

# Définition d'une nouvelle unité d'œuvre pharmacie : l'UO Pharma

## 1 CONTEXTE

En 2019, dans le cadre d'un projet d'élaboration de solutions organisationnelles, un recensement des besoins a été réalisé auprès de 21 professionnels et acteurs de la pharmacie. Le bilan a révélé un besoin unanime : valoriser les activités pharmaceutiques.

Une étude réalisée par l'ATIH en 2018 portant sur la pertinence et la fiabilité de plusieurs unités d'œuvre (UO) confirme que l'UO utilisée jusqu'alors par la pharmacie n'était pas en adéquation avec l'activité.

Un travail de valorisation apparaissait donc utile afin de disposer d'une nouvelle unité d'œuvre, répondant aux besoins des acteurs du terrain (équipes pharmaceutiques, contrôleur de gestion, etc.) et permettant d'objectiver et de quantifier l'ensemble des activités pharmaceutiques pour mieux gérer, structurer et prévoir.

À l'instar de « l'UO Sté » en stérilisation et du « B/BHN » en biologie, « l'UO Pharma » a été définie afin d'évaluer et de valoriser les activités pharmaceutiques à différents niveaux :

- Objectiver des évolutions d'activité et de charge de travail ;
- Ventiler la charge de travail/les coûts de la PUI par pôle au prorata du nombre d'UO ;
- Répartir le travail à la PUI en prenant en compte la charge liée.

## 2 DEMARCHE

Le projet a démarré en juin 2020 et a pris fin en février 2021 avec la sollicitation tout au long du projet d'un groupe de travail multi-professionnel et du COPIL pour validation et suivi des travaux.

### 2.1 Un groupe de travail multi-professionnels

Afin de mener à bien ce projet, un groupe de travail multi-professionnels comprenant 26 participants volontaires a été constitué (liste des participants dans les remerciements en fin de document).

Quatre journées de travail ont ainsi été planifiées tout au long du projet afin de coconstruire la nouvelle unité d'œuvre « UO Pharma ».

### 2.2 Un COPIL institutionnel

Chaque étape de l'avancée des travaux a été validée par un COPIL institutionnel (liste des personnes dans les remerciements en fin de document).

## 3 METHODOLOGIE

### 3.1 Les grandes étapes

- Identification de 25 grandes activités représentatives de l'activité pharmaceutique ;
- Définition de 132 données à collecter, réparties par activité, sélectionnées en partie sur l'exploitation de travaux déjà existants (SFPC, ATIH, CAQES) ;
- Construction d'un recueil de données permettant de :
  - Quantifier l'activité,
  - Quantifier le temps RH nécessaire à la réalisation de l'activité (pharmacien, préparateur, autre) ;
- Candidature de 296 PUI suite à l'appel lancé en octobre 2020 témoignant d'un réel intérêt de la part des PUI du territoire ;
- Exploitation et analyse qualitative des données de 118 établissements en global, 22 établissements pour la radiopharmacie et 12 établissements pour l'approvisionnement en Outre-Mer avec :
  - Étude statistique de fiabilité, accessibilité, représentativité et exploitabilité des données,
  - Définition de coefficients de pondération permettant la traduction de chaque activité en nombre d'UO ;

Au total le projet s'est déroulé sur 9 mois, dont 2 mois consacrés à l'analyse des données et la modélisation mathématique. 4 groupes de travail et 3 COPIA auront été réunis.

Enfin, les travaux ont été transmis à l'ATIH et à l'ENCC ainsi qu'à la Base d'Angers pour favoriser la diffusion de l'UO Pharma auprès de l'ensemble des PUI publiques et privées.

### 3.2 Construction de l'UO

#### 3.2.1 Choix d'une donnée de référence

L'objectif était de choisir une donnée de référence à laquelle affecter un nombre d'UO afin de pouvoir le calculer pour toutes les autres données. Cette donnée de référence devait être :

- commune à un maximum d'établissements ;
- représentative de l'activité d'une PUI.

Pour cela, nous avons retenu la donnée suivante : « Délivrance globale ou reglobalisée (hors DMI) : nombre de lignes de dispensation à délivrance globale de produits de santé (hors DMI) délivrées ».

#### 3.2.2 Analyse qualitative des données

Nous avons ensuite cherché à classer les données selon 4 critères (méthodologie travaillée en collaboration avec l'ATIH, Yann DROCOURT, Ingénieur statisticien) :

- Critère n°1 : la représentativité de la donnée ;
- Critère n°2 : la fiabilité de la donnée ;
- Critère n°3 : l'accessibilité de la donnée ;
- Critère n°4 : la capacité à répartir le volume d'activité par section d'analyse.

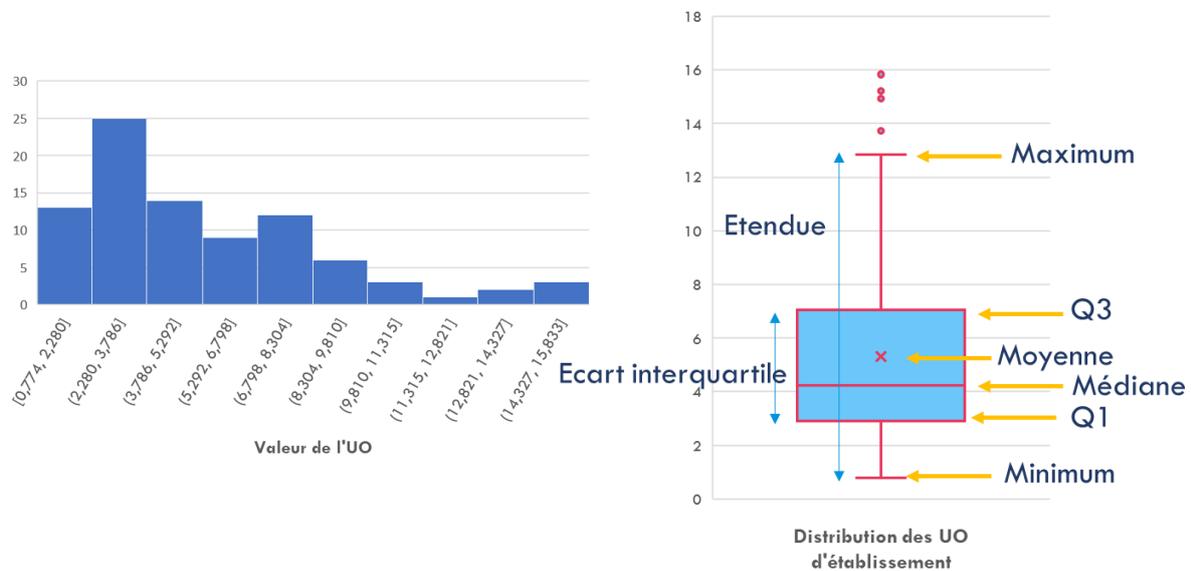
### Critère n°1 : La représentativité de la donnée

Plus la donnée requiert du temps, plus elle sera représentative de l'activité globale de la PUI. Nous avons donc calculé pour chacune des données le temps moyen que celle-ci prend par rapport au temps total nécessaire à la réalisation de l'ensemble des activités de la PUI.

### Critère n°2 : La fiabilité de la donnée

Afin de vérifier la fiabilité d'une donnée nous avons calculé la médiane ainsi que le premier et le troisième quartile (en excluant à chaque fois les valeurs en dehors de l'écart type).

Nous avons représenté la distribution des UO calculés par un « histogramme par classe » et un diagramme appelé « boîte à moustache » (cf. exemple ci-dessous)



Nous avons ensuite calculé le rapport entre l'écart interquartile et la médiane :  $(Q3 - Q1) / \text{Médiane}$ . Plus la valeur de ce rapport était faible, plus la donnée pouvait être considérée comme fiable.

### Critère n°3 : L'accessibilité de la donnée

Dans le recueil de données, nous avons laissé la possibilité aux établissements de s'exprimer sur l'accessibilité des différentes données. Il était alors possible de signaler si une donnée était :

- à supprimer du recueil de données ;
- non disponible ;
- chronophage.

Nous avons attribué des points à ces différentes remarques afin de constituer un score d'accessibilité. Plus ce score était élevé moins la donnée était accessible.

### Critère n°4 : La capacité à répartir le volume d'activité par section d'analyse

Dans le recueil de données, nous avons questionné les établissements sur leur capacité à répartir le volume d'activité par section d'analyse pour chaque donnée. Un score a ainsi été attribué pour chaque donnée en se basant sur le pourcentage d'établissements ayant mentionné avoir la capacité de procéder à cette répartition.

### 3.2.3 Sélection des données à intégrer à l'UO

Quatre notes sur 10 points, correspondant chacune aux critères présentés ci-dessus, ont été attribuées à chaque donnée afin d'établir un classement. Le groupe de travail a ainsi pu sélectionner à partir de ce classement les données les plus qualitatives à intégrer à l'UO.

Un score de pondération a ensuite été calculé et attribué aux données retenues en lien avec la donnée de référence afin de pouvoir calculer l'UO.

## 4 RESULTATS

### 4.1 L'UO « simplifiée » et l'UO « détaillée »

L'UO Pharma a été construite autour de deux grands enjeux :

- Un enjeu de simplicité de l'UO afin qu'elle puisse être calculée facilement ;
- Un enjeu de représentativité de l'UO afin qu'elle soit le reflet de la diversité des activités et des missions des PUI.

Afin de répondre à ces enjeux, nous avons construit deux « UO Pharma » :

- « L'UO Pharma simplifiée » composée de 57 données faciles à recueillir pour l'ensemble des PUI et correspondant à 97% des missions de la PUI ;
- « L'UO Pharma détaillée » composée des mêmes données que l'UO simplifiée mais avec une ventilation plus précise de l'activité pour 9 de ces données. L'UO détaillée se compose ainsi de 85 données au total. Chacune des données « détaillées » a fait l'objet d'une analyse permettant d'intégrer uniquement celles dont la représentativité était satisfaisante. Un coefficient de pondération a ensuite été calculé et attribué à ces données « détaillées » afin de pouvoir calculer l'UO détaillée.

### 4.2 Un outil de calcul de l'UO

Un outil a été construit afin de permettre aux établissements de calculer directement leur UO avec la possibilité de choisir entre l'option simplifiée et détaillée pour 9 données. Cet outil permet l'application des coefficients de pondération après saisie par l'établissement des nombres de compositions .

Avec cet outil :

- L'UO simplifiée sera calculée automatiquement et systématiquement ;
- L'UO détaillée sera calculée si et seulement si l'établissement est en capacité de renseigner l'ensemble des « données détaillées » et ce pour chaque activité faisant l'objet d'une ventilation ;
- Dans le cas où l'établissement a la possibilité de renseigner le détail seulement pour certaines activités, un nombre d'UO sera calculé pour les activités en question. Cependant dans ce cas, seule l'UO simplifiée sera calculée. En effet, l'UO détaillée ne pourra être calculée que si toutes les données faisant l'objet d'un détail sont bien renseignées.

---

*L'UO Pharma sera demain l'outil de dialogue entre les PUI, le contrôle de gestion et les Directions des établissements. Au niveau national elle permettra de faciliter les benchmarks et d'objectiver l'allocation des ressources mais elle pourra être également utile pour comparer des fonctionnements et évaluer des projections d'organisation à une échelle territoriale*

---

### 4.3 Perspectives et suites à donner

NB : La méthodologie présentée ci-dessus, bien que coconstruite en groupe de travail ainsi que partagée et validée en COPIL, est basée sur du déclaratif à un instant t. Elle est donc dépendante à la fois :

- de la fiabilité des données transmises par les établissements ;
- du panel considéré pour l'étude.

Du fait de la crise sanitaire causée par la pandémie de Covid 19, sur les 296 PUI candidates, seules 118 PUI en global, 22 PUI pour la radiopharmacie et 12 PUI pour l'approvisionnement en Outre-Mer ont été dans la capacité de nous transmettre un recueil complet dans les délais, ce qui a donc eu un impact direct sur la taille de l'échantillon considérée dans l'étude.

C'est pourquoi l'UO Pharma est un « premier pas » qui pourra être questionné, remis à jour ou ajusté par les acteurs qui s'en saisissent.

## 5 REMERCIEMENTS

### 5.1 Membres du groupe de travail

Dr Frédéric ABRAHAM (*Clinique du Cèdre*), Pf. Benoit ALLENET (*CHU Grenoble*), Dr Sophie ARMAND-BRANGER (*CESAME*), Pf Philippe ARNAUD (*AP-HP*), Dr Bernard BALZA (*CH Carcassonne*), Karim BEN KHALFALLAH (*CH Saint Quentin*), Charles-Antoine BENHAMOU (*HPNP*), Dr Yvonnick BEZIE (*GH Paris Saint-Joseph*), Dr Xavier BOHAND (*American Hospital of Paris*), Pr Philippe CESTAC et Dr Sylvie POMIES (*CHU Toulouse*), Dr Etienne COUSEIN (*CH Valenciennes*), Dr Mikaël DAOUPHARS (*CLCC Henri Becquerel*), Pr Sylvie CRAUSTE-MANCIET et Dr Frédéric DEBORDEAUX (*CHU Bordeaux*), Dr Anne DAZINIERAS-PICHON (*Korian*), Dr Anne-Claire LAGRAVE (*CHIPS*), Dr Gaëlle LORPHELIN (*Pôle Santé Sud*), Wilfrid MARCHAND (*Base d'Angers*), Dr Patric MAZAUD (*CHRU Lille*), Dr Raphaël PASSEMARD (*CHRU Strasbourg*), Dr Xavier POURRAT (*CHU Tours*), Dr Elise REMY (*CHIELVR*), Dr Anne-Lise TESSON-LECOQ (*CH Le Mans*), Agnès TEUTSCH et Miora PIFFRET (*ATIH*)

### 5.2 Membres du COPIL

Caroline REVELIN, Agnès TEUTSCH et Miora PIFFRET (*ATIH*), Guillaume BELLICCHI et Wilfrid MARCHAND (*Base d'Angers*), Dr Patrick RAMBOURG (*CNOP Section H*), Dr Isabelle MAACHI (*EUROPHARMAT*), Julie BOISSIER-LAINE (*FEHAP*), Alexandre MOKEDE (*FHF*), Thibault GEORGIN et Dr Thierry MORVAN (*FHP MCO*), Pr Sylvie CRAUSTE-MANCIET (*GERPAC*), Stéphane HONORE (*SFPC*), Dr Yvonnick BEZIE (*SNPGH*), Pf. Pascal LE CORRE (*SNPHPU*), Dr Sandy BLONDEEL-GOMES (*SNRPH*), Dr Mireille JOUANNET-ROMASZKO (*SYNPREF*), Sandrine BOUCHER et Clémence DANCOISNE (*UNICANCER*)