



Retour sur investissement : la mise en œuvre d'une gestion des ressources en personnel est-elle judicieuse à l'échelle hospitalière ?

56

Moffatt-Bruce SD, Hefner JL, Mekhjian H, McAlearney JS et al.: What Is the Return on Investment for Implementation of a Crew Resource Management Program at an Academic Medical Center?

American Journal of Medical Quality 2015; doi: 10.1177/1062860615608938

Eviter que les patients ne subissent un préjudice est un objectif qui relève principalement de la responsabilité envers le patient. Néanmoins, dans le cadre d'une limitation des ressources économiques, il est judicieux de se demander quelles mesures permettraient d'atteindre l'effet le plus manifeste pour la sécurité des patients et par la même occasion, dans le meilleur des cas, réaliser des économies. Toutefois, une évaluation économique est très difficile à réaliser de manière méthodique, dans le cadre de mesures structurelles destinées à provoquer un changement culturel. La gestion des ressources d'équipe (ou « Crew Resource Management » CRM) est une mesure de cet ordre, visant à des changements systématiques au niveau de compétences non techniques, pour une amélioration ciblée de la communication et de l'interaction entre les employés, ainsi que l'augmentation durable de la sécurité des patients. Moffatt-Bruce et ses collègues se sont penchés sur la question de la mise en œuvre d'une formation CRM économiquement « viable » à l'échelle hospitalière. Ils ont pris en considération le coût du programme, les modifications des ratios de sécurité des patients et les économies potentielles réalisables grâce à ses effets positifs. Finalement, ils ont calculé le « retour sur investissement » en résultant (« return on investment » ou ROI). Les données ont été étudiées au sein d'un grand réseau hospitalier universitaire de six établissements, avec 10 000 employés s'occupant de près de 1,5 million de patients par an. Pour la mise en œuvre de la formation, une liste des priorités a été établie selon la suite logique déterminée pour chaque domaine clinique et un groupe de pilotage a été instauré. Tous les cadres ont participé au cours CRM de quatre heures et ont reçu une formation spécifique en gestion de deux jours. En parallèle à la première formation du personnel clinique par des spécialistes externes, la base des connaissances internes a été élargie dans le cadre de programmes de « formation des formateurs ». Un an après le démarrage du programme, toutes les activités de formation, de mise en pratique et d'activités dans le cadre du programme pouvaient être proposées par des collaborateurs internes. Après quatre ans, 3600 employés avaient suivi la formation CRM. Afin d'assurer la qualité sur le long terme, il est prévu que chaque employé prenne part à un cours de « mise à jour » tous les deux ans. Sur les quatre ans, le coût total des mesures s'est élevé à 3,557 millions de dollars américains, dont 2,443 millions pour la phase de mise en œuvre de trois ans et 1,114 millions pour la quatrième année de fonctionnement. Le facteur de dépenses le plus important était induit par l'absence d'activité clinique du personnel soignant et des médecins participant à la formation.

La fréquence de sept événements indésirables graves (chutes sérieuses, pneumopathies acquises sous ventilation, etc.) a été étudiée avant la mise en œuvre (Baseline). L'incidence attendue de ces événements dans les années à venir a été prévue sur la base de ces données et la différence obtenue entre les fréquences estimées et réelles des événements a été attribuée à la formation CRM. Un certain montant a été affecté à chaque type d'évènement, soit une valeur de coûts fondée sur des études économiques. Globalement, quelque 2130 événements se sont produits sur trois ans alors qu'un chiffre de 2865 avait été avancé par le pronostic Baseline (soit 26% de réduction). En évitant ces incidents, entre 12,6 (hypothèse conservatrice) et 28 millions de dollars américains ont pu être économisés. Par la confrontation de ces données avec le coût total du programme et de sa mise en œuvre, les auteurs ont pu chiffrer les économies totales réalisées entre 9,1 (hypothèse conservatrice) et 24,4 millions de dollars américains (acceptation maximale). Les principales économies ont pu être obtenues en limitant le nombre des pneumopathies acquises sous ventilation, les erreurs de médication préjudiciables au patient et les infections associées aux cathéters vasculaires. Bien évidemment, ces résultats ne sont pas directement applicables au contexte suisse. Les coûts relatifs aux prestations et aux événements indésirables ne seront pas seuls à se différencier, mais il faudra aussi tenir compte des types de coûts. Il est également à noter que l'étude se fonde sur diverses hypothèses qui peuvent finalement fausser les estimations dans les deux sens. Cependant, l'analyse permet de visualiser la direction générale que prennent les coûts et les effets dont il faut tenir compte pour une mise en œuvre de grande envergure au niveau hospitalier. De plus, elle démontre également qu'un nombre relativement restreint d'évènements peut être responsable de frais considérables. Enfin, dans le contexte analysé, l'étude indique que des mesures structurelles à l'échelle de l'établissement permettent d'améliorer la sécurité des patients, tout en étant économiquement viables.

Prof. Dr D. Schwappach, MPH

Directeur scientifique de Sécurité des patients Suisse –
Professeur à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM) de l'Université de Berne.

Lien vers le résumé

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26419392>

Pour des raisons de droits d'auteur, nous ne pouvons malheureusement pas reproduire le texte dans son intégralité.