

JOURNAL DE GESTION ET D' ECONOMIE DE LA SANTE

Évaluation des pratiques et des organisations de santé

HEALTH CARE MANAGEMENT AND ECONOMICS JOURNAL
Practices and Organizations in Health Care

ISSN : 2262-5305

Fondateur :
† Pr Louis Roche / Lyon
Editions Alexandre Lacassagne

N° 3 - Volume 37 - 2019



Diffusion ESKA



ISBN 978-2-7472-2879-4



Publication trimestrielle
avec suppléments

JOURNAL DE GESTION ET D' ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

HEALTH CARE MANAGEMENT AND ECONOMICS JOURNAL

2019 – VOL. 37 – N° 3

SOMMAIRE – CONTENTS

ARTICLES ORIGINAUX / ORIGINAL ARTICLES

Facteurs explicatifs à l'usage des outils de gestion de l'absentéisme dans les organisations médico-sociales Gulliver Lux.....	201
<i>What factors explain the use of absenteeism management tools in medico-social organizations?</i>	
La coopération entre pharmacie et services cliniques à l'hôpital et son impact sur la prise en charge thérapeutique Marc Frachette, Véronique Zardet, André Rieutord, Isabelle Barth.....	223
<i>Cooperation between pharmacies and medical services at the hospital and its impact on therapeutic management</i>	
Les déterminants individuels et contextuels de la sous-nutrition des enfants d'âge préscolaire au Sénégal Valérie Bérenger, Jean-Claude Vérez.....	237
<i>Individual and contextual determinants of under-nutrition among pre-school children in Senegal</i>	
La fabrique du travail en équipe dans les établissements de santé Paula Cristofalo, Odessa Petit dit Dariel, Etienne Minvielle	259
<i>Creating teamwork in healthcare facilities</i>	
Bulletin d'abonnement 2019 / <i>Subscription form 2019</i>	200
Recommandations aux auteurs / <i>Instructions to Authors</i>	283-284

La coopération entre pharmacie et services cliniques à l'hôpital et son impact sur la prise en charge thérapeutique

Cooperation between pharmacies and medical services at the hospital and its impact on therapeutic management

Marc FRACHETTE

ISEOR, Magellan, IAE de Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, 58 chemin de la Burette, 69210 Lentilly
(marc.frachette@cap-o2.com)

Véronique ZARDET

ISEOR, Magellan, IAE de Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3

André RIEUTORD

Hôpital A. Bécclère, APHP, 92 Clamart

Isabelle BARTH

INSEEC U, Paris

RÉSUMÉ

Cette recherche-intervention porte sur la gestion du médicament au sein du site d'un CHU (Centre hospitalier universitaire) et l'analyse de ses dysfonctionnements organisationnels, ainsi que la mise en place et l'évaluation de projets de changements co-construits entre pharmacie et services cliniques, pour améliorer la performance du circuit du médicament au bénéfice final de la sécurité des patients. Une phase d'écoute préalable des acteurs, suivie d'un dispositif de co-construction de solutions d'améliorations a permis de mobiliser pharmacie et services cliniques. Les actions mises en œuvre et les indicateurs ont amélioré partiellement la coopération. Au-delà, c'est la place de la pharmacie et du pharmacien qui sont ré-interrogés.

Mots-clés : Hôpital, Management, Coopération, Recherche-intervention.

ABSTRACT

This intervention-research concerns the management of medicines on the site of a CHU (University Hospital Center) and the analysis of the organizational dysfunctions, as well as the setting up and evaluation of change processes, co-elaborated by its pharmacy and its medical services, in order to reach a better performance in the process dealing with medicines and, finally, a better safety for patients. A preliminary phase for listening to actors, followed by a system aiming at co-elaborating improvement solutions has permitted to mobilize actors in the pharmacy and the medical services. The actions implemented and the indicators, have partially improved cooperation. Beyond that, it's the place of pharmacies and pharmacists which is challenged.

Keywords: *Hospital, Management, Cooperation, Intervention-research.*

INTRODUCTION

Notre recherche porte sur l'un des postes les plus importants des dépenses de santé : la gestion des médicaments. La France se situe au 5^e rang des plus gros consommateurs de médicaments par habitant [1]. Les dépenses de médicaments ont doublé à l'hôpital en 20 ans ; elles représentent 35 milliards d'euros annuels et plus de 10% des charges d'un hôpital ; les pathologies sévères traitées à l'hôpital ont bénéficié de thérapeutiques toujours plus pointues et coûteuses, avec une prise en charge à 100%. La part de la thérapeutique, de plus en plus technologique, est un élément important de la prise en charge des patients. Nous faisons l'hypothèse que sa bonne utilisation par l'ensemble des professionnels de santé et les patients nécessite de déployer des dispositifs de coopération. La publication de l'arrêté du 06 avril 2011 a largement repositionné le circuit du médicament dans les établissements de santé.

En effet, force est de constater que le management hospitalier se caractérise par un fonctionnement cloisonné. Ainsi, la coopération des différents acteurs est un enjeu majeur d'efficacité, dont le processus du médicament est un exemple concret, la pharmacie étant davantage

considérée comme un service support que comme un partenaire du soin [2].

Cette recherche-intervention porte sur la gestion du médicament au sein du site d'un CHU (Centre hospitalier universitaire) et l'analyse de ses dysfonctionnements organisationnels, ainsi que la mise en place et l'évaluation de projets de changements co-construits entre pharmacie et services cliniques, pour améliorer la performance du circuit du médicament au bénéfice final de la sécurité des patients. A partir d'un diagnostic dysfonctionnel, le chef du service pharmacie de l'hôpital a proposé une série de projets d'améliorations médico-pharmaceutiques à certains services cliniques ; ces projets ont été mis en œuvre puis évalués sous l'angle de la qualité des coopérations.

Notre problématique est donc « Comment une meilleure coopération des services avec la pharmacie permet de développer du temps et de l'efficacité organisationnelle, en visant une meilleure prise en charge thérapeutique des patients ? ».

Cet article traite du circuit du médicament sous l'angle organisationnel et managérial ; pour cette raison nous avons choisi de ne pas retenir comme concept central le terme « circuit ».

Le concept central est la « gestion partagée du médicament » ; il vise la recherche d'une meilleure coopération entre pharmacie et services cliniques dans un double dessein : d'une part améliorer l'efficacité hospitalière – utilisation des ressources – et d'autre part améliorer les conditions de prise en charge des patients. Toutefois nous sommes conscients que notre recherche est davantage centrée sur les professionnels de santé que sur la mesure exhaustive de la qualité de la prise en charge des patients. Nous montrons néanmoins qu'un indicateur d'évaluation a émergé pendant la recherche permettant d'appliquer une amélioration de la prise en charge des patients à travers le temps d'attente et de traitement par chimiothérapie.

La première partie de cet article expose la problématique et son contexte ; la deuxième, présente la méthodologie de recherche et les données collectées ; la troisième, les résultats obtenus. Les principaux dysfonctionnements dans la phase initiale, puis les projets mis en œuvre pour stimuler la coopération pharmacie/services cliniques, et enfin l'évaluation des impacts en termes de qualité et de sécurité des soins.

1. PLACE ET POIDS DE L'HÔPITAL AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

Les réformes successives, de la création des centres hospitaliers universitaires (CHU) en 1958, à la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (loi HPST, 2009) [3] instaurant une nouvelle gouvernance de l'hôpital et des filières de patients, ont tenté continuellement d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Parallèlement le financement a évolué d'une dotation globale vers une tarification à la production de soins (Tarification à l'activité, plan hôpital 2007) visant à responsabiliser les acteurs de santé.

1.1. Un nouveau mode de management : la gouvernance clinique

Comment passer d'un modèle de domination professionnelle à un modèle de décisions partagées ? [4]. Le concept de « gouvernance clinique » de Starey, Scally et Donaldson, apparu en Grande Bretagne en 1998, tend à rendre responsables les acteurs des processus de soins [5]. La thérapeutique est un élément permanent des processus de soins, ce qui fait de la pharmacie un acteur-clé de cette gouvernance clinique. Cependant la diversité des activités pharmaceutiques et la vision forte des professionnels et des directions d'établissement de santé ont eu tendance à maintenir la pharmacie dans une dimension logistique prépondérante.

L'OMS a défini en 2006 la notion de soins pharmaceutiques [6] et place désormais la mission de pharmacie clinique au cœur de la prise en charge des patients. Dans cet esprit, les pharmaciens revendiquent leur valeur ajoutée dans l'accompagnement thérapeutique auprès des soignants et des patients. Simultanément, de récentes erreurs d'administration de médicaments rappellent tristement l'importance des étapes de la prise en charge thérapeutique, ces accidents ayant généré une série de rapports et l'édition d'un guide relatif au management de la qualité, à la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé [7]. Ces événements questionnent directement l'organisation du circuit du médicament.

L'introduction à l'hôpital des méthodes d'organisation industrielle, et en particulier de la gestion en flux tendu, combinée aux pressions croissantes pour maîtriser les coûts de la santé a confirmé le tournant gestionnaire de l'hôpital, alors même que des coopérations toujours plus complexes sont requises. Or, introduire des méthodes inspirées de la logistique industrielle ne peut produire les effets attendus qu'à la condition que les professionnels de l'hôpital acceptent de

coopérer. Notre perspective consiste à étudier cet objet de recherche non pas dans sa dimension logistique comme l'ont fait de nombreux auteurs [8, 9, 10, 11], mais en tant que pratique humaine requérant le concours et l'apport de nombreux professionnels de santé. Cette recherche est issue d'une préoccupation formulée par une pharmacie dans un CHU, pouvant se résumer ainsi : Comment le pharmacien et son équipe peuvent-ils mieux coopérer avec les services cliniques pour sécuriser, mais aussi innover et améliorer le circuit du médicament au bénéfice du patient ? Ce qui rejoint notre problématique de recherche.

Notre hypothèse de recherche peut se résumer ainsi : La coopération, à l'initiative de la pharmacie vers les services cliniques utilisateurs de produits de santé pour les patients hospitalisés, améliore la performance du processus *médico-pharmaceutique*. Il s'agit donc d'une recherche considérant la pharmacie comme acteur central et productif, initiateur vis-à-vis des services cliniques.

1.2. La coopération comme condition de la gouvernance médico-pharmaceutique

A l'hôpital public en France, les principes fondateurs de l'organisation traditionnelle du travail (issus de Taylor, Fayol, Weber) sont extrêmement incrustés [12]. Il s'ensuit un cloisonnement fort à la fois vertical, entre les niveaux hiérarchiques, et transversal entre les services et les pôles. Les conflits internes sont la source des multiples dysfonctionnements, produits par les interactions entre les structures hospitalières et les comportements humains des professionnels et des patients [13]. La régulation de ces conflits, sans même parler de leur suppression qui est illusoire, relève de pratiques de coopération intra organisationnelle, afin que les acteurs établissent des compromis

entre conflits et coopérations pour en limiter les effets néfastes.

La coopération est au cœur de notre recherche pour relever le défi posé d'amélioration du fonctionnement du circuit du médicament. Le couple « conflit-coopération », au sens de François Perroux exprime les relations entre agents économiques [14] ; *il* est puissant en ce qu'il combine des dimensions opérationnelles et organisationnelles, telles que la coordination ou la synchronisation des opérations et donc des acteurs qui les prennent en charge, avec une dimension humaine relevant de la volonté d'opérer ensemble (co-opérer), tout en exerçant des métiers différents, dans des lieux différents, avec des horaires de travail souvent asynchrones. La coopération est mue par un enjeu ou un objectif commun, que l'approche par les processus identifie très souvent comme la satisfaction de l'usager ou du client final, à laquelle nous proposons d'ajouter la réduction des conflits et des difficultés professionnelles respectives dans l'exercice du métier.

La théorie socio-économique des entreprises et des organisations [15] met en évidence que la [communication-coordination-concertation] constitue un domaine de dysfonctionnements particulièrement foisonnants et aigus, quelle que soit la taille de l'organisation. Ces dysfonctionnements s'observent à toutes les interfaces : entre personnes d'un même service, entre équipes d'un même service, entre services, entre pôles, entre sites et siège, entre sites hospitaliers, entre niveaux hiérarchiques...

La question se pose ici de savoir si la [communication-coordination-concertation] constitue une condition nécessaire et suffisante, ou si une meilleure co-opération est nécessaire pour parvenir à améliorer le processus médico-pharmaceutique.

2. MÉTHODE DE RECHERCHE ET PRÉSENTATION DU TERRAIN : LES PRIORITÉS DE L'HÔPITAL ET DE SON PROJET PHARMACEUTIQUE

2.1. L'origine et l'objectif de la recherche

L'hôpital au sein duquel cette recherche-intervention s'est déroulée pendant trois ans est le site d'un Centre hospitalo-universitaire (CHU) de 500 lits, principalement de court séjour (MCO-Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Il emploie 2000 personnes et assure 120 000 journées d'hospitalisation par an. Notre recherche porte sur la pharmacie de l'établissement et ses interactions avec certains services cliniques. Parmi les axes du projet stratégique de cet hôpital et du projet médical d'établissement, le volet ressources humaines et management apparaissait comme prioritaire en sollicitant un accompagnement pour améliorer la prise en charge médicamenteuse sous un angle organisationnel et managérial.

La précédente certification de 2006 comportait en effet des réserves sur le circuit du médicament et demandait la remise à plat de ses activités. Le projet pharmaceutique initié par le nouveau chef de service arrivé en 2008 était décliné en trois programmes de développement : l'un centré sur les soins pharmaceutiques au plus proche des patients, le deuxième dédié à l'enseignement et la recherche de l'équipe, enfin un programme « logistique, qualité et organisation » dans lequel notre recherche s'est inscrite. Toutefois, la recherche présentée dans cet article s'est concentrée, en accord avec le chef de service, sur les dimensions organisationnelles et managériales, les objectifs du chef de service étaient de réorganiser la mise à disposition des médicaments selon des modes de dispensation

nominative dégradées, au profit de dotations globales par unités mieux gérées.

Une série de présentations auprès des décideurs de l'hôpital fin 2008 et d'échanges sur la méthodologie proposée a permis de dessiner le périmètre de notre recherche-intervention, entre la pharmacie et deux services cliniques volontaires, qui subissaient des modes de mise à disposition de médicaments très dysfonctionnels. La Direction générale a donné son accord à cette démarche intégrant les différents métiers et services.

En 2009, le service de pharmacie était composé d'une équipe de 20 personnes : 4 pharmaciens, 1 cadre, 9 préparateurs, 5 agents et une secrétaire.

2.2. Le choix de la recherche intervention

Nous avons opté pour une méthodologie de recherche-intervention [16] ; Savall et Zardet [15] qui permet d'accompagner l'organisation en trois phases : une phase de diagnostic, une phase d'accompagnement des projets et une phase d'évaluation ex-post en (figure 1) :

Figure 1 : Schéma résumé de la recherche-intervention.

ARCHITECTURE DE LA RECHERCHE-INTERVENTION

DIAGNOSTIC : Q1 2009 à Q1 2010

Entretiens / Etude documentaire / Observation directe / Enquête
RESTITUTION : Effet miroir / Avis d'expert

PHASE DE PROJET : Q2 2010 à Q4 2011

Définition des groupes de projet / Pilotage des projets

PHASE D'EVALUATION : Q1 2012 à Q4 2012

Etude comparative des dysfonctionnements et améliorations

La recherche intervention est une méthode participative à visée transformative.

La phase de diagnostic socio-économique a pour objectif d'identifier un large spectre de dysfonctionnements organisationnels et managériaux, ainsi que leurs impacts pour les professionnels de santé et au final sur la qualité de la prise en charge des patients, ainsi que sur l'utilisation des ressources économiques (temps en particulier). La méthodologie de diagnostic a combiné l'observation directe *in situ*, l'étude de documents d'organisation, de bilans et projets internes, puis un nombre important d'entretiens qualitatifs semi-directifs auprès de l'encadrement et des personnels de la pharmacie et des deux unités de soins, du fait que de nombreux dysfonctionnements organisationnels ne figurent dans aucun document.

Les entretiens auprès de 62 personnes de la pharmacie et des deux services cliniques ont permis de recueillir 352 phrases-témoins exprimant des dysfonctionnements, qui ont été classés en six domaines : conditions de travail, organisation du travail, communication-coordination-concertation, gestion du temps, formation intégrée et mise en œuvre stratégique [15]. Le diagnostic ainsi élaboré a été présenté sous forme d'« effet miroir » auprès de toutes les personnes interviewées. A la suite de cette étape, une enquête complémentaire relative aux activités à faible valeur ajoutée, qui avaient été soulignées dans la première étape du diagnostic, a été conçue avec le personnel pharmaceutique, afin d'approfondir l'analyse des dysfonctionnements de gestion du temps des professionnels. Puis le personnel pharmaceutique l'a administrée auprès des acteurs des deux services cliniques pilotes pendant deux semaines : infirmiers, aides-soignants et médecins-prescripteurs. Plus précisément, il s'agissait d'estimer les

temps consacrés chaque jour aux déplacements inutiles, interruptions de tâches, et demandes de médicaments inappropriées et hors délai. L'objectif était d'indiquer le nombre d'heures consacrées à ce type d'activités, en objectivant par des données quantifiées les infirmités qualitatives exprimées dans les entretiens.

La phase suivante, de conception du projet d'amélioration, s'est étalée sur plus d'un an, sous forme de séances de 3 groupes de projet thématiques associant les pharmaciens, internes, préparateurs, agents ainsi que des cadres et soignants des deux unités de soins. Les trois thèmes étaient : les activités de la pharmacie, le projet de communication auprès des unités de soins, le projet pilotage des indicateurs du circuit du médicament. Ils ont été définis après les résultats du diagnostic, afin de réduire les dysfonctionnements majeurs. Cette deuxième étape a ainsi permis de proposer, selon un dispositif participatif et concerté, des actions d'innovation, de coopération et de communication-coordination-concertation.

Enfin, après la mise en œuvre de ces actions, nous avons procédé à une évaluation *ex-post*, afin d'identifier les changements perçus et leurs impacts. Nous avons interviewé à nouveau 48 personnes de différents métiers de la Pharmacie et d'un des deux services cliniques sur leurs perceptions des améliorations, le deuxième service pilote n'ayant pas participé activement à ce projet. Nous avons ainsi apprécié les évolutions qualitatives de la prise en charge des patients et les avons mesurées, grâce aux indicateurs conçus dans les groupes de projet. Ces résultats ont été présentés lors d'une séance d'effet miroir, pour validation auprès des personnes interviewées. Ces résultats ont permis de montrer les écarts entre les dysfonctionnements perçus

et exprimés en phase 1 de diagnostic et 3 d'évaluation. Par ailleurs deux indicateurs quantifiés ont été utilisés pour mesurer les impacts du dispositif sur la qualité de la prise en charge des patients : le nombre de « bons d'urgence » émis par les services de soins pilotes d'une part, et d'autre part les « délais d'attente et de traitement » des patients accueillis à l'hôpital de jour pour chimiothérapie. Le premier indicateur a émergé comme un indicateur clé de dysfonctionnements lors de la phase de diagnostic ; le deuxième a été identifié lors de la phase projet, le pharmacien chef ayant proposé que cette activité de chimiothérapie en hôpital de jour soit un nouveau secteur pilote pour améliorer la coopération services de soins-pharmacie.

Les éléments de contexte et de méthodologie de la recherche figurent en annexe 1.

2.3. Synthèse des dysfonctionnements relatifs à la coopération Pharmacie – Service clinique

Les principaux dysfonctionnements mis en évidence dans le diagnostic par les différentes catégories d'acteurs, ayant un impact sur la coopération, portaient par ordre décroissant sur :

- les conditions et organisation du travail : les horaires d'accès et d'ouverture de la pharmacie aux services cliniques étaient jugés insuffisants, la qualité des systèmes d'information mauvaise, les locaux dispersés, la répartition des activités entre la pharmacie et les services cliniques inadaptée, de même que la gestion des dotations de médicaments ;
- la gestion du temps : le non-respect des délais entre services partenaires, les divers dérangements et la gestion des bons d'urgence étaient des points majeurs ;

- la communication-coordination-concertation : les difficultés de communication transversale et verticale agissaient directement sur la qualité de la coopération entre pharmacie et services cliniques, notamment les prescriptions informatisées étaient insuffisamment tracées ;
- la formation et la mise en œuvre stratégiques : la formation au circuit du médicament ou à son pilotage par les personnels des services cliniques étaient insuffisants, ainsi que le manque de proximité managériale.

L'enquête construite avec les acteurs du circuit du médicament et déployée pendant deux semaines auprès des métiers concernés, visait à approfondir un dysfonctionnement emblématique de la difficile coopération pharmacie-services cliniques : les bons d'urgence ; il s'agit de demandes de médicaments faites en urgence par les services cliniques auprès de la pharmacie. Il en est ressorti que la seule gestion des bons d'urgence répartie entre le service pharmacie et l'un des services cliniques représentait l'équivalent de deux mois de travail par an d'un professionnel. Le total des activités identifiées à faible valeur ajoutée (déplacements, interruptions, demandes inappropriées et hors délais...) mobilisait presque six mois de travail, soit l'équivalent de 30 000 euros en seuls coûts salariaux. En transposant le coût de ces activités aux 30 services de soins de l'établissement, cela représentait l'équivalent de 25 % des effectifs de la pharmacie !

2.4. Déploiement des deux groupes de projets coopératifs

Afin de réduire les dysfonctionnements, deux projets visant à accroître la coopération entre pharmacie et services cliniques ont été conduits, sur des thèmes définis entre eux en concertation. Ils ont fonctionné pendant dix-huit mois environ.

Le premier a porté sur la coopération autour d'un circuit de médicaments complexes, les chimiothérapies anticancéreuses. Les poches de chimiothérapie sont en effet fabriquées dans une unité de production spécialisée à la pharmacie. Le chef de service de la pharmacie a constitué un groupe pour travailler sur ce circuit complexe afin d'analyser *le chemin clinique du patient* sous chimiothérapie en hôpital de jour. Les différents acteurs, médecins, pharmaciens et soignants ont d'abord identifié les dysfonctionnements de ce processus : les validations des chimiothérapies, quand le médecin a effectué la prescription et validé que le patient pouvait recevoir le traitement, arrivaient trop tardivement à la pharmacie pour être produites. Ensuite, les heures d'arrivée des patients, tous convoqués à la même heure posaient problème en termes de début de traitement, de sécurité et de satisfaction des patients. C'est ainsi que trois indicateurs clés d'amélioration de la dispensation des chimiothérapies cancéreuses ont été définis par les différents acteurs :

- le délai entre l'admission du patient et sa première perfusion,
- le nombre de « OK chimio » délivrés la veille par le médecin,
- l'heure d'arrivée des patients.

Nous verrons que ces indicateurs ont été très utiles pour piloter et mesurer les améliorations.

Le deuxième groupe avait en charge un projet de dotation des médicaments dans les services de soins, associant les personnels de pharmacie et les soignants. L'indicateur « nombre de bons d'urgence » (demandes en urgence de médicaments en dehors du circuit sécurisé de prescription) a été décidé comme devant mesurer et stimuler la coopération autour de la gestion des dotations des services de soins en médicaments.

3. L'AMÉLIORATION DE LA COOPÉRATION INITIÉE PAR LA PHARMACIE : MISE EN ŒUVRE ET PERSPECTIVES

3.1. Le projet comme mise en mouvement

La phase d'évaluation à la fin de la recherche-intervention – selon la même méthodologie que celle de la phase de diagnostic – a permis de recenser les améliorations relatives à l'ensemble des dysfonctionnements observés et d'en valider les impacts sur la coopération de la pharmacie avec les services cliniques. Certains éléments témoignent d'une amélioration de la coopération intra-organisationnelle, à l'intérieur de la pharmacie, tandis que d'autres sont des signes d'une meilleure coopération entre la pharmacie et les services cliniques. Une analyse des indicateurs définis en phase 2 a permis d'évaluer l'efficacité et l'efficacités des projets mis en place.

Les acteurs ont mis en évidence que le fonctionnement au sein de la pharmacie s'est amélioré quant aux conditions et organisation du travail, de réfection des locaux et de meilleure clarté dans la répartition des activités, grâce à la mise en place de processus et de grilles de compétences. Cela a facilité les relations interpersonnelles et amélioré la coopération. Toutefois, la charge de travail est encore jugée excessive et la gestion des procédures encore trop lourde. La formation au management est jugée insuffisante. La visibilité du projet stratégique du service pharmacie est bonne, même si la stratégie de la direction générale de l'établissement n'apparaît pas assez claire.

Concernant l'évaluation des coopérations entre la pharmacie et les services de soins, le bilan sur les dysfonctionnements est jugé positif concernant : les conditions de travail, avec l'amélioration des connexions

WIFI ; l'organisation du travail entre les services, notamment grâce au rôle assumé par les préparateurs au sein des unités de soins, l'accompagnement des services cliniques par la pharmacie, même si le temps pharmaceutique au sein des unités de soins est jugé encore insuffisant ; la formation des soignants au circuit du médicament a favorisé un socle commun de compétences ; enfin, le pilotage des activités par la pharmacie au service des unités de soins a été jugé performant, bien que la centralisation des instances de décision au niveau du regroupement des sites du CHU mécontente les acteurs de l'hôpital.

Par ailleurs cette évaluation a permis de repérer les impacts des changements de pratiques *via* les indicateurs de pilotage mis en place.

Concernant le projet en hôpital de jour oncologie et la dispensation des chimiothérapies anticancéreuses, le délai moyen entre l'admission du patient et l'administration de la poche de chimiothérapie a été ramené de 2 heures 42 en moyenne à 1 heure 56 en 6 mois, soit un gain de temps de 30 %. Le nombre de « OK chimio » anticipés la veille a augmenté de 15% à 20% en 6 mois, puis à 43% en 2 ans. Enfin, les heures d'arrivée des patients ont été étalées dans la matinée pour réduire leur temps d'attente : au début, 66% des patients arrivaient entre 8 heures 30 et 9 heures 30 le matin ; 6 mois plus tard, cette tranche horaire ne concernait plus que 47% des patients ; la tranche après 10 heures 30 passant de 2% à 13%. La coopération entre toutes les parties prenantes à ce processus a ainsi permis un dépassement des objectifs que s'étaient fixés les acteurs.

Concernant le projet de gestion des dotations de médicaments dans les services, le nombre de médicaments commandés *via*

des bons d'urgence n'avait pas rapidement baissé ; toutefois, entre 2011 et 2012, la présence de préparateurs en pharmacie dans les services cliniques qui a été instaurée, a permis de diminuer les demandes anarchiques de médicaments. Ainsi, lors d'une évaluation sur le 1^{er} semestre 2015, leur nombre est passé de 30-40 bons par mois à 10-20, soit 25 à 40% d'amélioration.

Enfin, la communication s'est améliorée grâce à l'affichage des organigrammes des personnels, et à une orientation du standard vers les bons interlocuteurs.

On peut par ailleurs noter que les réserves émises en 2006 lors de la certification ont été levées lors des certifications suivantes. Si nous mettons en perspectives les visites successives de en 2006, 2010 et 2014, nous pouvons noter la forte progression dans les pratiques collaboratives. En 2006, la Pharmacie était isolée et agissait seule sur le circuit du médicament ; en 2010 les premières expériences de pratiques collaboratives sur le parcours médicamenteux du patient sous chimiothérapie (entre autres) ont vu le jour, démontrant l'engagement des autres acteurs que la Pharmacie ; et en 2016 (pour la V2014), nous notons qu'un des projets initié et piloté par la Pharmacie « Ordonnance PAS à pas » a été cité parmi les deux actions remarquables par les visiteurs experts. Ce projet a d'ailleurs été retenu dans le programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) par la HAS.

3.2. Perspectives

Cette recherche-intervention a permis de mettre en évidence les éléments ayant eu un impact sur la qualité de la coopération. Plus de la moitié des dysfonctionnements initialement signalés comme affectant la coopération ont été réduits. La stimulation de la coopération à

partir de la pharmacie présente donc un intérêt pour la qualité du fonctionnement médico-thérapeutique comme pour la prise en charge thérapeutique des patients.

Le tableau 1 ci-après met en regard les dysfonctionnements initialement observés, les améliorations validées trois ans plus tard, les limites ainsi que les indicateurs qui devraient permettre de mesurer rigoureusement les impacts de ces nouvelles pratiques. Toutefois, nous sommes conscients que cette évaluation ne s'est faite rigoureusement que sur deux indicateurs : délai d'administration des chimiothérapies et nombre de bons d'urgence. Ceci constitue une piste pour de futures recherches.

La qualité de fonctionnement initiée par la pharmacie a stimulé la coopération. Ainsi, la pharmacie est appelée à développer différentes activités très utiles aux services cliniques et aux patients, en particulier la gestion des risques médicamenteux et l'éducation thérapeutique.

Les résultats de notre recherche-intervention et la transformation à l'œuvre qui en est issue constituent donc une réponse aux attentes institutionnelles dans plusieurs domaines :

- Gestion des risques liés aux médicaments : rappelons qu'historiquement liée au domaine de l'industrie automobile, la gestion des risques de santé, concernant la

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des dysfonctionnements entre le diagnostic de 2009 et l'évaluation de 2013.

Domaines de dysfonctionnements	Améliorations Observées (Entre 2009 et 2013)	Indicateurs d'évaluation	Faible niveau De changement (Entre 2009 et 2013)
Conditions de travail	Agencement des stocks		Matériel de port de charges
Organisation du Travail	Présence plus forte de la pharmacie dans les services cliniques	Nombre ETP	Activité et charge de travail importantes
3C : communication-coordination-concertation	Amélioration des dispositifs de réunions Clarification des critères et du processus de décision entre pharmacie et hôpital de jour pour produire les poches de chimiothérapie de façon anticipée (la veille)	Délai d'administration des chimios Heures d'arrivée des patients	Traçabilité partielle des prescriptions
Gestion du temps	Amélioration temporaire du nombre de bons d'urgence	Nombre de bons d'urgence émis par services cliniques et temps associés	
Formation intégrée	Développement de l'éducation thérapeutique et des staffs de formation	Nombre de formations Nombre de consultations pharmaceutiques aux patients	Difficulté de développer la polycompétence au sein de la pharmacie
Mise en œuvre Stratégique	Développement du management de projet	Temps dédié au pilotage	Eloignement et difficulté de fonctionnement des instances (commission du médicament)

sécurité des patients, présente un niveau de complexité qui impose un travail collégial, même s'il est difficile pour des professionnels de santé de rendre des comptes sur leur gestion des risques [17]. Or, l'enjeu est fort puisque les médicaments représentent la troisième cause des événements indésirables graves avec 130 000 événements indésirables graves par an (EIG) dont au moins 25% sont évitables. En France, le coût annuel des seuls événements indésirables graves liés aux médicaments se situerait entre 350 et 450 millions d'€, dont 42% seraient évitables [18].

- Mise en place de processus coopératifs : cette gestion des EIG liés à l'utilisation des produits de santé nécessite un haut niveau d'expertise pharmaceutique associé à des processus clairs et partagés. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales [19] identifie le circuit du médicament comme un domaine à haut risque. Sur notre terrain de recherche, la gestion des EIG dus aux risques thérapeutiques est avant tout une gestion collective des dysfonctionnements ; cette approche a ainsi permis à cette pharmacie de passer d'une certification avec réserve en 2006 à une certification réussie de son circuit du médicament quatre ans plus tard.
- Développement de l'éducation thérapeutique : la loi HPST, encouragée par l'OMS, a inscrit le concept d'éducation thérapeutique dans le cadre législatif. Informer, prévenir, soutenir, accompagner les patients, expliquer les pathologies et les traitements, promouvoir le bon usage du médicament et prévenir l'iatrogénie font désormais partie du cadre législatif. Le pharmacien, gérant de la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital, devenu praticien hospitalier, en charge de thérapeutiques de haute technologie, devrait ainsi occuper à l'avenir, avec son équipe,

une place de plus en plus centrale dans l'accompagnement des patients.

La recherche-intervention a ainsi favorisé le développement d'une activité attendue par les professionnels et les tutelles. La reconnaissance de la pharmacie peut donc accélérer le développement d'activités à forte valeur ajoutée, dès lors qu'une meilleure coopération permet de réduire les temps à faible valeur ajoutée de la pharmacie, et de les réallouer à des activités de pharmacie clinique, à plus forte valeur ajoutée, auprès des soignants et des patients.

Nous sommes conscients néanmoins que l'évaluation quantitative des gains de temps a été partielle, même si l'évaluation qualitative a fortement confirmé ce résultat.

3.3. Limites des résultats associés à la structure de gouvernance de la Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Selon Denis *et al.* (2008) [20], les leaderships clinique et managérial sont indissociables. 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 du pilotage coopératif et de la gestion des risques.

Certains expliqueront que c'est finalement le rôle de la COMEDIMS. Mais l'observation montre que celle-ci est trop souvent confinée dans un rôle de chambre d'enregistrement de nouveaux médicaments dans le livret thérapeutique de l'hôpital. Sur notre terrain de recherche, les acteurs se plaignaient d'un éloignement des

instances de concertation, et en particulier la COMEDIMS. Le pharmacien a joué un rôle actif pour redonner à cette instance une place plus effective de concertation. Ainsi, nous avons présenté après le diagnostic une synthèse des résultats en COMEDIMS, puis nous l'avons impliqué dans la phase projet en lui présentant périodiquement l'avancement des actions, puis les résultats finaux de l'évaluation.

En 2009, puis en 2011, des textes réglementaires ont mis au cœur des priorités des établissements l'amélioration du « pilotage du circuit du médicament », tant en termes de gouvernance (COMEDIMS) que d'assurance qualité (arrêté du 06/04/2011) [21]. Les évaluations et certifications futures des établissements devraient permettre d'évaluer la réalité d'intégration de ces priorités ; mais il s'agit là d'une nouvelle recherche, car le management de la prise en charge médicamenteuse est une pratique exigible prioritaire selon le manuel de certification des établissements de santé de la HAS [22].

Les résultats de ce travail présentent un caractère exploratoire qui méritent de futures investigations pour reconfirmer les résultats. De nouvelles recherche-interventions sont en cours à cet effet.

CONCLUSION

Les organisations hospitalières sont encore extrêmement verticales, divisées en unités ayant leurs propres hiérarchies, dont les compétences ne se recoupent presque jamais. De plus, la présence de nombreuses corporations (médecins, pharmaciens, infirmières, chirurgiens) créent des silos professionnels. Ces éléments accentuent la complexité de la collaboration lors de projets impliquant les patients et les processus transverses. Or le

parcours du patient, dont fait partie le parcours médicamenteux, ou encore la qualité des soins, concernent, à leur niveau, chacune de ces organisations.

Dans cette recherche, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle un processus d'amélioration de la coopération *initiée par la pharmacie* vers les services cliniques permet d'améliorer le processus médico-pharmaceutique et la qualité de prise en charge des patients. En effet le plus souvent, les services cliniques ne sont pas demandeurs. Le déploiement de cette recherche-intervention négociée par le pharmacien chef avec la direction de l'hôpital a montré qu'une phase d'écoute préalable des acteurs, suivie d'un dispositif de co-construction de solutions d'amélioration a permis de mobiliser pharmacie et services cliniques. Les actions mises en œuvre et les indicateurs ont amélioré partiellement la coopération. Au-delà, c'est la place de la pharmacie et du pharmacien qui sont ré-interrogés. Cette recherche montre aussi que l'initiative locale produit de l'énergie et des améliorations, et que la problématique de l'amélioration de l'activité pharmaceutique est moins logistique qu'Humaine.

RÉFÉRENCES

- [1] 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
- [2] 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
- [3] 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
- [4] Robinson J.C. (2007), Quarter-Century: Looking Ahead, *Health Aff*, 26, 1523-24, 2007

- [5] 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
- [6] 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
- [7] ANAP, (2011), *Vademecum HPST*, www.anap.fr, 2011
- [8] 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
- [9] Le circuit du médicament à l'hôpital, IGAS, mai 2011, pp. 30-38
- [10] Di Martinelly C., Guinet A., Riane F. (2005), Chaîne logistique en milieu hospitalier : modélisation des processus de distribution de la pharmacie, 6^e congrès international de génie industriel, juin, Besançon, France, pp. 1-8
- [11] Curatolo N., Ludwikowska M., Lecocq L., Lamouri S., Rieutord A. (2013), Mener le changement par approche processus : révolution de velours en pharmacie hospitalière, *Journal de Pharmacie clinique*, vol. 32, numéro 2, juin
- [12] Savall H., Zardet V., Goter F (2012). Modernisation des services publics : état des lieux et enjeux d'une gestion socio-économique des équipes et des missions, 4^e Colloque International sur le Développement Organisationnel et la conduite du Changement, Division "Organization Development and Change" de l'Academy of Management et l'Université Jean Moulin, Juin
- [13] Zardet, Savall, Fièrè, Petit, (2011), Gestion de la coopération interprofessionnelle à l'hôpital, *Journal d'Economie Médicale*, 2011/6, vol. 29, pp. 277-293
- [14] Khenniche S., (2010), *Contribution à l'étude de la dynamique coopérative intra-organisationnelle : Analyse croisée des coopérations transversales, verticales et horizontales*, thèse CNAM, 2010
- [15] Savall H., Zardet V., (1987, 2015), *Maîtriser les coûts et performances cachés*, Paris, Economica, 6^e édition
- [16] David A. (2000), 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
- [17] Leappe LL., Berwick DM. (2000), Safe health care: are we up to it ?, *BMJ*, 2000, 320, 725-26
- [18] Talla, M, et X Liu. 2012 ; « Sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient : La délivrance nominative des médicaments en établissement de santé ». ANAP, consulté le 23/08/2013. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/securiser-la-prise-en-charge-medicamenteuse-du-patient-la-delivrance-nominative-des-medicament/>
- [19] 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
- [20] Denis J-L. (2008), Regards sur la gouvernance clinique, *Pratiques et organisation des soins*, vol 39, n°3, juillet-septembre 2008
- [21] JORF n°0090 du 16 avril 2011 page 6687, 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, <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2011/4/6/ETSH1109848A/jo/texte>
- [22] HAS (2016), Guide thématique de la prise en charge médicamenteuse, *Service Certification des Établissements de Santé* / Mars 2016 2 / 24 V2014

ANNEXE 1 : CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

	Éléments descriptifs	Commentaires
Hôpital	Site d'un CHU	<i>Partie d'un groupement hospitalier</i>
Pharmacie	Effectif de cinquante collaborateurs	<i>Pharmaciens, cadre de santé, préparateurs en pharmacie, agents</i>
Services cliniques pilotes	Cardiologie et Obstétrique Hôpital de jour dans un 2 ^e temps	<i>Implication forte du service de cardiologie dans la conduite du projet</i>
Phase 1 diagnostic		
Entretiens à la pharmacie	15 (entretiens individuels et groupes) + 6 directeurs	<i># 60 % de personnes interviewées</i>
Entretiens dans les services cliniques	10 (entretiens individuels et groupes)	<i># 20 % de personnes interviewées</i>
Phase 2 groupe de projet		
Nombre de séances	15 réunions	<i>Réunion de pilotage et revues de projets</i>
Acteurs impliqués dans les séances	COFIL : 4 personnes + 1 directeur sponsor	<i>3 projets principaux : Organisation des activités Indicateurs et dotations Communication et publications</i>
Phase 3 évaluation		
Entretiens à la pharmacie	12 (entretiens individuels et groupes)	<i># 50 % de personnes interviewées</i>
Entretiens dans le service clinique restant	10 (entretiens individuels et groupes)	<i># 30 % de personnes interviewées</i>



ABONNEMENTS / SUBSCRIPTIONS 2019

UN AN / ANNUAL SUBSCRIPTION	FRANCE		ÉTRANGER / CEE		TARIF ÉTUDIANT
	Normal	Institution	Normal	Institution	
Journal de Gestion et d'Économie de la Santé <i>Health Care Management and Economics Journal</i> (6 Numéros/Issues)	☐ 236 €	☐ 279 €	☐ 282 €	☐ 341 €	☐ 141 €
Adresse de paiement à l'ordre de / <i>Please, send your order and payment to :</i> Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, France					
Les abonnements sont mis en service dans un délai maximum de quatre semaines après réception de la commande et du règlement / <i>Subscriptions begin 4 weeks following receipt of payment.</i>					
Les abonnements partent du premier numéro de l'année / <i>Subscriptions begin with the first issue for calendar year.</i>					
Les réclamations pour les numéros non reçus doivent parvenir dans un délai maximum de six mois / <i>Claims may be submitted to the publisher for missing issues for a period of six months after publication of each individual issue.</i>					
Numéros séparés de l'année et volumes antérieurs / <i>Back issues and volumes</i> (jusqu'à épuisement du stock) : Éditions ESKA 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS, France Tél. 01 42 86 55 65 – Fax 01 42 60 45 35					



BULLETIN D'ABONNEMENT 2019 / SUBSCRIPTION FORM 2019

Nom / Name Prénom / First name

Adresse / Address

Code postal / Zip Code Ville / Town Pays / Country

Je désire m'abonner à la revue « **Journal de Gestion et d'Économie de la Santé** » /
I wish to subscribe to the review "Health Care Management and Economics Journal"

Nombre d'abonnements Ci-joint la somme de / *Please find enclosed the sum of* €
Number of subscriptions à l'ordre des Éditions ESKA / *made payable to Éditions ESKA*

(Une facture vous sera retournée comme justificatif de votre paiement).
(An invoice will be sent to you to acknowledge payment).

Bulletin à retourner avec votre paiement à / Return your order and payment to :
Éditions ESKA, bureaux et ventes, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 PARIS FRANCE



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

ÉVALUATION DES PRATIQUES ET DES ORGANISATIONS DE SANTÉ

Rédacteurs en Chef

Jérôme WITTEWER, Université de Bordeaux, ISPED, 146 rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex
Etienne MINVIELLE, MOS EHESP, site de Broussais, 75014 Paris

Rédacteurs en Chef Adjoints

Jean-Paul DOMIN, Regards (EA 6292), Université de Reims Champagne-Ardenne, UFR de sciences économiques, sociales et de gestion, 57bis rue Pierre-Taittinger, 51096 Reims Cedex
Irène GEORGESCU, Montpellier Management, Espace Richter - Rue Vendémiaire, Bât B. - CS 19519, 34960 Montpellier Cedex 2
Robert LAUNOIS, Directeur scientifique REES France, 28 rue d'Assas, 75006 Paris
Christophe PASCAL, IFROSS, 18, Rue Chevreul, 69007 Lyon

Rédacteur en Chef Honoraire

Pr. Catherine QUANTIN (DIM, Dijon) ; Pr. Cyrille COLIN (HCL, Lyon) ; Yves MATILLON (Université Lyon 1)

Directeur de la publication

Serge KEBABTCHIEFF, Editions ESKA, Paris

Comité Éditorial (CE)

BARET Christophe (Aix Marseille Université)
BATIFOULIER Philippe (Univ. Paris X)
BONASTRE Julia (Institut de Cancérologie Gustave Roussy, Villejuif)
BONGIOVANNI Isabelle (Haute Autorité de Santé, St-Denis-la-Plaine)
BUTHION Valérie (Univ. Claude Bernard, Lyon 1)
CAPGRAS Jean-Baptiste (Univ. Jean Moulin, Lyon 3)
CLEMENT Valérie (Univ. Montpellier)

DERVAUX Benoît (CRESGE, Lille)
DETOURNAY Bruno (CEMKA, Bourg-la-Reine)
DURAND ZALESKI Isabelle (Hôp. H. Mondor, Créteil)
FERMON Béatrice (Univ. Paris Dauphine)
FONTAINE Roméo (Université de Bourgogne)
FRANCHESTEGUY-COULOUME Isabelle (IUT de Bayonne Pays Basque)
GALLOPEL-MORVAN Karine (EHESP, Rennes)
GRENIER Corinne (Euromed Management, Marseille)
KIMBERLY John (Wharton School, USA)
MOUSQUÉS Julien (IRDES, Paris)

NOBRE Thierry (EM Strasbourg)
ROCHAIX Lise (Haute Autorité de Santé, St-Denis-la-Plaine)
SAMSON Anne-Laure (Université de Lille)
SAULPIC Olivier (ESCP Europe)
SICOTTE Claude (Fac. de médecine, Montréal)
SIRVEN Nicolas (IRDES, Paris)
THULLIEZ Josselin (CNRS et Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne)
VALETTE Annick (IAE de Grenoble)
VENTELOU Bruno (INSERM, Aix-Marseille Université)

Comité Scientifique et de Rédaction (CSR)

ABECASSIS Philippe (CEPN, Univ. Paris 13 Sorbonne Paris Cité)
AEGERTER Philippe (Santé Publique, Paris)
ALLAERT François André (CENBIOTECH, Dijon)
ALLEMANT Hubert (CNAMTS, Paris)
AMALBERTI René (HAS, Saint-Denis La Plaine)
ASTAGNAU Pascal (EHESP, Rennes)
AULAGNER Gilles (Hôp. Neuro-Cardiologique, Lyon)
AURAY Jean Paul (LASS, Villeurbanne)
BERESNIAK Ariel (Data Mining Intern. SA, Suisse)
BERTRAND Dominique (ENSP, Rennes)
BLUM Georges Fabrice (Univ. Haute Alsace)
BOIDIN Bruno (CLERSE, Univ. Lille 1)
BRECHAT Pierre Henri (EHESP)
BURON Catherine (HCL, Lyon)
CHAPUIS François (HCL, Lyon)
CHATELIER Gilles (AP HP Hôp. Européen G. Pompidou, Paris)
CORVEZ Alain (Agence régionale d'hospitalisation, Montpellier)
D'ALCHE GAUTIER Marie Josée (CHU Côte de Nacre, Caen)
DOMENIGHETTI Gianfranco (Univ. della Svizzera Italiana, Suisse)
DOS SANTOS Catherine (FBS Campus de Clermont-Ferrand)
DUHAMEL Gilles (IGAS, Paris)
DUMOND Jean Paul (Univ. Paris XII)
FABRY Jacques (Lab. d'hygiène, Lyon)
FERMON Béatrice (Univ. Paris Dauphine)

FONTAINE Alain (Fac. Méd. Xavier Bichat, Paris)
FRENKIEL Jérôme (Groupe Hosp. Cochin - St Vincent de Paul, Paris)
FRESSION Jeanne (CHU, Nancy)
GANNE Christell (HCL, Lyon)
GARRIGUES Bernard (CHU, Aix-en-Provence)
GATSONIS Constantine (Brown Univ. USA)
GAUBERT Yves (Fédération hosp. de France, Paris)
GAUTIER Christophe (Univ. Pays de l'Adour)
GERBAUT Laurent (Hôtel-Dieu, Clermont-Ferrand)
GOMEZ Marie Léandre (ESSEC Business School, Cergy Pontoise)
GRENIER Corinne (Euromed Management, Marseille)
GROUCHKA Cédric (Hôtel Matignon, Paris)
HIRTZLIN Isabelle (Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne)
JOEL Marie Eve (Univ. Paris Dauphine)
KOHLER François (UHP, Nancy)
LACRONIQUE Jean François (Univ. Paris XII)
LAUDE Laetitia (EHESP, Rennes)
LEBRUN Louis (Ministère de la Santé, Paris)
LE CORROLLER SORIANO Anne Gaelle (UMR912-SEAS, Marseille)
LE GOASTER Corinne (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris)
LEJEUNE Catherine (Centre de Recherche INSERM U866 « Lipides Nutrition Cancer » - CRI U866)
LHOSTE François (LIRAES, Univ. Paris Descartes)
LOMBRAIL Pierre (Président de la Société Française de Santé Publique)
MARES Pierre (CHU, Nîmes)

MARTY Michel (CNAMTS, Paris)
MAYEUX Daniel (Unicancer, Nancy)
MEGERLIN François (LIRAES, Univ. Paris Descartes)
METRAL Pierre (ATIH Santé, Lyon)
MICHEL Philippe (Hôpital Pellegrin, Bordeaux)
MIZRAHI Arié (ARGSES, Bourg-la-Reine)
NISAND Gabriel (CHRU, Strasbourg)
OBERLIN Philippe (Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris)
PERRIER Lionel (Centre Léon Bérard, Lyon)
PIRSON Magali (Univ. Libre de Bruxelles)
RIOU Françoise (CHU Pontchaillou, Rennes)
ROLAND Olivier (EHESP, Rennes)
SAINTOYANT Valérie (Adoma)
SALMI Rachid (ISPED Bordeaux 2)
SAULEAU Erik (CHRU, Strasbourg)
SAVALL Henri (ISEOR, Ecully)
SCHOTT Anne Marie (CHU, Lyon)
SEGOUIN Christophe (Hôp. Lariboisière, Paris)
STEUDLER François (UNISTRA, Strasbourg)
TABOULET Florence (UFR de Sciences Pharmaceutiques - Droit Pharmaceutique et Economie de la Santé, Toulouse)
TABUTEAU Didier (Chaire Santé IEP de Paris)
TAHADMAJY Ayden (ANAP, Paris)
TEIL Alice (IFROSS, Lyon)
TOUZET Sandrine (HCL, Lyon)
TROMBERT Béatrice (Hôp. St Jean Bonnefons, St-Etienne)
VIDEAU Yann (Erudite, Univ. Paris-Est Créteil)
VINOT Didier (Univ. Jean Moulin Lyon 3)
WALLI Mathias (EHESP, Rennes)

Les sommaires du *Journal de Gestion et d'Économie de la Santé* sont reproduits dans les « CURRENTS CONTENTS » (Health Services Administration), dans MEDEXPRESS et dans EMBASE/Excerpta Medica.

Le *Journal de Gestion et d'Économie de la Santé* est indexé dans la base du CNRS.

Les articles publiés dans le *Journal de Gestion et d'Économie de la Santé* n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. © Editions ESKA

Secrétariat – Fabrication

Editions AGPA, 4, rue Camélinat, 42000 Saint-Étienne, Tél. : 04 77 43 26 70, Fax : 04 77 41 85 04

Editions ESKA, Marise URBANO, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, Tél. : 01 42 86 55 65, Fax : 01 42 60 45 35

Administration / Gestion / Publicité

Editions ESKA, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris, Tél. : 01 42 86 55 65, Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>