, Economica, 2001

Boltanski L., Thévenot L. (1991), *De la justification,* Paris, Gallimard, 1991

Bonah C., (2008), Histoire et médicaments aux XIXè et XXèmes siècles, Clamecy, Glyphe, 2008

Bourgeois A., Hennion-Aouiriri M., (2008), Les comptes de la protection sociale, *Etudes et Résultats DRESS*, N°667, octobre 2008

Brown L.D. (2006), Remèdes, financement public et insatisfaction politique: La réforme de la politique de santé en Europe vue par un chercheur américain, *Revue française des affaires sociales,* vol. 2, N°2-3, 2006, p.333-351

Chamorant E., (1996), « Le système de santé américain : poids du passé et perspectives », *Notes et études documentaires*, n°5030, mai 1996

Champy J., Hammer M. (1993), *Le reengineering-réinventer l'entreprise pour une amélioration spéctaculaire de ses performances,* Dunod, coll. Stratégies et management, 1993

Charpentier, P., *Management et gestion des organisations,* Paris, Armand Colin, 2007

Charreaux G. (1987), La théorie positive de l'agence : une synthèse de la littérature, *De nouvelles théories pour gérer l'entreprise,* Charrreaux G. *et alli,* Economica, 1987

Claveranne J-P ., (1996), « Le management par projet à l'hôpital », *Revue française de gestion*, n°109, Juin-Juillet-Août 1996

Claveranne J-P., Krichen M., (1996), « Démarche de projet et ambiguïté : le cas de la construction d'un syndicat inter-hospitalier », dans *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, (dir.) André-Pierre Contandriopoulos et Yves Souteyrand, Ministère du travail et des affaires sociales/Mission Recherche et Direction des hôpitaux/John Libbey Eurotext, 1996

Claveranne J-P. (2003), L'hôpital en chantier : du ménagement au management, *Revue française de gestion,* 2003, 5, n°146, p.125-129

Contandriopoulos A-P., Souteyrand Y., (1996), *L'hôpital stratège : dynamiques locales et offre de soins*, Ministère du travail et des affaires sociales/Mission Recherche et Direction des hôpitaux/John Libbey Eurotext, 1996

Cote A., (2007), « L'art de faire participer les médecins spécialisés aux stratégies de changement en milieu hospitalier », *Gestion, revue internationale de gestion*, Volume 32, n°1, Printemps 2007

Cremadez M. (1993), In Strategor, *Stratégie, structure, decision, identité: politique générale de l'entreprise,* 2ème édition, InterEditions, 1993, p.380-397

Crozier M., (1963), *Le Phénomène bureaucratique,* Paris, Points Seuil, 1963

Crozier M., Friedberg E. (977), *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 1977

Crainich D., Leleu H., Mauleon A., (2009), « Impact du passage à la tarification à l'activité : une modélisation pour l'hôpital public », *Revue économique*, Volume 60, n°2, Mars 2009

Cristallini V., (2009), *L'habileté managériale, réalisme et courage en management,* Condé-sur-Noireau, éditions EMS, 2009

Cueille S., (2007), Quelle forme organisationnelle pour la réalisation d'une activité

de service public ? Réflexion sur les transformations organisationnelles de l'hôpital

public, *Revue Politiques et Management Public- PMP, Paris, déc. 2007, Vol. N°4, p, 63-80*

Danet F., (2008), *Où va l'hôpital ?*, Desclée de Brouwer, 2008

Déjean F., Gond JP., leca B. (2004), Measuring the unmeasured: An institutionel entrepreneur strategy in an emerging industry, *Human Relations,* vol.57, N°6, p.741-764

Denis J-L., (2008), regards sur la gouvernance clinique, *Pratiques et Organisation des Soins,* vol. 39, n°3, juillet-septembre 2008

De Pouvourville G., (1996), « Hôpitaux : la double contrainte », *Revue française de gestion*, n°109, Juin-Juillet-Août 1996

De Pouvourville G., (2009),« Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas : la mise en œuvre de la tarification à l'activité », *Revue économique*, Volume 60, n°2, Mars 2009

de Pouvourville G. (2011), La crise d'identité des médecins face au nouveau management de l'hôpital, *Journal de l'école de Paris du management,* vol.6, N°186, P.102-134

de Vaujany, F-X. (2006), Pour une théorie de l'appropriation des outils de gestion : vers un dépassement de l'opposition conception-usage, *Revue Management et Avenir,* 3-2006, p.109-126

Didry X., (2007), les conséquences de la réforme hospitalière, *Communication, César Consulting,* 8 avril 2007

Djellal F., Gallouj C., Gallouj F., Gallouj K., (2004), *L'hôpital innovateur: de l'innovation médicale à l'innovation de service,* Issy-les-Moulineaux, Masson, 2004

Dumas M., Douguet F., Munoz J. (2012), L'appropriation d'un outil de la qualité des soins à l'hôpital, *Journal de gestion et d'économie médicales,* septembre 2012, vol. 30, N°3, p.127-149

Dumond J-P., Jourdan A., (2006), « L'action publique entre la planification et la contractualisation négociée : la perception des administrations des hôpitaux », *Politiques et management public*, Volume 24, n°2, Juin 2006.

Even P., Debre B., (2004), *Savoirs et pouvoir : pour une nouvelle politique de la recherche et du médicament*, Le Cherche Midi, Coll. Documents, 2004

Fassin D., (1998), *Les figures urbaines de la santé publique, Expériences locales*, La Découverte, Coll. Recherches, 1998

Fatien P., Gle C., De Bovis C. (2009), L'intégration de la « génération Y » en entreprise : un paysage contrasté, des paradoxes à dépasser. *Lyon : Rapport de l'IAE,* 2009

Fligstein N. (1997), Social skill and institutional theory, *American Behavioral Scientist,* vol.40, N°4, fév. 1997, p.397-405

Gavard-Pellet M-L., Gotteland D., Haon C., Jolibert A., (2008) *Méthodologie de la recherche: réussir son mémoire ou sa thèse en sciences de gestion*, Marsat, Pearson Education France, 2008

Gibert P., (2009) *Tableaux de bords pour les organisations publiques*, Dunod, Vottem, Belgique, 2009

Gillespie A., (2009), *Maxi Fiches de Gestion,* Paris, Dunod, 2009

Girodet J, (1987), Pièges *et difficultés de la langue française,* Bordas, Paris, 1987

Grolier J., (2002), La comptabilité analytique hospitalière médicalisée, Rennes, ENSP

ISBN : 2-85952-749-4, www.editions.ensp.fr , 2002

Grosjean M., Lacoste M. (1999), *Communication et intelligence collective : le travail à l'hôpital*, PUF, Le Travail Humain, Paris, 1999

Hauch V., (1995) Management de la coopération : apprentissage et changement, dans « *les nouvelles formes organisationnelles* », coordonné par Asquin A., Gaffard J-L., Rainelli M., Lassay-les-chateaux, Economica, 1995

Hill C.W.L. (1990), Cooperation, opportunism and the invisible hand : implications for transaction cost theory, *Academy of Management Review,* 1990, N°15, p.500-513

Huault I., Lecat B. (2009), Pouvoir : une analyse par les institutions , *Revue française de gestion*, n° 193, 2009

Husser J. (2011), Le pilotage des équipes hospitalières par le management quotidien d'articulation, *Vie et sciences économiques,* 2011/3-N°189, p.23-45

ISEOR (2007), *L'hôpital et les réseaux de santé*, Economica, Coll. Management socio-économique, 2007

ISEOR (2008) : l'hôpital élargi, *Revue de Gestion et Management Public,* Coll., Nov. 2008

Jolly D., coll., (1988), *L'hôpital du XXIe siècle*, Economica, 1998

Jouette A., (1999), *Dictionnaire d'orthographe et expression écrite,* Le Robert, Paris, 6ème édition, 1999

Kalfon C., (1999), « Quel marketing pour les médicaments à l'hôpital ? », *Revue française du marketing*, n°173-174, mars-avril 1999

Kerjean A., (2000), *Les nouveaux comportements dans l'entreprise : oser secouer l'organigramme,* Paris, éditions d'organisation les échos, 2000

Kotler P., Dubois B., (2006), *Marketing Management,* Paris, Pearson Education, 12è édition, 2006

Laudon K. & J., (2006), *Management des systèmes d'information*, Paris,

Pearson Education, 9è édition, 2006

Lièvre P., (2007), *La logistique,* Paris, La Découverte, collection Repères, 2007

Luhman N. (1973), *Vertrauen, Trust and Power,* Wiley, New-York, 1973

Majnoni d'Intignano B., (2001), *Santé et économie en Europe,* Paris, PUF, que sais-je ? N° 3620, 2001

Malge F., Houdart P., Vincent J., (2009), *Le livre noir des hôpitaux*, Calmann-Lévy, 2009

Masse M-C., (1996), « Le contrôle de gestion dans un hôpital public : un modèle de transactions *diagonales* », *Comptabilité, contrôle, audit*, Tome 2, Vol. N°1, mars 1996

Mergelin F., Lhoste F., (2008), Système d'information et management en secteur ambulatoire, *Journal d'économie médicale,* Lyon, mai 2008 (Vol. 26, N°3)

Meyer JW., Rowan B. (1977), Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony, *American Journal of Sociologiy,* vol.83, N°2, p.340-363

Minvielle E. (1996), Gérer la singularité à grande échelle, *Revue Française de Gestion,* N°109, P.114-125

Mintvielle E. (2003), De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé : Le cas de la qualité hospitalière, *Revue française de gestion,* n°4, septembre-octobre 2003, p.167-189

Mintvielle E., Contandriopoulos A-P. (2004), La conduite du changement. Quelles leçons tirer de la restructuration hospitalière ?, *Revue française de gestion,* n°150, mars 2004, p.29-53

Mintzberg H., Glouberman S. (2001), Managing the care of Health and the Cure of Disease, *Health Care Management Review,* vol.26, N°1, 2001, p.56-69

Moisdon J-C., Tonneau D., (1996), « L'hôpital public et sa tutelle : la concurrence sous administration », *Revue française de gestion*, n°109, Juin-Juillet-Août 1996

Moisdon J-C., Tonneau D., Engel F., Kletz F., (1999), *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 1 : recherches sur la gestion interne,* Gap, Seli Arslan

Moisdon J-C., Tonneau D., Engel F., Kletz F., (2000), *La démarche gestionnaire à l'hôpital. 2 : le PMSI,* Gap, Seli Arslan

Moisdon J-C. (2006), La recherche-intervention en gestion : de la prescription à l'énigme, *Intervention au CNAM,* 6-7 avril 2006

Moisdon J-C.(2008), De la difficulté de prévoir la trajectoire d'un outil de gestion : réflexions à partir de quelques éléments d'histoire sur la régulation du système hospitalier, *Sciences de gestion,* vol.65, 2008, p.405-419

Moquet-Anger M-L., (1998), *De l'hôpital à l'établissement public de santé*, L'Harmattan, Coll. Logiques juridiques, 1998

Muller J-L., Minnaert M-F., (2004), *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir,* Issy-les-Moulineaux, Masson, 2ème édition

Nalebuff B.J., Brandburger A.M. (1996), *La co-opétition: Une revolution dans la manière de jouer concurrence et coopération,* Village Mondial, Paris, 1996

Nobre T., (1999) Performance et pouvoirs dans l'hôpital, *Revue politiques et management public,* Paris, sep. 1999, Vol. 17, N°3

Nobre T.,(2003) L'analyse organisationnelle nécessaire à la mise en œuvre des 35 heures, *Gestions hospitalières,* Dec. 2003

Nobre T., (2004) L'introduction de nouveaux outils du contrôle de gestion à l'hôpital :

le cas de l'ABC, *Journal d'Economie Médicale, Lyon, 2004 (Vol. 22, N°7-8, 367-379)*

Nobre T., (2006) Pour une lecture en hypertexte des organisations par la recherche-action : le cas du changement à l'hôpital, *Finance Contrôle Stratégie, Dec. 2006 (Vol. 9, p 143-168)*

Nobre T., Merdinger-Rumpler C., (2009), Impact et rôle du calcul du coût des dysfonctionnements dans le processus de conduite du changement organisationnel à l'hôpital : le cas d'une service d'imagerie médicale d'un CLCC, *Journal d'économie médicale,* Lyon, septembre 2009, N°5, Vol. 27

Nobre T., Haouet I. (2011), Le cas d'une balance scorecard en contexte hospitalier. Eluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle, *Revue Française de Gestion,* N°211, P.102-123

OMS, (1946), Constitution de l'OMS, *Organisation mondiale de la santé,* édition 2006

Paille P., (2002), « Identification et analyse de l'impact des effets de la réorganisation : l'exemple d'un hôpital public et de ses salariés », *Revue des sciences de gestion*, n°198, Novembre-Décembre 2002

Pariente P., Philippon J-F., (2008), *Les systèmes d'information de santé,* Paris, Berger-Levrault, 2008

Parsons T. (1969), *Politics and social structure,* The Free Press, New York, 1969

Penaud P., (1999), « Contrainte budgétaire et connaissance de l'activité suffiront-elles à provoquer une amélioration de la performance des hôpitaux publics français ? », *Politiques et management public*, Volume 17, n°3, Septembre 1999

Pesqueux Y., (2002), *Organisations : modèles et représentations,* Paris PUF, 2002

Pignarre P., (1997), *Qu'est-ce qu'un médicament ? Un objet étrange, entre science, marché et société*, La Découverte, Coll. Sciences et société, 1997

Raulet-Croset N., (2010), Cadres, situations et contextes – Cadrages. In : Bayard D., Borzeix A., Dumez H., et al., *Langages et organisations* – Sur les traces de Jacques Girin. *Palaiseau : Éditions de l'École Polytechnique,* 2010, 314p, pp 237-250

Reynaud J-D. (1994), L'acteur stratégique et sa légitimité, *L'analyse stratégique. Sa genèse, ses applications et* ses *problèmes actuels. Autour de Michel Crozier,* Pavé F., 1994

Ring P.S., Van De Ven A.H. (1994), Developmental Processes Of Cooperative Interorganizationnal Relationships, *Academy of Management Review,* vol.19, N°1, 1994, p.90-118

Rojot J., (2009), *Théorie des organisations,* Bonchamp-lès-Laval, 2ème édition, Éditions ESKA, mars 2009

Roques O., Roger A., (2004), « Pression au travail et sentiment de compétence dans l'hôpital public », *Politiques et management public*, Volume 22, n°4, Décembre 2004

Roussot A., Combier E. Nuemi G., Amat-Roze J.M., Quantin C. (2012), Analyse spatiale des trajectoires de prise en charge des patients atteints de cancer primitif du poumon en région Bourgogne, *Revue d'Economie Médicale,* juillet 2012, vol.30, N°2

Rowley TJ., Moldoveanu M. (2003), When will stakeholder groups act? An interest-and identity-based model of stakeholder group mobilization, *Academy of Management Review,* vol.28, N°2, p.204-219

Sainsaulieu I. (2007), *L'hôpital et ses acteurs, Appartenances et égalité,* Belin, 2007

Savall H., Coll., (1995), *Management innovant de l'hôpital,* Paris, ISEOR – Economica, 1995

Soene A., (1994), *L'hôpital sous la V^e^ République*, Les éditions hospitalières, 1994

Stingre D., (1999), *La fonction publique hospitalière*, 1ère édition, PUF, Coll. Que sais-je ?, n°2814, 1999

Stingre D., (2004), *Le service public hospitalier*, 3e édition, PUF, Coll. Que sais-je ?, n°3049, 2004

Tersac G. (de), (2003), *la théorie de la régulation sociale de Jean-Daniel Reynaud. Débats et prolongements,* Paris, La Découverte, 2003

Thevenet A., (1999), *Les institutions sanitaires et sociales de la France*, 5e édition, PUF, Coll. Que sais-je ?, n°2319, 1999

Trivin C., Allenet B., Vinot D., Marie F., Calop J., (2007), « Comment mesurer les activités pharmaceutiques hospitalières ? Validation via une démarche processus d'indicateurs et de tableaux de bord », *Politiques et management public*, Volume 25, n°1, Mars 2007

Valette A., (1996), « Une gestion stratégique à l'hôpital ? », *Revue française de gestion*, n°109, Juin-Juillet-Août 1996

Vincent D., (2004), « Une double formation Pharmacien-Ingénieur des Mines », *Mines, revue des ingénieurs*, n°411, Décembre 2004

Sites internet

www.sante.gouv.fr

www.has-sante.fr

LEXIQUE

Bon d'urgence : demande de médicament d'un service clinique hospitalier à la pharmacie en dehors des procédures sécurisées de prescription, par la transmission d'un bon effectué en urgence.

Bureaucratie : pouvoir politique des bureaux ; influence abusive de l'administration dans les organismes publics et privés

Bureaucratie mécaniste : organisation qui met la standardisation des procédés au cœur de son système de fonctionnement

Circuit du médicament : ensemble d'actions destiné à garantir que chaque patient ait le bon médicament au bon moment ; ce processus se décompose en plusieurs étapes :

Prescription : ordonnance par un médecin d'un traitement à son patient

Dispensation : acte du pharmacien qui analyse l'ordonnance, prépare et délivre le médicament (ou produit de santé) au patient

Administration du traitement : réalisé par une infirmière, parfois le médecin ou simplement par le patient lui-même

Sécurisation : traçabilité de toutes les étapes du circuit du médicament afin de garantir la sécurité au patient

Collaboration : action de produire une œuvre commune sans répartition des tâches *a priori*

Colloque singulier (avec le patient) : entretien privé entre deux personnes ; exemple : entre un patient et son médecin

Communication-coordination-concertation (3C) : tous types d'échanges d'informations complétés de dispositifs d'échanges entre acteurs, dans le but de définir un objectif

Constructivisme : théorie de l'apprentissage qui considère un objet de pensée comme construit et permet d'appréhender la réalité (contrairement au behaviorisme)

Coopération : action de travailler ensemble et de participer à une œuvre commune

Dotation de service : stock de médicaments (ou de dispositifs médicaux) au sein d'un service hospitalier, défini en accord avec le pharmacien et approvisionné par la pharmacie

Dysfonctionnement : trouble de fonctionnement d'un organe, d'une institution

Éducation thérapeutique du patient (ETP) : processus de renforcement des capacités du malade et/ou son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, à l'aide d'un projet de soins.

Effet miroir : retour le plus factuel possible auprès d'une organisation des observations effectuées sur un terrain de recherche-intervention

Épidémiologie : étude des épidémies ; étude des rapports existant entre des maladies et divers facteurs (mode de vie, milieu social, particularités individuelles)

Epistémologie : étude critique des sens ; théorie de la connaissance et de sa validité

(synonyme : philosophie des sciences)

Gouvernance : gestion politique ; devenu à la mode depuis 2002 : action d'organiser, manière de gérer

Gouvernance clinique : amélioration conjointe entre l'organisation et les professionnels des processus cliniques

Légitimité : qualité de ce qui est juste, équitable voire innovant; concept relié aux notions de règles et de valeurs

Légitimité organisationnelle : développement de régulations collectives autour d'un projet favorisant l'identité organisationnelle (par différence avec charisme du leader signe d'une légitimité individuelle)

Management socioéconomique : management global fondé sur le développement du potentiel humain, condition d'amélioration des performances économiques (Savall H., Zardet V., 2003)

Médico-économie : médico est le 1er élément d'adjectifs tels que médico-légal, médico-chirurgical

Médico-pharmaceutique (fonctionnement): concerne les actions menées entre les médecins, les pharmaciens et leurs équipes

Morbi-mortalité : correspond à un taux; la morbidité est un nombre absolu ou relatif de malades d'un groupe donné pendant un temps déterminé ; la mortalité est le rapport entre le nombre de décès et le chiffre de la population dans un lieu et un espace de temps déterminés

Pharmacie à usage intérieur (PUI) : service de pharmacie propre aux établissements de santé

Pôle hospitalier : regroupement de services hospitaliers devant faciliter le parcours du patient dans l'hôpital et regroupant les moyens en y associant les personnels

Positivisme : ensemble des doctrines qui se réclament de la seule connaissance des faits, de l'expérience scientifique et qui affirme que la pensée ne peut atteindre que des relations et des lois et non des choses vivantes en soi

Processus : acception classique de progrès, progression (Claveranne J.-P., Pascal C., 2004)

Suite d'opérations aboutissant à un résultat (Dictionnaire historique de la langue française, Robert, p.1637)

Ensemble d'activités liées en vue d'atteindre … un objectif commun (Bescos P.-L., Mendoza C., 1994)

Produits de santé : regroupe tous les produits utilisés pour améliorer la santé des patients tels que les médicaments et les dispositifs médicaux

Protection sociale : ensemble de mécanismes de prévoyance collective qui permet de faire face aux conséquences financières des risques sociaux

Recherche-intervention : méthode interactive à visée transformative aidant les acteurs à mettre en place des outils de gestion adéquats (Savall H., Zardet V., 2003)

Risque (gestion des) : discipline qui identifie et traite méthodologiquement les risques relatifs aux activités d'une organisation

Service clinique : service d'un hôpital qui accueille des patients pour les soigner

Système d'information hospitalier : ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien d'un établissement de santé, à

ses modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'à son processus de décision stratégique (Circulairedu ministère de la santé n° 275 du 6 janvier 1989)

Socio-technique (système) : courant de recherche émanant du Tavistok Institute qui explique les perfomances d'une entreprise en fonction de la cohérence des relations sociales et la nature du système technique (Martinet A-C, Silem A., 2009)

Socio-dynamique : approche spécifique qui mobilise des acteurs autour d'un projet

Thérapeutique : partie de la médecine qui étudie et met en application les moyens propres à guérir, à traiter les malades

Valeur : la valeur est synonyme d'appréciation ou de jugement porté par le client (Porter M., (1996), *L'avantage concurrentiel : comment devancer ses concurrents et maintenir son avance,* InterEditions, 1996, p.54)

La valeur est le plus souvent le fruit d'apports successifs et complémentaires de parts de valeurs au fil du processus de production de soins, apports qui ne prennent sens qu'une fois conjugués dans la prise en charge du patient (Claveranne J.-P., Pascal C., (2004), *Repenser les processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance,* Médica Editions, Paris, 2004)

ABRÉVIATIONS

AFAV : Association française d'analyse par la valeur

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (devient ANSM)

ALASS : Association latine d'analyse des systèmes de santé

AMDEC : Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et criticité

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANPPH : Association nationale des préparateurs en pharmacie hospitalière

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament (remplace l'AFSSAPS)

ARAMOS : Association de recherche appliquée au management des organisations de santé

ASMR : Amélioration du service médical rendu

CANAM : Caisse nationale d'Assurance maladie pour les professionnels indépendants

ARH : Agence régionale d'hospitalisation (devenue ARS)

ARS : Agence régionale de santé (remplace l'ARH)

CAPN : Contrat d'activité périodiquement négociable (Cf. MASE)

CBU : Contrat de bon usage (des médicaments et des produits et prestations)

CCM : Commission consultative médicale

CE : Communauté européenne

CEPS : Comité économique des produits de santé

CGS : Centre de gestion scientifique (École des Mines, Paris)

CH : Centre hospitalier

CHR : Centre hospitalier régional

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHT : Communauté hospitalière de territoire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD : Comité de lutte contre la douleur

CME : Commission médicale d'établissement

CNAMTS : Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs sociaux

COMEDIMS : Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (organe émanant désormais de la CME)

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CSBM : Consommation de soins et biens médicaux

CSG : Contribution sociale généralisée

CSP : Code de la santé publique (française)

CT : Commission de transparence

DCS : Dépense courante de santé

DDAS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DG : Dotation globale

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DGF : Dotation globale de financement (remplacée par la T2A)

DGOS : Direction générale de l'offre de soins (remplace la DHOS)

DGS : Direction générale de la santé

DHJIN : Dispensation journalière individuelle nominative

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (devenue DGOS)

DIM : Département de l'information médicale

DMP : Dossier médical partagé

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSC : Dépenses courantes de santé

DSS : Direction de la Sécurité sociale

EAHP : *European association of hospital pharmacists*

EDP : Entretien de développement professionnel

EHPAD : Établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (communément appelé « maison de retraite » figurant parmi les structures dites de « long séjour »)

ES : Établissement de santé

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif (remplace les établissements PSPH)

ETP : Éducation thérapeutique du patient (autre contexte : Équivalent temps plein)

HAD : Hospitaloisation à domicile

EMEA : *European medicine agency*

GRSP : Groupements régionaux de santé publique

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

HPST : Hôpital, patient, santé, territoire (Cf. loi du même nom)

GCSM : Groupe de coopération sanitaire de moyens

GHM : Groupe homogène de malades

GHS : Groupe homogène de séjour

IC : Idée-clé (Cf. théorie socio-économique)

IGAS : Inspection générale de l'Action sociale

INSEE : Institut national des statistiques et des études économiques

INVS : Institut de veille sanitaire

ISEOR : Institut socio-économique des organisations

ISO : *International organization for standardization*

JORF : Journal officiel de la République française

LFSS : Loi de finance de la Sécurité sociale

MASE : Management socio-économique

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique (hôpital dit de « court séjour »)

MEAH : Mission d'évaluation d'activités hospitalières

MSA : Mutuelle sociale agricole

NFS : Numération formule standard

NHS : *National health service*

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONDAM : Objectif national d'évolution des dépenses d'Assurance maladie

PAP : Plan d'action prioritaire (Cf. MASE)

PASINTEX : Plan d'actions stratégiques internes et externes (Cf. MASE)

PIB : Produit intérieur brut

PLFSS : Projet de loi de finances de la Sécurité sociale

PRS : Plan régional de santé

PSPH : Établissement participant au service public hospitalier (hospitalisation privée salariée, remplacé par les ESPIC)

PUI : Pharmacie à usage intérieur

qQFi : qualitatif, quantitatif et financier

SFPC : Société française de pharmacie clinique

SIH : Système d'information hospitalier

SIOFHIS : Système d'informations opérationnelles et fonctionnelles humainement intégrées et stimulantes (Cf. MASE)

SMR : Service médical rendu

SNPHPU : Syndicat national des pharmaciens hospitaliers et praticiens hospitaliers universitaires (congrès annuel : Rencontres Convergence santé hôpital)

SOF : Social, organisationnel, financier (Cf. MASE)

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SSR : Soins de suite et de réadaptation (hôpital dit de « moyen séjour »)

SYNPREFH : Syndicat national des pharmaciens des établissements publics de santé (congrès annuel : HOPIPHARM)

TSE : Théorie socio-économique

T2A : Tarification à l'activité (remplace la DGF)

UNCAM : Union nationale des caisses d'Assurance maladie

URCAM : Union régionale des caisses d'Assurance maladie

URCC : Unité de reconstitution centralisée des cytotoxiques

TABLE DES FIGURES

Page

Figure 1 : Circuit du médicament, positionnement des acteurs et des activités 20, 62, 264,366 371

Figure 2 : Charte du patient hospitalisé 37

Figure 3 : Place des instances au sein du dispositif de santé 46

Figure 4 : Composition de la COMEDIMS 57

Figure 5 : Exemple d'organigramme d'une pharmacie (extrait du terrain A) 59

Figure 6 : Concept de qualité intégrale de la théorie socio-économique 82

Figure 7 : Système d'informations opérationnelles et fonctionnelles humainement Intégrées et stimulantes 84

Figure 8 : Articulation des trois axes d'une intervention socio-économique 88

Figure 9 : Micro-théories du comportement humain 90

Figure 10 : Éventail anthropologique des besoins multidimensionnels de l'homme au travail 91

Figure 11 : Représentation des thèmes de recherche et des auteurs mobilisés 103

Figure 12 : Articulation des raisonnements déductif, inductif, abductif 106

Figure 13 : Processus « Horivert » 112

Figure 14 : Fiche d'évaluation socio-économique 125

Figure 15 : Cartographie des partenaires 123

Figure 16 : représentation d'un processus 127

Figure 17 : Schéma de décomposition du processus en procédures et modes opératoires ... 126

Figure 18 : Frise longitudinale du terrain A 133, 148, 272

Figure 19 : Frise longitudinale du terrain B 134

Figure 20: Projet de plateforme des hôpitaux B 138

Figure 21 : Exemple de diapositive de l'effet miroir 172

Figure 22 : Exemple de projet entre les services de pharmacie de cardiologie, hôpital A 184

Figure 23 : Processus du chemin clinique du patient en chimiothérapie 188

Figure 24 : Histogramme de fréquence des dysfonctionnements, hôpital B1 199

Figure 25 : Histogramme de fréquence des dysfonctionnements, hôpital B2 204

Figure 26 : Processus existants sur le terrain A 223

Figure 27 : Cartographie des partenaires du terrain B 227

Figure 28 : Chaîne de la valeur selon M. Porter 249

Figure 29 : Processus organisationnels en établissements de soins 252

Figure 30 : Milieux extérieurs du terrain A 254

Figure 31 : Arbre fonctionnel du terrain A 255

Figure 32 : Approche intégrée de différents types de management 258

Figure 33 : Représentation du circuit du médicament 262
Figure 34 : Représentation du circuit du médicament (IGAS) 263
Figure 35 : Contrat de partenariat entre la pharmacie et un service clinique 273
Figure 36 : Présence pharmaceutique dans les services cliniques 275
Figure 37 : Cible du projet dotation, hôpital A 278
Figure 38 : Actions et moyens de sécurisation du circuit du médicament 282
Figure 39 : Causes racines de la non-atteinte du pourcentage de « OK chimio » 285
Figure 40 : Taux de « OK chimio » entre avril 2011 et avril 2013, hôpital A 286
Figure 41 : Horaires de prise en charge des patients le matin, hôpital A 287
Figure 42 : Définition de la cible du terrain B 291
Figure 43 : Milieux extérieurs du terrain B 292
Figure 44 : Organisation des fonctions du terrain B 293
Figure 45 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 1 300
Figure 46 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 2 301
Figure 47 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 3 302
Figure 48 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 4 303
Figure 49 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 5 304
Figure 50 : Effet miroir d'évaluation : diapositive de synthèse du thème 6 305
Figure 51 : Risques d'erreurs sur le circuit du médicament 310
Figure 52 : Management médico-pharmaceutique 364
Figure 53 : Pyramide de la prise en charge thérapeutique du patient 383

TABLE DES TABLEAUX

Page

Tableau 1 : Présentation des terrains de recherche 23

Tableau 2 : Actions menées sur les terrains de recherche 24

Tableau 3 : Causes de décès en France métropolitaine 39

Tableau 4 : Dépenses par pathologie 42

Tableau 5 : Consolidation de la CSBM de 2009 à 2011 (consommation des soins et biens médicaux) 48

Tableau 6 : Structure de la CSBM entre les différents payeurs 50

Tableau 7 : Allocations des ressources et formes de pouvoir 97

Tableau 8 : Nomenclature des dysfonctionnements 116

Tableau 9 : Modèle de contrat d'activité périodiquement négociable ..... 119 & 234

Tableau 10 : Grille de compétences ..... 120 & 182

Tableau 11 : Bilan d'activité de l'hôpital A 131

Tableau 12 : Présentation du corps d'hypothèses 141

Tableau 13 : Planning des réunions de la recherche-intervention sur le terrain A 152

Tableau 14 : Synthèse des entretiens er nombre de personnes interviewées, hôpital A 156

Tableau 15 : Ensemble des idées-clés par sous-thèmes de dysfonctionnement hôpital A 162

Tableau 16 : Planning des effets miroirs, hôpital A 171

Tableau 17 : Maquettes d'autoanalyse du temps, par catégorie d'acteur, hôpital A 174

Tableau 18 : Enquête de surtemps sur les activités à faible valeur ajoutée, hôpital A 176

Tableau 19 : Maquette de suivi des bons d'urgence du service cardiologie, hôpital A 185

Tableau 20 : Temps de réalisation des activités du processus de chimiothérapie, hôpital A 189

Tableau 21 : Planning des entretiens, terrain B 193

Tableau 22 : Idées-clés des sites B1 et B2 en termes de coopération 214

Tableau 23 : Idées-clés du terrain A en termes de coopération 217

Tableau 24 : Idées-clés en termes de dysfonctionnements comparatifs entre les terrains A et B . 219

Tableau 25 : Croisement macro-processus et dysfonctionnements, terrain A 224

Tableau 26 : Grille de compétences pour la dotation de cardiologie, terrain A 229

Tableau 27 : Grille de compétences de l'activité « quantifier, commander des médicaments/DMS/DM (dispositifs médicaux), pharmacie, hôpital A 231

Tableau 28 : Grilles d'activités communes avec d'autres services, hôpital A 233

Tableau 29 : Grille d'entretien de développement professionnel annuel, préparateur en

pharmacie, hôpital A 236
Tableau 30 : Maquette d'entretien annule pour les pharmaciens, hôpital A 238
Tableau 31 : Indicateurs du projet LOGIQS, hôpital A 276
Tableau 32 : Suivi du nombre de bons de médicaments d'urgence du service cardiologie de l'hôpital A entre 2010 et 2012 279
Tableau 33 : Suivi des bons d'urgence par service au sein de l'hôpital A 281
Tableau 34 : Indicateurs d'efficience du parcours patient sous chimiothérapie 284
Tableau 35 : Comparaison entre le diagnostic et l'évaluation du terrain A 298
Tableau 36 : Coopération au diagnostic et en fin d'intervention sur le terrain A 307
Tableau 37 : Dysfonctionnements du terrain A en termes de légitimité 317
Tableau 38 : Dysfonctionnements sur les sites du terrain B en termes de légitimité 319
Tableau 39 : Idées-clés en termes de légitimité sur le terrain A au diagnostic 322
Tableau 40 : Convergence des terrains A et B en termes de légitimité 324
Tableau 41 : Progression des idées-clés en termes de coopération et de légitimité sur le terrain A 328
Tableau 42 : Idées-clés des sites du terrain B en termes de coopération et de légitimité 330
Tableau 43 : Synthèse des convergences en termes de coopération et de légitimité par thème socio-économique sur l'ensemble de nos terrains 333
Tableau 44 : Correspondance des couples coopération-légitimité avec les thèmes de dysfonctionnements 335
Tableau 45 : Questionnaire sur le circuit du médicament, hôpital A 338
Tableau 46 : Données d'activité sur les terrains d'observation 370

TABLE DES ENCADRÉS

Page

Encadré 1 : Présentation du plan 27

Encadré 2 : Composition du conseil de surveillance de l'hôpital 56

Encadré 3 : Articles du code de la Santé publique concernant la pharmacie à usage intérieur 60

Encadré 4 : Thèmes de la nomenclature de dysfonctionnements 157

Encadré 5 : Fréquence des idées-clés 159

Encadré 6 : Volume des dysfonctionnements classés par thème 167

Encadré 7 : Indicateurs de suivi du circuit des chimiothérapies 187

Encadré 8 : Répartition des entretiens, hôpital B1 197

Encadré 9 : Ordre d'importance des dysfonctionnements classés par thème sur l'hôpital B1 198

Encadré 10 : Répartition des entretiens, hôpital B2 202

Encadré 11 : Ordre d'importance des dysfonctionnements classés par thème sur l'hôpital B2 203

TABLE DES ANNEXES

		Page
Annexe 1	Constitution de l'Organisation mondiale de la santé	7
Annexe 2	Livre blanc de l'Union européenne «ensemble pour la santé»	31
Annexe 3	Guide d'entretien d'évaluation socio-économique	47
Annexe 4	Rapport d'activité 2011, groupe hospitalier hôpital A	51
Annexe 5	Proposition d'intervention hôpitaux B1 et B2	61
Annexe 6	Lettre de cadrage, projet de management 2010/2014 hôpital A	65
Annexe 7	Projet SPACE hôpital A	67
Annexe 8	Projet LOGIQS hôpital A	69
Annexe 9	Projet AERE hôpital A	71
Annexe 10	Projet du service pharmacie, hôpital A	73
Annexe 11	Principes de recherche-intervention en management socio-économique	87
Annexe 12	Planning de la recherche-intervention au sein de l'hôpital A	91
Annexe 13	Compte rendu d'observation, hôpital A	99
Annexe 14	Phrases-témoins des entretiens de l'hôpital A	103
Annexe 15	Présentation d'effet miroir, hôpital A	123
Annexe 16	Avis d'expert de l'hôpital A	195
Annexe 17	Contrat de service, gestion du médicament, hôpital A	207
Annexe 18	Proposition de recherche-intervention auprès des hôpitaux B1 et B2	221
Annexe 19	Phrases-témoins de l'hôpital B1	225
Annexe 20	Phrases témoins de l'hôpital B2	239
Annexe 21	Effet miroir de l'hôpital B1	253
Annexe 22	Effet miroir de l'hôpital B2	305
Annexe 23	Avis d'expert du terrain B	353
Annexe 24	Analyse croisée processus / dysfonctionnements, hôpital A	365
Annexe 25	Contrat de bon usage du médicament	367
Annexe 26	Guide d'évaluation du projet de l'hôpital A	381
Annexe 27	Planning d'entretiens d'évaluation de l'hôpital A	385
Annexe 28	Effet miroir d'évaluation de l'hôpital A	387
Annexe 29	Audit interne sur la gestion du médicament dans les services, hôpital A	443

TABLE DES ANNEXES CONFIDENTIELLES

Page

Annexe confidentielle 1 : Rapport d'activité 2007, hôpital A 7

Annexe confidentielle 2 : Rapport d'activité 2011, hôpital B1 95

Annexe confidentielle 3 : Rapport d'activité 2009, hôpital B2 141

Annexe confidentielle 4 : Livret d'accueil de la pharmacie, hôpital B1 199

Annexe confidentielle 5 : Kit de formation au circuit du médicament, hôpital A..... 261

Annexe confidentielle 6 : Programme de formation au pilotage des produits de santé..... 277

Annexe confidentielle 7 : Argumentaire pour la formation au pilotage des produits de santé 279

Annexe confidentielle 8 : Guide d'animation de la formation au pilotage des produits de santé 281

Annexe confidentielle 9 : Fiche d'évaluation de la formation aux produits de santé 311

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 13

INTRODUCTION 17

Objet et champ de la recherche 17

Problématique et fil conducteur 17

Corps d'hypothèses et structure de notre recherche 21

Théories et méthodologies mobilisées 22

Recherches-interventions à l'hôpital 23

Origine de cette recherche 26

Plan et chapitres 27

1ÈRE PARTIE SANTÉ, HÔPITAL ET PHARMACIE À LA RENCONTRE DES SCIENCES DE GESTION 31

CHAPITRE I LA CONTRAINTE BUDGÉTAIRE AU CŒUR DU SYSTÈME DE SANTÉ, COMMENT RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS ? 35

I.1. Droit des populations à la santé 35

I.1.1 Cadres juridiques 36

I.1.2 Données françaises d'épidémiologie de santé 38

I.2 Contraintes budgétaires du système de santé 41

I.2.1 Radiographie du coût de la santé en France 42

I.2.2 Structure du système français : de son organisation à son financement 43

I.2.3 Comparaison internationale des systèmes de santé 53

I.3 Fonctionnement de l'hôpital et coopération médico-pharmaceutique 54

I.3.1 Organisation du système hospitalier 54

I.3.2 : Missions de la Pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'hôpital 58

I.3.3 Évolutions des missions sur le médicament 61

I.3.4 Notion de coopération dans une organisation bureaucratique : introduction et limites 63

CHAPITRE II FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL : HISTOIRE, RÉFORMES ET CADRES THÉORIQUES .. 67

II.1 Formation de l'hôpital et de sa pharmacie 67

II.1.1 Organisation de l'hôpital public à travers les âges 67

II.1.2 : Réformes et modernisation de l'hôpital 68

II.1.3 Arrivée du pharmacien à l'hôpital et évolutions de l'activité pharmaceutique 73
II.2 Théories des organisations et fonctionnement de l'hôpital 76
II.2.1 Approches théoriques de l'organisation hospitalière 76
II.2.2 Évolutions du contexte managérial à l'hôpital 79
II.3 Cadres théoriques mobilisés 81
II.3.1 Choix de la théorie socio-économique comme cadre central 81
II.3.2 Difficultés de coopération au sein des organisations 92
II.3.3 Le pouvoir, reflet de la légitimité et catalyseur de coopération 97
CHAPITRE III CHOIX MÉTHODOLOGIQUE : LA RECHERCHE-INTERVENTION AU CŒUR DES MOYENS MOBILISÉS 105
III.1 Cadre épistémologique et choix méthodologique au service de la recherche de terrain 105
III.1.1 Positionnement épistémologique de type constructiviste 105
III.1.2 Approche méthodologique : qualitative ou quantitative ? 107
III.1.3 Choix de la recherche-intervention 108
III.2 Recherche-intervention socio-économique et intégration d'autres approches managériales 110
III.2.1 Recherche-intervention qualimétrique, une approche globale 110
III.2.2 Facilité d'intégration d'outils de management à la recherche-intervention socio-économique 122
III.3 Présentation des deux terrains de recherche-intervention 128
III.3.1 Présentation et approche du terrain central : l'hôpital A 128
III.3.2 Présentation et approche du terrain secondaire B: fusion des hôpitaux B1 et B2 132
2ÈME PARTIE DIAGNOSTIC MÉDICO-PHARMACEUTIQUE À L'HÔPITAL 143
CHAPITRE IV ANALYSE DYSFONCTIONNELLE DU PROCESSUS MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : REGARD QUALIMÉTRIQUE SUR LE SITE D'UN C.H.U. 145
IV.1 Approche du terrain central A 146
IV.1.1 Priorités et projets de l'hôpital A et de sa pharmacie 147
IV.1.2 Approche du terrain central A 149
IV.2 Analyse des dysfonctionnements du terrain A 157
IV.2.1 Organisation du diagnostic 158
IV.2.2 Restitution du diagnostic 159
IV.2.3 Enquête complémentaire des coûts cachés 172
IV.2.4 Avis d'expert 177
IV.3 Projets d'amélioration 178
IV.3.1 Exploitation de l'avis d'expert 179

IV.3.2 Initiation des projets 180

CHAPITRE V ÉTUDE COMPARÉE DU CAS CENTRAL AVEC LES AUTRES TERRAINS D'OBSERVATION : LA COOPÉRATION COMME CLÉ DU FONCTIONNEMENT 191

V.1 Diagnostic comparatif entre les sites du terrain B : une confirmation des dysfonctionnements du terrain A 191

V.1.1 Organisation de l'intervention sur les deux sites B1 et B2 du terrain B 192

V.1.2 Dysfonctionnements des deux hôpitaux B1 et B2 197

V.2 Interprétation des dysfonctionnements selon les cadres théoriques de la coopération 209

V.2.1 Coopération dans un nouveau contexte de la santé 209

V.2.2 Convergences et spécificités sur les terrains A et B en termes de coopération 213

V.3 Processus d'intégration d'outils de management 221

V.3.1 Intégration d'outils par processus, socio-dynamique et socio-économique 222

V.3.2 Implantation d'outils de management socio-économique 228

CHAPITRE VI ANALYSE DE LA CHAÎNE MÉDICO-PHARMACEUTIQUE CORRÉLÉE AU CONTEXTE INSTITUTIONNEL : L' APPORT DU MANAGEMENT PAR LA VALEUR 241

VI.1 Contexte de risque thérapeutique et renforcement du cadre règlementaire 242

VI.1.1 Cadre fondateur du contrat de bon usage des médicaments 242

VI.1.2 Accidents thérapeutiques à l'origine des réformes de sécurisation du circuit du médicament 244

VI.1.3 : Rapports et préconisations sur le circuit du médicament 245

VI.2 Management médico-pharmaceutique par la valeur 248

VI.2.1 Apports du management par la valeur 248

VI.2.2 Processus et valeur 253

VI.3 Place des acteurs dans la chaîne médico-pharmaceutique 259

VI.3.1 Modélisations du circuit du médicament 259

VI.3.2 Acteurs de la valeur : proposition d'un schéma du fonctionnement médico-pharmaceutique 264

CHAPITRE VII ACTIONS DE COOPÉRATION ET OUTILS DE GESTION : ÉVALUATION LONGITUDINALE DE LA RECHERCHE-INTERVENTION 271

VII.1 Production de résultats d'évaluation consécutive au déploiement d'actions de management 271

VII.1.1 Évaluation du terrain A et mise en œuvre des projets «dotation» et «chimiothérapie» 272

VII.1.2 Terrain B : diagnostic et actions possibles 287

VII.2 Production d'actions d'amélioration et impacts sur la coopération entre acteurs 295

VII.2.1 Exploitation longitudinale de la phase de diagnostic 295

VII.2.2 Des résultats consécutifs à la phase diagnostic 299

VII.3 Conditions d'enracinement de l'approche socio-économique 308

VII.3.1 Mise en place d'actions et d'outils socio-économiques 308

VII.3.2 Certification 2012, conséquence d'un travail qualitatif de terrain 313

CHAPITRE VIII ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT MÉDICO-PHARMACEUTIQUE : VERS UN REGAIN DE LÉGITIMITÉ DES ACTIVITÉS DE LA PHARMACIE 315

VIII.1 Légitimité et coopération : une interaction fructueuse 315

VIII.1.1 Au-delà du pouvoir, la légitimité 316

VIII.1.2 Une faible légitimité pharmaceutique reliée aux dysfonctionnements 317

VIII.2 Résultats de l'activité médico-pharmaceutique : une confirmation de la légitimité de la pharmacie .. 321

VIII.2.1 Les résultats obtenus, source de reconnaissance de l'activité pharmaceutique 322

VIII.2.2 Pilotage au service de la légitimité médico-pharmaceutique 327

VIII.2.3 Proposition de couples «coopération-légitimité» 334

VIII.3 Proposition d'une formation au pilotage médico-pharmaceutique et évolution de la place de la pharmacie 336

VIII.3.1 Production d'une formation au pilotage du circuit du médicament 339

VIII.3.2 Mise en place et évaluation de la formation 341

CHAPITRE IX : LE PHARMACIEN-MANAGER, UNE POSTURE POUR AMÉLIORER LA LÉGITIMITÉ ET L'EFFICIENCE DE LA PHARMACIE HOSPITALIÈRE ? 345

IX.1 Manager, une fonction mal perçue par les personnels de l'hôpital 345

IX.1.1 : Rejet de la gestion par les acteurs cliniques 346

IX.1.2 : Du management à la gouvernance clinique 349

IX.2 Activités de gestion des risques et d'éducation thérapeutique : une nécessaire proximité entre pharmacie et services cliniques 352

IX.2.1 Gestion des risques, variable reconnue de légitimité 352

IX.2.2 Éducation thérapeutique, une légitimité en cours de construction 355

IX.3 Rôle transversal et clinique du pharmacien pour un renforcement de l'efficience médico-pharmaceutique 358

IX.3.1 Description institutionnelle de l'activité pharmaceutique et du rôle du pharmacien 358

IX.3.2 Appropriation de solutions de management médico-pharmaceutique 359

CONCLUSION 369

BIBLIOGRAPHIE 385

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE 403

LEXIQUE 411

ABRÉVIATIONS 415

TABLE DES FIGURES 421

TABLE DES TABLEAUX **423**

TABLE DES ENCADRÉS **425**

TABLE DES ANNEXES **427**

TABLE DES ANNEXES CONFIDENTIELLES **429**

TABLE DES MATIÈRES **433**

Imprimé par le Service Édition
de l'Université Jean Moulin Lyon 3