

Réunion régionale Automatisation de la prise en charge médicamenteuse : PUI & territoires

Vendredi 18 janvier 2019

Amphithéâtre Farabeuf

Campus des Cordeliers

15 rue de l'école de Médecine - 75006 PARIS

Retour d'expérience sur l'automatisation de la prise en charge médicamenteuse

Docteur Etienne COUSEIN, Pharmacien

Agnès LYDA-TRUFFIER, Directeur des
Ressources Humaines

Conférence OMEDIT
PARIS – 18 Janvier 2019

Réunion régionale - Automatisation de la prise en charge médicamenteuse : PUI & territoires

Paris 18 janvier 2019

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES

- Hôpital de référence d'un bassin de santé de 800 000 habitants
- 3^{ème} établissement des Hauts de France
- 2000 lits (dont la moitié en court séjour)
CA 2018 : 420 000 KE
- 44 spécialités médicales et chirurgicales : toutes spécialités présentes (hormis la chirurgie cardiaque et des greffes et la radiothérapie)
- Plateaux techniques :
 - ⌘ Imagerie : 4 IRM - 2 scan - 2 gamma caméra – 2 TEPscan
CA = 27 000 KE
 - ⌘ Biologie : CA = 16 340 KE
 - ⌘ Pharmacie : CA = 25 600 KE
- 5 000 professionnels dont 500 médecins/pharmaciens/biologistes

UNE POLITIQUE D'ETABLISSEMENT FAVORISANT LA PROXIMITE

- Une gouvernance interne décentralisée en pôles d'activité responsabilisant les acteurs
- Une organisation des pôles prestataires basée sur une relation « client-fournisseur »

Une gouvernance interne décentralisée, pour une responsabilisation des acteurs

Cette gouvernance repose sur une **organisation** non plus « pseudo-pyramidale » mais « **matricielle** » faisant collaborer étroitement 3 composantes de l'hôpital : médicale, soignante et administrative afin d'unifier et mener une action commune.

Comment ? En plaçant un **Médecin responsable d'une communauté humaine** : Médecins et non Médecins, sur lesquels il peut agir par de **réelles prérogatives**, en vue de remplir une mission, celle de son **contrat de Pôle**.

En contrepartie, il **rend des « comptes »** devant une direction générale (DG + Présidence de CME) qui lui accorde sa confiance, pendant son mandat et au renouvellement de celui-ci.

Missions :

Le Chef de Pôle crée et met en œuvre le contrat de Pôle intégrant :

- Les projets médical, de soin et social : les projets validés en Directoire portés par les pôles prestataires sont inscrits dans leur contrat de pôle, mais également leurs traduction et implications dans les pôles cliniques, sont elles mêmes présentes dans le contrat de ces derniers (producteurs principaux de recettes)
- Dans une dimension médico-économique

Moyens :

- Dispose de l'autorité fonctionnelle sur les Médecins et hiérarchique sur l'ensemble des équipes non médicales, recrute les personnels de son choix
- Est entouré, d'un Conseil médical, un Cadre supérieur de santé, un Cadre administratif (Attaché), d'une équipe administrative et technique
- Suit l'activité médico-économique (CREA / 4 mois) : peut utiliser son excédent selon ses choix, si déficit, propose des mesures. Les Directions fonctionnelles sont support à l'activité du Pôle
- Dispose d'une délégation de gestion : 85% des crédits de fonctionnement et d'investissement sont délégués (dont 100% des crédits de personnel).

LE ROLE DE LA DRH DANS UN CONTEXTE DE DECENTRALISATION

Dans l'organisation interne de l'établissement, la DRH est positionnée comme un siège social, vis-à-vis d'unités opérationnelles autonomes

- **Rôle politique** : pilotage du dialogue social institutionnel (instances et liens avec les partenaires sociaux)
- **Rôle stratégique** : élabore la politique RH dont la mise en œuvre est pilotée par les pôles (télétravail, RPS, prévention des risques professionnels, lutte contre l'absentéisme, modernisation des process...)
- **Rôle d'expertise** : juridique, managérial, financier : accompagne et conseille les pôles dans la mise en œuvre de leurs projets (GCS, partenariats publics-privés, activités nouvelles,...)
- **Contrôle de légalité** : financier et juridique
- **Evaluation des projets** : activité/ressources/équilibre/respect des engagements
- **Missions régaliennes classiques** : contrat, paye, carrières, GPMC, discipline, contentieux.

Une organisation des pôles prestataires fondée sur une relation client-fournisseur

Si l'établissement a choisi de responsabiliser chaque pôle clinique et prestataire, en lui conférant une autonomie importante, il a également recherché à les spécialiser, poursuivant des objectifs simples :

- Les pôles cliniques se concentrent sur la production d'activité de soins aux patients, et sont les « clients »
- Les pôles prestataires sont leurs « fournisseurs » qui « vendent et livrent, clé en main » tout ce dont a besoin le « client » pour assurer les soins.

Modalités de mise en œuvre d'une relation « client-fournisseur »

- Concentrer les professionnels cliniques sur l'acte de soin : éviter les déplacements hors du service, remettre les professionnels dans leur cœur de métier, éviter les « actions parasites » qui les éloignent du patient : redéfinir les missions de ces professionnels
- Acculturer les professionnels des pôles prestataires à une logique de service « fournisseur » pour un « client »
- Repenser l'organisation des flux : patients, matériels,...
- Professionnaliser davantage les acteurs
- Organiser les modalités d'échanges entre les « clients » et les « fournisseurs » : formalisation contractuelle, comptabilité client-fournisseur obligatoire
- Dans un but de :
 - ❖ Sécuriser les prestations
 - ❖ Optimiser les ressources humaines et matérielles

LES OUTILS DE LA RELATION CLIENT-FOURNISSEUR

- Autonomie de chaque pôle matérialisée par une **délégation de gestion et de signature du Directeur Général**, le chef de pôle est responsable de l'équilibre financier de son pôle
- Les pôles prestataires proposent un coût de prestation : **l'unité d'œuvre** auprès d'une Commission : la Cellule Médico-Economique, composée de chefs de pôles cliniques approuvant ou non la proposition. Le directoire valide in fine la valeur des Unités d'œuvre.
- C'est la somme de ces UO qui constitue la recette des pôles prestataires leur permettant d'établir leur EPRD
- Les pôles cliniques préparent leur EPRD à partir des UO négociées
- Le **contrat inter-pôle** : matérialise la négociation entre les pôles prestataires et cliniques. Ex. mise en place d'un PPH au bloc, le transfert de tâches entraîne un transfert de personnel (la DRH accompagne les pôles dans les redéploiements et les organise)

INCIDENCE DE CES REORGANISATIONS EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES (1)

La gouvernance en pôles décentralisés et la mise en œuvre d'une organisation fondée sur un concept de clients/fournisseurs ont suscité de nombreuses inquiétudes chez les professionnels confrontés à ce changement systémique.

- **Au sein des pôles prestataires** : un accompagnement au changement a été nécessaire auprès des professionnels : groupes de travail internes, mais également avec les services cliniques, formations-actions, projet social inscrit au contrat de pôle, référents conditions de travail
- **Au sein des pôles cliniques** : la réorganisation des process a également nécessité un accompagnement important des professionnels déstabilisés par des tâches qu'ils n'accomplissaient plus et requérant de nouvelles fiches de poste et de mission. Un accompagnement social des redéploiements au sein des pôles et dans l'institution a été réalisé. Les transferts de tâches conduisent à des transferts/suppression de poste, telle la création de postes de PPH en pharmacie par diminution de postes IDE.

INCIDENCE DE CES REORGANISATIONS EN MATIERE DE RESSOURCES HUMAINES (2)

- **Au niveau institutionnel** : L'expertise de la DRH s'est articulée sur plusieurs niveaux : politique, stratégique et juridique :
 - ❖ Collaboration étroite avec les pôles concernés : politique RH d'accompagnement : rencontres avec chaque agent, analyse de son projet professionnel, création d'un parcours de journées découvertes dans l'institution ou externes, bilan de compétences, parcours de formation complémentaire, reconversion professionnelle.
 - ❖ Négociations complexes avec les partenaires sociaux tant au niveau collectif qu'individuel (prévention et gestion des conflits)
 - ❖ Management sensible des instances du personnel : CTE et CHSCT
 - ❖ Etude juridique et financière de conventions et contrats individuels avec le secteur privé

CONSEQUENCES SUR LES RESSOURCES HUMAINES

(Quelques exemples)

- Ces organisations ont amélioré l'efficacité et la qualité du service rendu au patient :
 - Augmentation du temps soignant auprès du patient
 - Professionnalisation des métiers logistiques
 - Sécurisation des processus
- Ont offert des ressources financières supplémentaires aux pôles cliniques qu'ils ont pu utiliser selon leur choix :
 - Prestations de Bionettoyage : 1 500 KE d'économie
 - Prestations de brancardage : Effectifs réduits de 35%, 900 KE d'économie
- Pour la pharmacie : l'automatisation a conduit à une économie de postes transférés sur le processus de dispensation nominative

Pharmacie a Usage Intérieur

Gestion de pôle

Chef de pôle : P. COUPE

Cadre supérieur de pôle : B. BORGABELLO
Cadre Administratif de pôle : B. DELPLANQUE

Radio-
pharmacie

M. LAMBALLAIS

Stérilisation

Y. INGHELS

Dispositifs
Médicaux

J. BOYER

Pharmaco-
technie

D. DAUTEL

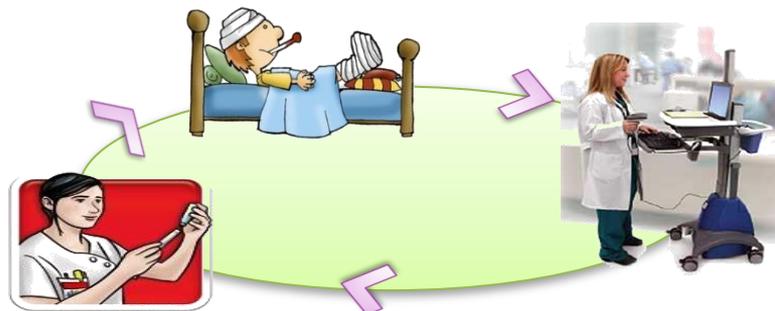
Médicament

E. COUSEIN
M. HENNION

AAL

F. VERRYSEY

Prise en charge médicamenteuse



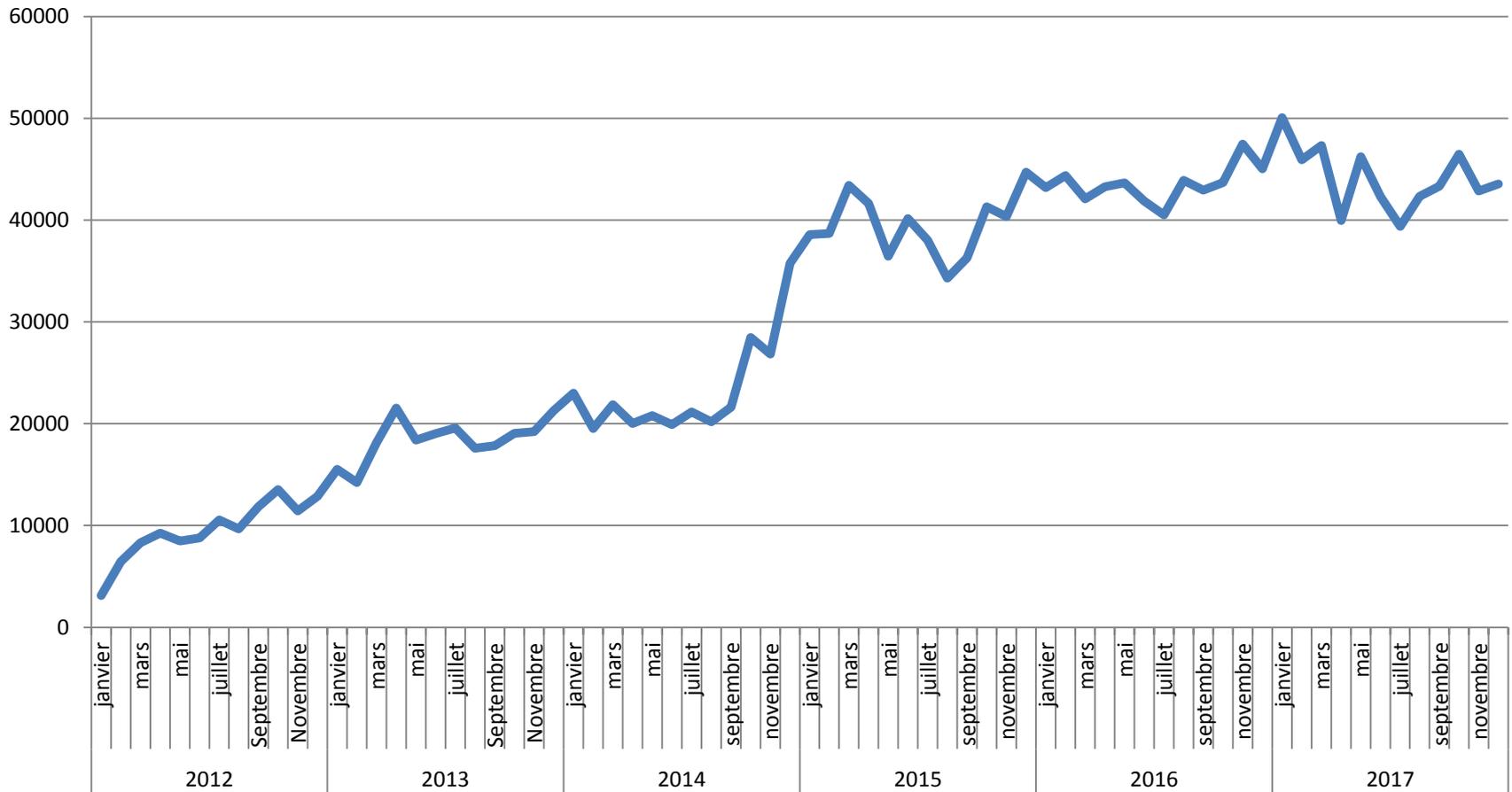
SI PHARMACIE



Activité

- 744 lits en Dispensation à délivrance Nominative Automatisée (DDNa)
 - Dont 654 en DDNa Journalière
- 9 armoires informatisées déployées
 - 2 en réanimation
 - 7 en complément d'une DDNa Journalière
- 200 000 Doses unitaires Automate / mois
- 30 000 lignes de prescription validées / mois

Nombre de lignes de prescriptions analysées

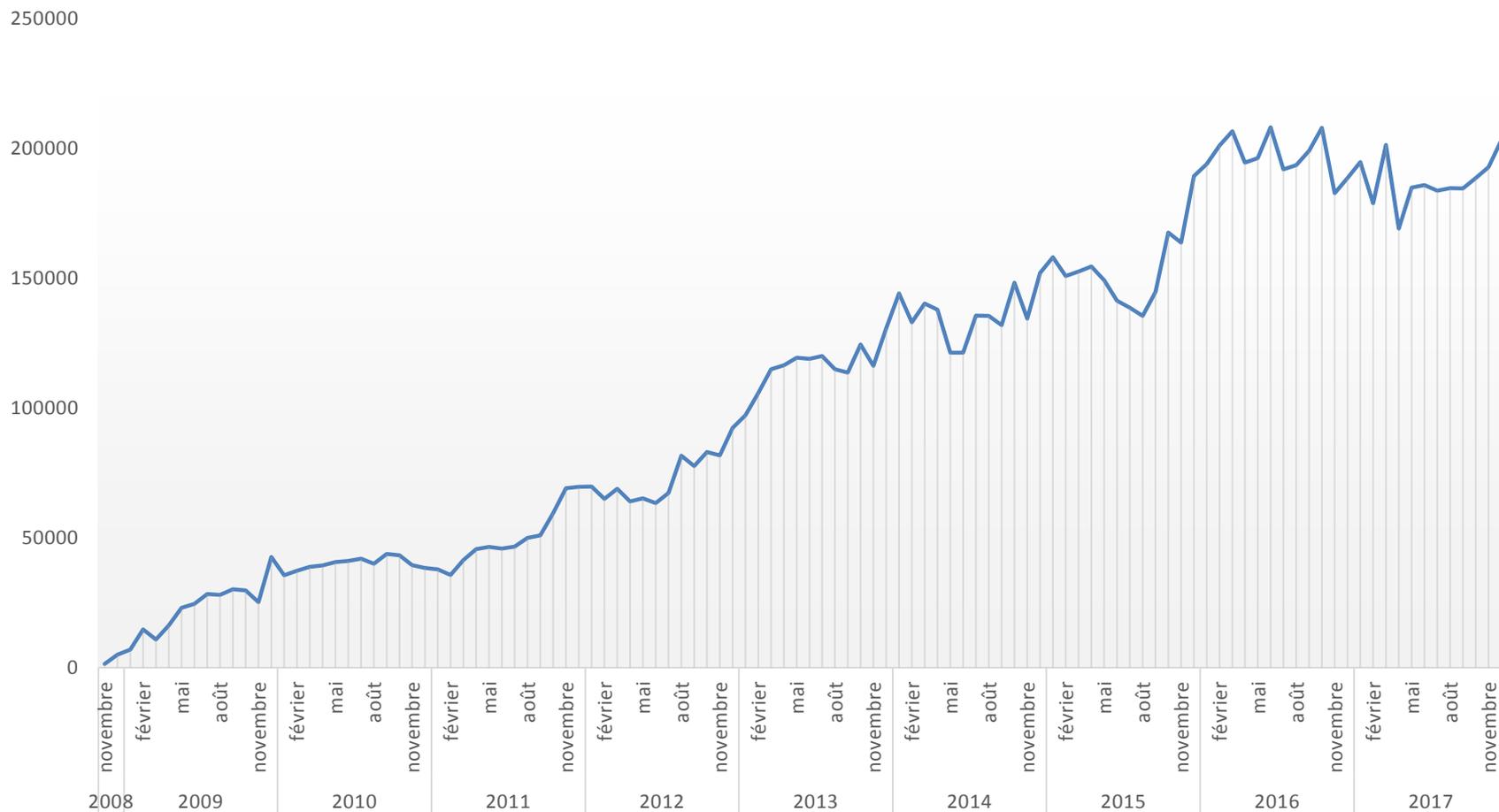


Focus mars-septembre 2018

- 276 000 lignes validées
- 10 648 IP (4% des lignes, 25% des patients)

| Poste | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Moyenne | Samedi |
|-----------|-------|-------|----------|-------|----------|---------|--------|
| Tours 346 | 189,6 | 159,5 | 137,0 | 135,7 | 126,6 | 149,7 | |
| HJB2 | 173,4 | 148,4 | 144,4 | 105,5 | 119,0 | 138,1 | |
| UMAG | 131,5 | 128,4 | 108,8 | 103,0 | 127,5 | 119,8 | |
| HJB3 | 213,8 | 197,3 | 201,3 | 188,7 | 218,0 | 203,8 | |
| HJB6 | 208,6 | 301,7 | 285,2 | 135,8 | 145,5 | 215,4 | |
| HJB5 | 153,3 | 131,8 | 139,0 | 107,4 | 76,1 | 121,5 | |
| Pillpick | 176,9 | 175,9 | 182,7 | 153,5 | 167,6 | 171,3 | 400,3 |
| Cerner | 194,1 | 162,2 | 134,9 | 147,8 | 149,5 | 157,7 | 333,5 |
| Chirurgie | 283,5 | 388,5 | 210,6 | 194,2 | 143,3 | 244,0 | |

Nombre de doses unitaires dispensées



Réunion régionale - Automatisation de la prise en charge médicamenteuse : PUI & territoires

Paris 18 janvier 2019

Retour d'expérience

- Ce qui au début nous paraissait une performance absolue est devenu une routine
 - Dispenser 8000 doses / jour
 - Consulter une fréquence cardiaque pour valider un beta bloquant
- Le sentiment d'appartenir à une organisation performante n'est plus un moteur
- Maintenir la performance nécessite un effort important

Retour d'expérience

- L'évolution des métiers est un enjeu
 - Difficile de stabiliser des équipes PPH
 - Horaires, pénibilité
 - Attractivité pour les pharmaciens ?
- L'automatisation a supprimé des tâches sans valeur ajoutée mais en a créé d'autres
- Les besoins en compétences ont évolué

Retour d'expérience

- Le marché de l'automatisation en PUI n'a pas explosé
 - Pas de standard de pratique
 - Pas de solutions intégrées
 - Pas de révolution technologique

Le GHT Hainaut Cambrésis

- 12 établissements, 800 000 habitants
- 3 zones de proximité naturelles, avec un établissement MCO entouré de MCO SSR LS
- Un travail sur la GPEC médicale avait été initié avant les GHT
 - Filière gynéco-obstétrique
- Les collaborations existent, mais pas d'engouement débordant

Le GHT Hainaut Cambrésis

- Pour la pharmacie
 - La pharmacie clinique est le projet n°1
 - Mais également :
 - Livret thérapeutique commun
 - Audit qualité en stérilisation
 - Mutualisation de la pharmacotechnie
 - Permanence et continuité des soins
 - Convergence des démarches qualité de la PECM
 - PDA Automatisée

Le territoire ?

- Il existe une demande
 - Production de doses unitaires
 - Préparation de doses à administrer
- Mais :
 - Crainte de perte d'autonomie ?
 - Crainte de perte de PPH ?



Le territoire ?

- Ce qu'il manque :
 - Un cadre juridique
 - Un cadre économique

Cout marginal
de la DU

Cout complet
de la DU



- Un cadre logistique
 - Synergie avec des transports existants
- Et de l'interopérabilité ...

2 schémas de collaboration

- De la dispensation manuelle à la PDA auto.
 - PDU pour les formes complexes
 - Élargissement du périmètre de la PDU
 - PDA pour les LS, réallocation des PPH vers le MCO
 - PDA bi-site
 - PDA en autonomie
- De l'analyse d'ordonnance à la pharmacie clinique