

TITRE

Améliorer la présence pharmaceutique auprès des Unités de soins sur la gestion des dotations de médicaments : apports de la recherche-intervention socio-économique.

AUTEURS

ZARDET Véronique, ISEOR, Magellan, IAE Lyon, Professeur des Universités, Directrice Centre Euginov, IAE Lyon

ISEOR, 15 chemin du petit bois, 69130 Ecully, France +33 4 78 33 09 66

zardet@iseor.com

FRACHETTE Marc, Dirigeant Cap O2, Docteur en Sciences de gestion, Consultant-chercheur ISEOR, Enseignement et recherche Magellan, IAE Lyon

58 chemin de la Burette, 69210 Lentilly, France +33 6 19 78 92 64

marc.frachette@cap-o2.com

DUSSOSSOY Emilie, Pharmacien praticien hospitalier, hôpital de la Croix Rouse, Hospices civils de Lyon

emilie.dussossoy@chu-lyon.fr

LEBOUCHER Gilles, Pharmacien Chef du service de Pharmacie, hôpital de la Croix Rouse, Hospices civiles de Lyon

Gilles.leboucher@chu-lyon.fr

RESUME

L'objectif de la recherche est d'identifier les dysfonctionnements du circuit du médicament auprès d'un Service de Médecine sans dispensation nominative, puis l'impact de l'investissement pharmaceutique au sein de l'Unité de soins. Cette pharmacie à usage intérieur d'un site hospitalier d'un CHU a mis en œuvre, une approche de management socio-économique du circuit du médicament.

La théorie mobilisée est celle du Management socio-économique de Savall et Zardet et la méthodologie, celle de l'ingénierie des dysfonctionnements et coûts cachés qui y est associée.

Les résultats, restitués aux acteurs sous forme d'"effet-miroir", permettent d'établir un plan d'actions puis d'en évaluer ensuite les bénéfices médico-pharmaceutiques : l'investissement de temps pharmaceutique permet de réallouer du temps vers le soin, de bénéficier de l'expertise de la pharmacie au sein de l'unité de soins et de contribuer au meilleur fonctionnement général de l'hôpital.

MOTS CLEFS: hôpital, médicament, coopération, management

OBJECTIF DE LA RECHERCHE:

L'objectif de la recherche-intervention est de définir le processus du circuit du médicament entre la Pharmacie à usage intérieur (PUI) et une Unité de soins de Médecine (Pneumologie) sans dispensation nominative au sein d'un hôpital appartenant à un Centre Hospitalier Universitaire français (CHU), puis d'identifier les dysfonctionnements et coûts cachés de ce circuit du médicament, enfin d'analyser l'impact de l'investissement de temps pharmaceutique au sein de l'Unité de soins concernée.

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

Dans le cadre d'un Appel d'Offres et du référencement d'une spécialité pharmaceutique, la cellule achat d'un Centre Hospitalier Universitaire a contractualisé avec un laboratoire pharmaceutique l'accompagnement d'une démarche de conduite du changement au sein d'un hôpital de ce CHU. Dès l'aval de l'intervention, le Chef du service de Pharmacie du site pilote sélectionné nous a contacté dans le cadre de notre programme de recherche sur la performance du circuit du médicament entre pharmacies hospitalières et unités de soins. Il a obtenu l'accord du Chef de service de Pneumologie et de sa Direction financière pour réaliser cet accompagnement organisationnel.

Cette intervention a consisté à évaluer le fonctionnement des dotations de médicaments au sein d'une unité de soins *sans présence pharmaceutique*, puis à accompagner la mise en place d'un *accompagnement pharmaceutique dédié* et évaluer les effets de cet accompagnement.

Les contraintes actuelles pesant sur le budget de la santé en France imposent aux établissements de santé d'améliorer leur efficacité économique et donc de rééquilibrer leurs comptes, pour la plupart déficitaires depuis plusieurs années. Ce CHU s'est engagé dans ce processus au travers d'une amélioration de ses recettes, d'une diminution de ses dépenses directes, mais également au travers de modifications organisationnelles impactant l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Parmi les multiples processus mis en œuvre quotidiennement au sein des établissements de santé, le processus lié à la prise en charge médicamenteuse des patients occupe une place très particulière. En effet, il est associé à des enjeux financiers extrêmement importants mais également à des dysfonctionnements pouvant entraîner des erreurs médicamenteuses à l'origine d'iatrogénie parfois grave pour les patients. Par ailleurs, ce processus implique de très nombreux acteurs : les médecins prescripteurs, les pharmaciens dispensateurs, les infirmiers(ères) administrateurs ainsi que les services logistiques et administratifs de l'établissement.

Dans cet hôpital, si la gestion du médicament est bien confiée à la pharmacie à usage intérieur, la gestion quotidienne des stocks dans les unités de soin est confiée au personnel infirmier. Ce système dit de *délivrance globale* est depuis plusieurs années décrit comme le système le plus coûteux, le plus dangereux et donc le moins efficace par rapport à d'autres formes d'organisations, comme celle appelée *dispensation nominative*, qui consiste à préparer les doses à administrer au niveau de la pharmacie (Schmitt E., 1999).

C'est dans ce contexte que la communauté pharmaceutique de ce CHU a réfléchi à la réorganisation et à l'amélioration de ce processus de prise en charge médicamenteuse, qui peut faire appel à la fois à la technologie actuelle (robot de préparation de doses unitaires de forme sèche et robot de dispensation nominative) mais aussi à des activités dites de *pharmacie de proximité* consistant à exercer à la fois une activité de pharmacie clinique ainsi que des actions de gestion du médicament au sein des unités de soin, par les préparateurs en pharmacie encadrés par les pharmaciens. La *pharmacie clinique* vise à optimiser la prise en charge thérapeutique du patient par le pharmacien. L'objectif est de renforcer la *sécurité* de la thérapeutique par la collaboration médecin-pharmacien, en analysant la *prescription* (ex: posologies, contre-indications, interactions médicamenteuses ...), par la mise à disposition *d'informations* utiles sur la thérapeutique (au médecin, à l'infirmière, au patient), à *prévenir l'iatrogénie* médicamenteuse (erreurs, effets indésirables) et à participer à la *maîtrise des coûts* (efficience de la thérapeutique) (SFPC).

Les objectifs de ces activités sont d'une part de décloisonner les acteurs hospitaliers actuellement enfermés dans des silos et d'autre part d'améliorer la performance de l'hôpital au travers de collaborations et d'améliorations des processus. Plusieurs expériences récentes en France ont montré l'intérêt de ces nouvelles organisations, à la fois pour la sécurisation et pour l'efficience des organisations (Magdinier C. et al., 2013).

D'ailleurs, dans le cadre de la démarche de certification des établissements de santé, la Haute Autorité de Santé fait de la prise en charge médicamenteuse du patient un axe extrêmement fort, s'agissant du point le plus souvent relevé comme défaillant dans le cadre de ses évaluations (HAS). Ces actions de décloisonnement et de travail collaboratif ont des impacts forts organisationnels du côté de la pharmacie à usage intérieur car ils permettent de mieux réguler les flux de médicaments, sur les conditions de travail du personnel infirmier au sein des unités de soin qui passe beaucoup de temps sur les activités logistiques au détriment des activités de soin direct et sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient.

THEORIE, METHODES, MODELES, MATERIELS UTILISES

L'épistémologie retenue est de nature constructiviste et repose sur une méthodologie de recherche-expérimentation développée par des unités de recherche en Sciences de gestion dont l'intention vise la transformation des organisations (Savall & Zardet, 2004). Cette approche scientifique développe une recherche-intervention de type qualimétrique qui permet l'extraction de données qualitatives et produit des données quantitatives mais aussi financières. Le traitement du terrain d'observation est d'abord inductif puis déductif ; ces aller-retours entre intervention sur le terrain et confrontation théorique consistent en une démarche abductive.

Le cœur de cette recherche mobilise la théorie socio-économique de H. Savall et V. Zardet (1974, 1987). Le management socio-économique a été fréquemment utilisé à l'hôpital afin de stimuler les coopérations entre des structures cloisonnées au sein desquelles opèrent pourtant des acteurs aux métiers interdépendants au service des patients (Zardet et al., 2011).

Nous avons également mobilisé en début d'intervention l'approche par processus afin de détailler ce circuit du médicament, processus transversal complexe (Klasen A., 2012) avant d'en étudier le fonctionnement.

L'étude de la gestion du médicament (Frachette M., 2014) de ce site hospitalier repose sur une méthodologie de diagnostic dysfonctionnel des dotations entre la pharmacie et une Unité de soins: l'ingénierie des coûts cachés. Cette approche comprend une phase de diagnostic socio-économique, suivie d'une phase de projet, de mise en oeuvre puis d'évaluation. Le diagnostic consiste en une phase d'observation, d'étude de données internes et une série d'entretiens qualitatifs semi-directifs qui permettent l'analyse en profondeur les dysfonctionnements, ici du système de dotation globale des médicaments. S'ensuit le calcul des coûts cachés provoqués par la régulation des dysfonctionnements par les acteurs, puis un retour aux intéressés sous forme d'un « effet miroir » prolongé d'un « avis d'expert » qui permet d'envisager des pistes d'action et la phase de projet. Le projet débute par l'élaboration d'un plan d'actions stratégiques internes et externes qui se prolonge par un plan d'actions prioritaires décliné de manière opérationnelle et nourri du suivi d'indicateurs de performance.

La première action a été de constituer un groupe de pilotage, composé de pharmaciens, de cadres de santé et en pharmacie, d'un préparateur en pharmacie, et du Directeur financier de l'hôpital. Ce groupe de pilotage a été modifié lors de la phase de projet en raison de plusieurs changements de parties prenantes au sein de l'hôpital.

Le tableau ci-dessous détaille les étapes de la première phase du projet : elle comprend les réunions du groupe de pilotage, le diagnostic socio-économique du processus du circuit du médicament, les réunions du groupe de projet sur site, et le traitement des données.

Planning 2015-2016	Sep.	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Fev.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Sep.
Groupe de pilotage	X	X			X	X				X		
Diagnostic socio-économique			X	X								
Conception du projet					X	X						
Accompagnement du projet							X	X	X			
Evaluation							X	X	X	X	X	X

La phase de diagnostic s'est déroulée sur 3 mois avec la réalisation d'entretiens permettant d'identifier et de classer les dysfonctionnements de ce processus pharmaceutique. 6 entretiens individuels ont été réalisés auprès de l'encadrement et 2 entretiens collectifs auprès de 8 personnels. Les données recueillies ont été analysées avec un logiciel expert SEGESE (Zardet & Harbi, 2007), afin d'identifier les causes racines des dysfonctionnements, traduits en coûts cachés. Ces résultats ont été par la suite restitués aux acteurs collectivement. Puis un plan d'actions a été élaboré, visant à développer la présence pharmaceutique auprès des soignants, et à en évaluer les bénéfices pour une équipe de soins.

Le diagnostic a donc été réalisé à partir du traitement de 6 entretiens individuels et de 2 entretiens de groupe à la Pharmacie et dans l'Unité de soins. 100 phrases témoins illustrant les

dysfonctionnements ont été retenues et classées selon la nomenclature des six thèmes de dysfonctionnements ci-dessous (Savall & Zardet, 1987). Ce diagnostic qualitatif a permis d'ordonner l'importance de chaque thème en termes de fréquence des dysfonctionnements exprimés par les acteurs :

La gestion du temps représente 29% des phrases-témoins,

La mise en œuvre stratégique : 18%,

La communication-coordination-concertation : 18% également,

L'organisation du travail : 17%,

Les conditions de travail : 11%, et

La formation intégrée : 8%.

La **gestion du temps** met en évidence des pertes de temps « *les infirmières font de nombreux aller-retours pour récupérer les traitements, refaire les piluliers, revoir les prescriptions...* ». Ces pertes de temps concernent des activités comme la réception ou le rangement des médicaments « *l'armoire à pharmacie est délaissée, les infirmières la contrôlent moins* » et soulèvent l'importance de la pharmacie dans l'Unité de soins « *quand il n'y a pas de préparateur dans les Unités de soins, il y a des problèmes de commandes, de stocks, de périmés, de tenue de l'armoire et de sécurité* ». Ces dysfonctionnements entraînent des conflits entre la pharmacie et les Unités de soins, impactant les conditions de travail « *la gestion des armoires se dégrade vite si on y retourne pas ; ça décourage les préparateurs* ».

La **mise en œuvre stratégique** pose la question de l'éloignement entre niveaux stratégique et opérationnel « *les prescripteurs sont peu consultés par la COMEDIMS où il n'y a pas de représentants de chaque spécialité* », « *les services pharmacies des établissements travaillent différemment du pôle du CHU* ». Elle pose aussi la question de la répartition des personnels pour assurer la gestion du médicament « *il faut répartir au mieux le temps de préparateur dans les services cliniques à effectif constant...* », « *l'équilibre préparateurs-soignants est difficile à trouver dans les services* ». Enfin, les systèmes d'information sont complexes « *les systèmes d'information sont multiples et imposent des actions manuelles. De plus, ils sont gérés par des personnes différentes* » ; cela a un impact sur les conditions de travail et la sécurité « *Le logiciel de prescription est lent et il n'y a pas de système d'alerte efficace en cas d'inattention ou de méconnaissance. Par exemple, le logiciel ne raisonne pas à l'unité, il peut indiquer une fraction de comprimé* ».

La **communication-coordination-concertation** entre la pharmacie, le service clinique et au sein de l'Unité de soins est le réceptacle de dysfonctionnements multiples : « *les services ne sont pas au courant du changement de marché d'Héparine...* », « *les médecins mettent du temps à prescrire. Il y a un manque de communication médecin-infirmier* », « *la transmission des informations dans les Unités de soins est difficile, car il y a beaucoup de turn-over* ».

L'**organisation du travail** dénote des difficultés dans la répartition des activités et le fonctionnement des dotations : « *certains services ont tellement peur de manquer, notamment avant le week-end, qu'ils recommandent derrière mon dos* », « *le rangement dans la dotation de service reste artisanal ; il n'y a pas de dotation nominative, ce qui permettrait de seulement contrôler au lieu de tout préparer* », « *il n'y a aucune procédure pour les périmés ; théoriquement, c'est l'équipe de nuit qui gère, mais ce sont les Aides-soignantes qui le font* ». Ces difficultés locales ont aussi des causes centrales « *la gestion du livret thérapeutique est un vrai problème ; il*

existe une cellule centrale pour coordonner les protocoles, mais elle est virtuelle, il n'y a pas d'acteur de terrain et n'importe qui peut modifier localement un protocole central ».

Le thème des **conditions de travail** indique un problème de place qui se répercute en cascade sur la gestion du médicament en termes de stock, de gaspillage « *malgré la mise en place de plusieurs circuits de livraison, il manque de la place dans les services pour gérer les 250 médicaments d'une dotation plus les 550 autres en moyenne* », « *les armoires à médicaments des Unités de soins sont trop petites, mais on stocke trop* ».

La **formation intégrée**, dernier thème, n'en est pas moins un levier important ; il s'agit d'un déficit de compétences et d'investissement immatériel, comme réponse aux dysfonctionnements « *il n'y a pas de formation, hormis un moment à la relève* », « *on n'a pas beaucoup de formation et une mise à jour sur place pour certains médicaments ne « ferait pas de mal »* », « *les compétences informatiques manquent aux médecins et pharmaciens* ».

Une fois les dysfonctionnements restitués aux acteurs, une nouvelle série de 7 entretiens quantitatifs auprès de l'encadrement a permis leur traduction en coûts cachés. Les coûts cachés quantifiés ci-dessous indiquent des *ordres de grandeur* qui permettent d'isoler les gisements de productivité.

Afin de quantifier ces coûts cachés en euros, nous avons évalué la contribution horaire à la valeur ajoutée (CHVACV) qui constitue la valeur de référence pour la valorisation financière des dysfonctionnements. Cette valeur s'obtient selon le calcul figurant ci-dessous ; la valeur horaire a été évaluée à 47 Euros à partir des données comptables de l'année 2014.

Tableau de calcul de la CHVACV

Budget total de fonctionnement (A)	23 637 821 €
Charges hors charges de personnels (B)	17 622 719 €
Valeur ajoutée sur coûts variables (A-B)(VACV)	6 015 102 €
Nombre d'heures attendues par personne et par an (C)	1547 H
Nombre de personnes impliquées dans le processus (D)	81,3 ETP
Nombre d'heures attendues pour l'année (C*D)	125 771 H

$$\text{Contribution horaire à la valeur ajoutée : CHVACV} = \frac{\text{VACV : 6 015 102 €}}{\text{Heures : 125 771 H}} = 47 \text{ Euros}$$

Les coûts cachés s'évaluent à partir des dysfonctionnements élémentaires regroupés en 5 indicateurs : absentéisme, accidents du travail, rotation du personnel, défauts de qualité et écarts de productivité directe. La régulation de ces dysfonctionnements distingue activités humaines et consommations de produits. Les activités humaines se scindent en surtemps, sursalaires, non production et sur une période dépassant l'année budgétaire, la non création de potentiel. La consommation de produits correspond aux surconsommations.

L'analyse du processus « dotation de services » a permis d'évaluer les défauts de qualité et de productivité directe. Les données d'absentéisme, d'accidents du travail et de rotation du personnel n'ont été fournies que sous forme globale ou de pourcentages, ce qui n'a pas permis leur affectation au processus donné.

L'analyse sur les défauts de qualité et d'écarts de productivité directe indique un montant, qui est donc très sous-évalué, de **607 600 Euros** de coûts cachés pour ce seul processus entre la pharmacie et une Unité de soins, soit environ 11 300 € / personne/an.

Ces coûts cachés s'agrègent en différents composants :

- des **surtemps** calculés en heures puis valorisés en Euros : 190 000 Euros
- des **surconsommations**, en l'occurrence des pertes de stocks : 120 000 Euros
- des **non-productions**, c.a.d. des activités à valeur non réalisées par manque de temps : 300 000 Euros (qui induisent des heures supplémentaires, des ressources non captées...)

Le fonctionnement interne à l'Unité de soins relatif au médicament génère plus de 120 000 Euros de coûts cachés et presque 9 000 heures de régulations ; ces dysfonctionnements concernent le manque de temps infirmier, la coordination entre acteurs, les problèmes de prescription et de systèmes d'informations.

Les dérangements et les interactions avec la pharmacie représentent plus de 35 000 Euros de coûts cachés et presque 800 Heures de régulations.

Une extrapolation des dysfonctionnements aux 31 dotations de services du même type correspondrait à un gisement de performance de 5 700 000 Euros, auxquels il convient d'ajouter les dysfonctionnements déjà évalués à la pharmacie. Le total des coûts performances cachés relatif à la gestion des dotations sur cet hôpital représenterait donc un volume extrapolé de **6 Millions d'Euros annuels**.

La phase de projet qui a suivi le diagnostic a bénéficié de la mise en place d'un accompagnement spécifique de la Pharmacie au sein de l'Unité de soins et a permis de proposer une gestion des médicaments plus proche des soignants et des malades.

Le plan d'actions mis en place a comporté un suivi mensuel de recueil des données pharmaceutiques et la mise en place d'une présence pharmaceutique au sein de l'Unité de soins par un travail quotidien d'un préparateur au sein du service. Le préparateur a en charge la réalisation de la commande et le rangement des médicaments de la dotation (2 fois par semaine), l'approvisionnement des médicaments hors dotation (2 fois par semaine), et la gestion les urgences et compléments de traitements (tous les jours).

il réalise par ailleurs un *véritable travail collaboratif* autour des prescriptions et de la bonne gestion des médicaments auprès des soignants. Le temps consacré à ces activités est de 2 heures les lundis et jeudis, de 1heure et demi Les mardis et vendredi et de 30 minutes à 1 heure les mercredis.

Par ailleurs, il assure également la gestion des retours des médicaments non utilisés du service.

Enfin 3 fois par an, il est prévu qu'il consacre une journée à la gestion des peremptions des médicaments de la dotation du service. Ce temps de préparateur représente 400 heures d'investissement par an (0,25 ETP) ; il est réalisé sous la supervision hebdomadaire d'un pharmacien. L'enjeu est d'évaluer ce qu'un volume de 500 heures de temps pharmaceutique au sein d'une Unité de soins produit comme résultat auprès d'une équipe soignante.

Après la mise en place de la présence pharmaceutique dans l'unité de soins, une enquête qualitative a été menée auprès des soignants fin 2016. Ceux-ci ont exprimé l'intérêt de la présence pharmaceutique au sein de leur Unité : « *on gagne du temps et ça nous permet de faire d'autres choses dans le service* », « *cela nous permet de gagner du temps et de limiter nos déplacements à la Pharmacie* », « *le préparateur nous permet de gagner du temps lors de la préparation des médicaments* », « *ça roule bien, on consacre moins de temps à la gestion de l'armoire (à médicaments)* ».

Cette enquête a été complétée début 2017 d'un volet quantitatif sur les temps gagnés/perdus depuis la présence pharmaceutique. Un questionnaire a été administré avec l'aide du Cadre de santé du service auprès de 11 soignants. 3 aides-soignants (AS) et 6 infirmières ont répondu. Sur des journées en 2/8^{*}, les infirmières ont déclaré récupérer chacune entre 45 et 60 minutes et les aides-soignantes chacune entre 30 et 45 minutes. A chaque rotation de 8 heures, sont présentes 2 infirmières et 2 AS. Si nous considérons les valeurs minimales indiquées, le tableau ci-dessous nous indique les temps gagnés par l'équipe soignante :

2 infirmières X 45 minutes X 2 rotations =	3 heures quotidiennes
2 aides-soignantes X 30 minutes X 2 rotations =	2 heures quotidiennes
Total de gain de temps quotidien=	5 heures
Total annuel (calculé sur 221 jours) =	1100 heures <i>a minima</i>

Le total des heures gagnées chaque jour sur la gestion des médicaments par l'équipe soignante est au minimum de 5 heures, soit sur 221 jours d'activité, hors week-ends, 1 100 heures récupérées. Nous avons validé à nouveau ce gain de 5 heures par jour que le cadre de santé confirme en raison des temps importants passés antérieurement aux commandes, rangements et allers-retours à la Pharmacie.

Pour rappel, les surtemps initiaux passés par les personnels de l'Unité de soins à gérer les dysfonctionnements liés au circuit du médicament représentaient 2950 heures ; les soignants ont donc récupéré le tiers des heures inutilement mobilisées. Ce gain de performance a été possible en investissant 400 heures de temps pharmaceutique (si l'on compte le coût d'entrée de cette phase pilote, nous sommes plus proches des 500 heures).

Nous n'avons pas pu évaluer sur une si courte période les gains en termes de qualité, de baisse de nombre des évènements indésirables, mais le préparateur en Pharmacie indique des régulations régulières en termes de sécurité et l'intérêt des interactions avec les soignants, dont les impacts en termes d'apprentissage commun et de montée en compétences semblent évidents.

* nous avons réalisé l'enquête sur les deux rotations de 8 heures en journée ; nous n'avons pas eu accès à l'équipe de nuit, mais la gestion du médicament semble peu concerner cette équipe.

Une phase additionnelle au projet a été décidée afin d'aider le service de Pharmacie à traiter les données recueillies. Le tableau ci-dessous indique la poursuite de l'accompagnement des pilotes de la Pharmacie et du recueil des données à fin de communiquer sur les impacts de l'action de la Pharmacie au bénéfice des Unités de soins.

Planning 2016-2017	Oct.	Nov.	Dec.	Jan.	Fev.	Mars	Avr.	Mai	Juin	Sep.	Oct.	Nov.
Accompagnement du pilotage du projet	X	X	X			X	X	X	X			
Evaluation	X	X	X			X	X	X	X			
Communication et publication	X							X	X			

Il est prévu de clore cette intervention-pilote à l'automne 2017, l'enjeu étant la négociation auprès de la direction de l'établissement de moyens pharmaceutiques pour accompagner les Services cliniques.

CONTRIBUTION DE LA COMMUNICATION

La contribution première est que *l'investissement de temps pharmaceutique dans les unités de soins permet de réallouer du temps vers le soin, de bénéficier de l'expertise de la pharmacie au sein de l'unité de soins et de contribuer au meilleur fonctionnement général de l'hôpital.*

Au final la tendance annuelle, est, selon ces résultats préliminaires, de 1 100 heures récupérées par les soignants pour 400 heures investies par la Pharmacie (500 en début de processus) pour un service de médecine d'une trentaine de lits dont les médicaments sont gérés en dotation globale. Le ratio serait donc de 11 heures récupérées pour 4 investies. Ce montant manifestement sous-évalué ne tient pas compte de l'ensemble des *gains de performances* (de la prescription à l'administration des médicaments), ni de la *sécurité* (et donc des risques évités et de leurs coûts associés). Cette démarche d'amélioration continue peut être poursuivie de manière continue afin de réduire année après année les dysfonctionnements identifiés, ici 600 000 euros *a minima* pour une évaluation pilote du fonctionnement du médicament entre la Pharmacie et une seule Unité de soins. Rappelons que la Pharmacie est également impactée par les dysfonctionnements en provenance des Unités de soins ; les seuls surtemps passés à la PUI à les gérer ont représenté un volume annuel de 3 070 heures.

Les coûts cachés privent l'ensemble des structures et leurs acteurs de s'orienter vers des activités à plus forte valeur ajoutée ; c'est l'enjeu premier de notre démarche de recherche-intervention que d'accompagner ainsi l'amélioration de la performance économique et sociale des organisations.

Dans un deuxième temps les soignants pourront envisager, à l'occasion d'un accompagnement spécifique, de réallouer du temps aux soins, et diminuer le niveau de pression dû à leurs propres dysfonctionnements internes (turn over, absentéisme, surcharge de travail...).

BIBLIOGRAPHIE

Frachette M. (2014), *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*, Thèse de Docteur en Sciences de gestion, Université Jean Moulin Lyon 3, 1er juillet 2014

Magdinier C et al. (2013), *Gestion des produits pharmaceutiques par un préparateur en pharmacie hospitalière dans les unités de soin. Etude organisationnelle, économique et qualitative*. *Techniques Hospitalières* 741 :31-36

Savall H. & Zardet V., (1987) *Maîtriser les coûts et les performances cachés*. Paris, Economica

Savall H. & Zardet V.(2004). *Recherche en Sciences de Gestion : Approche Qualimétrique. Observer l'objet complexe* . Henri Savall, Véronique Zardet, Economica

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 septembre 2012

Schmitt E (1999). *Le risque médicamenteux nosocomial. Circuit hospitalier du médicament et qualité des soins*. Elsevier. 287p

Zardet & Harbi, 2007. SEAMES®A professional Knowledge Management Software Program, in Buono, A. & Savall, H. *Socio-Economic Intervention in Organizations*, Information Age Publishing, 10 p.

<http://sfpc.eu/fr/la-sfpc/presentation.html>