
Volume 15, Issue 2/2013 - French

Executive Summaries

Leadership et communication dans l'industrie des soins de santé : comprendre les outils qui mènent au succès

Par Rebekah Page Rogers

Le secteur de la santé est en constante progression. Au cours des dix dernières années, il est devenu une superpuissance sociétale qui assure aux citoyens les services médicaux essentiels et sert de moteur économique aux collectivités. Mais, en même temps, le secteur de la santé est complexe et multiforme. En raison même de sa complexité, les changements survenant dans les soins de santé ont laissé les dirigeants et les gestionnaires perplexes, se demandant s'ils étaient capables de donner à leurs établissements une orientation. Dans cet article sont décrits les trois types de leadership – les leaderships transformationnel, transactionnel et altruiste – ainsi qu'une analyse des différents styles que les médecins, les infirmier(e)s et les administrateurs d'hôpitaux sont censés adopter. Finalement, l'ultime recommandation donnée au lecteur est de comprendre que le leadership n'est pas une équation universelle et identique pour chacun de nous. Le pouvoir est toujours dans les yeux de celui qui regarde et ce n'est que par la formation et la réflexion que l'on peut en apprendre davantage sur soi-même et sur son style unique et très personnel de communication et de leadership.

Le leadership qui s'exerce directement auprès du patient : un modèle de partenariat clinique

Par Christopher Kim

Dans le milieu hospitalier, les soins dont bénéficient les patients sont devenus de plus en plus complexes et on se trouve confrontés à des cas plus graves, et à une nécessité toujours plus grande de coordination des soins entre les différents professionnels de santé. Ces professionnels voient beaucoup de leur temps consommé pour se conformer aux exigences administratives, pour l'assurance de la qualité et de la sécurité, et pour parler des dossiers de leurs patients avec d'autres professionnels. Ces activités sont bien entendu importantes pour une bonne organisation des soins de santé, mais il est tout aussi important, sinon plus, de s'assurer que les établissements de santé s'efforcent de fournir une expérience centrée sur le patient tout au long de l'hospitalisation.

Le modèle de leadership basé sur l'unité de soins défend l'approche centrée sur le patient. Le point central de ce modèle part du principe que les grandes décisions stratégiques de l'établissement sont élaborées au niveau de la direction, mais que ces objectifs stratégiques ne sont atteints et réalisés que directement auprès du patient, dans les soins qu'on lui donne. En créant un poste de directeur médical pour chaque unité de soins qui s'associe avec l'infirmière responsable de cette unité, ils peuvent évaluer les différents soins effectués auprès des patients : reconnaître ceux qui sont bien réalisés et identifier de manière sélective les zones où il existe un besoin d'amélioration. Ensemble, ils peuvent travailler avec le personnel affecté à l'unité de base et le personnel de soutien – qui sont par exemple les soins infirmiers, la pharmacie, les thérapeutes, les gestionnaires et les travailleurs sociaux, les nutritionnistes, le clergé et le personnel de surveillance – et les équipes de médecins pour améliorer la culture interdisciplinaire du lieu de travail – elle devra être axée sur les initiatives qualité, sécurité et efficacité – et améliorer le vécu qu'aura chaque patient dans cet hôpital. Des paramètres mesurables ont été établis pour chacune de ces catégories, et il est important que la direction de l'hôpital fournisse ces données ainsi que ses objectifs aux responsables de chaque unité.

Les avantages économiques de la gestion des antibiotiques à l'hôpital : une analyse économique

Par Alastair Gray

Un outil d'évaluation permettant de se faire une idée de l'utilisation des antibiotiques et de la gestion des infections a été utilisé pour estimer si les patients ayant développé des infections dans les services médicaux et chirurgicaux d'urgence pourraient recevoir une nouvelle antibiothérapie et quitter l'hôpital. L'évaluation a porté sur 291 patients répartis dans 30 services d'urgence appartenant à cinq trusts hospitaliers de Grande-Bretagne et comprenait des informations sur les variables démographiques, le diagnostic, la situation sociale, la durée d'hospitalisation et des antibiotiques prescrits. L'antibiothérapie et l'éventualité du départ de l'hôpital ont été considérées par un médecin et par un pharmacien. Les soins effectués pour chaque patient et les économies potentielles découlant de ces changements de gestion ont été mesurés et chiffrés. Au total, la mise en oeuvre des recommandations aurait pu diminuer le coût de 662 £ (avec un intervalle de confiance de 95% compris entre 393 £ et 930 £) pour chacun des patients évalués. Si l'on exclue les patients ayant bénéficié des plus longues durées de séjour, les chiffres restent quand-même significatifs. L'évaluation de l'utilisation des antibiotiques dans un hôpital peut réduire les coûts imputables aux antibiotiques et la durée du séjour. Les économies potentielles sont considérables, même si l'on prend en compte les frais sont engagés pour des services extérieurs à l'hôpital. Des études randomisées pourraient contribuer à renforcer les preuves concernant cette intervention.

La « Surgical Safety Checklist » de l'Organisation mondiale de la santé : un outil de gestion multifonctionnel des risques hospitaliers

Par Axel Fudickar

La gestion des risques hospitaliers prend en compte les facteurs humains et les risques techniques, mais également les questions de leadership, de procédure, de formation, qu'elles soient financières ou organisationnelles. La « Surgical Safety Checklist » de l'Organisation mondiale de la santé est un outil de gestion des risques multifonctionnel lié aux domaines précités qui permet de réduire la morbidité et la mortalité périopératoires. Cependant, son efficacité ne s'entend que si elle est correctement mise en oeuvre et implémentée. Si la vérification des

éléments est importante, cette liste a également donné une large place à la communication, à l'esprit d'équipe, au leadership, à la formation et à l'organisation dans le cadre de la gestion des risques.

Pour éviter que ces aspects ne soient négligés lors de sa mise en oeuvre, on ne doit pas oublier l'adaptation des listes de contrôle, la délivrance d'une information détaillée à l'équipe, la formation et la supervision par les coordinateurs de la liste de contrôle en salle d'opération. Si la mise en oeuvre est adéquate, le concept de « team briefing » (réunion d'équipe) décrit dans la liste de l'OMS est probablement aussi transposable dans d'autres services : la communication de l'équipe en salle de réanimation des polytraumatisés est un exemple d'adaptation possible de ce concept à d'autres environnements.

Le mieux est d'avancer une étape après l'autre : établir des stratégies de mise en oeuvre progressives de la gestion informatisée des entrées des commandes d'un laboratoire pour une meilleure productivité

Par Timothy R. Huerta, Mark A. Thompson, Eric W. Ford, William F. Ford

Pour réaliser quels sont les gains de productivité et d'efficacité que font gagner les systèmes informatiques aux établissements de santé, les gestionnaires doivent repenser l'hôpital pour accorder les flux de travail aux capacités de ces systèmes. Cette étude a exploré les différences de productivité entre des hôpitaux américains qui emploient des approches différentes de systèmes informatisés des entrées des commandes et de gestion pour les laboratoires (eLAB). Nous présentons une taxonomie basée sur des données longitudinales avec trois grandes catégories : la progression, la stagnation et la régression.

En utilisant les analyses des données longitudinales basées sur la construction des indices de productivité globale de Malmquist, les hôpitaux ont été comparés dans chaque catégorie. Parmi les hôpitaux qui étaient en progression, les établissements qui avaient adopté ces nouveaux systèmes trop rapidement ont été confrontés à des difficultés touchant l'efficacité et la productivité : le fait de faire face dans un même temps à des changements culturels et à l'adoption de nouveaux outils technologiques a entraîné une baisse de la performance dans l'année de mise en oeuvre et l'année qui a suivi. La comparaison de ces différentes approches nous apprend que les hôpitaux peuvent faire le choix d'une stratégie progressive pour la mise en oeuvre du système eLAB, ce qui permettrait d'atténuer les pertes de productivité qui pourraient y être associées.

Evidence-Based Nursing

Par Susan Reese

Alors que nous sommes en train de passer d'une approche standardisée des soins infirmiers à un système basé sur la qualité et les résultats, la nécessité d'identifier et de réévaluer les processus et les pratiques qui entourent les soins devient essentielle. Les établissements de santé doivent très sérieusement se pencher sur la réévaluation et la redistribution du personnel au sein des services ainsi que la planification de leur travail, en mettant l'accent sur ce qui nous est révélé aujourd'hui afin de choisir les pratiques les plus sûres pour soutenir les meilleurs résultats dans l'intérêt de nos patients et de notre personnel soignant.

Les recommandations factuelles peuvent avoir des effets positifs sur le personnel et sur la satisfaction des patients et générer une augmentation de la qualité et de la sécurité. Les voici :

- réduire l'utilisation des longs horaires de travail ;
- étudier les moyens de s'assurer que les infirmier(e)s partent à la fin de leur service ;
- réduire l'utilisation des heures supplémentaires ;
- mais faire en sorte que chacun ait un accès égal aux heures supplémentaires ;
- connaître les membres du personnel dont vous planifiez le travail ;
- définir dans chaque équipe une réelle palette de compétences et s'y tenir ;
- mélanger les niveaux d'expérience dans chaque équipe de travail ;
- s'assurer que sont planifiées des périodes de repos suffisantes entre les périodes travaillées lors de l'approbation des changements d'horaire ;
- élaborer des lignes directrices pour la pratique ;
- surveiller les tendances des principaux indicateurs de performance se rapportant à la dotation et aux horaires du personnel.

Consultant en sécurité informatique dans les hôpitaux : au sein de l'établissement ou en externe ?

Par Koen Claessens

Depuis 1990, en Belgique, la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS) a fait une obligation légale, pour tous les organismes qui ont accès à cette banque, de nommer un consultant spécialisé en sécurité informatique. Par cette nécessité, ils rentrent en conformité avec la législation européenne sur la protection des données. Cependant, dans la pratique et pour de nombreuses raisons, beaucoup d'hôpitaux ne sont pas en mesure de trouver un tel consultant et de l'affecter à une charge de travail particulière. Le 5 Juillet 2011, en Belgique, le Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé a décidé que les hôpitaux n'ayant pas de consultant ne seraient plus autorisés à accéder aux données personnelles de la Banque carrefour et du registre national. Une importante cause sous-jacente à cette décision était l'informatisation croissante des hôpitaux et en particulier des dossiers médicaux des patients, et l'échange électronique de données qui augmentent d'autant plus les risques attachés à la confidentialité des données.

Cette nouvelle réglementation pose des problèmes à de nombreux hôpitaux. Tout d'abord, aucun budget n'est prévu par le gouvernement pour soutenir cette nouvelle exigence. Ensuite, les hôpitaux ont souvent des difficultés à trouver, que ce soit au sein de leur établissement ou par recrutement, un candidat approprié qui possède les connaissances et la motivation nécessaires. Et cela se complique si l'on tient compte du fait que cette personne ne peut pas faire partie du service informatique interne de l'hôpital, et ce afin de garantir son indépendance. Une des solutions consiste à externaliser : six hôpitaux psychiatriques belges utilisant un logiciel similaire collaborent actuellement avec le même consultant en sécurité informatique. Deux autres hôpitaux utilisent un processus d'enrichissement réciproque : le responsable informatique de l'hôpital A est le consultant en sécurité de l'hôpital B, et vice versa.

