

XXIIème Congrès de l' ALASS. 1-3 Septembre 2011

Thème principal du congrès : La gouvernance dans tous ses états : de la gestion des systèmes de santé à la prise en charge du patient.

ALASS bénéficie du support de...

Andorra

- Ministeri de Salut, Benestar, Família i Habitatge. Govern d'Andorra

Belgique

- Université Catholique de Louvain. Département des Sciences Hospitalières et Médico-Sociales. Bruxelles
- Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles
- Association des Etablissements Publics de Soins (AEPS). Bruxelles
- Centre Hospitalier Universitaire de Liège.
- Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles
- Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

Canada

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal
- Institut National de la Santé Publique du Québec

España

- Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid
- Escola Valenciana d'Estudis per a la Salut. Valencia
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
- Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III (FCSAI). Madrid
- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.
- Fundación Centro Regional de Calidad y Acreditación Sanitaria de Castilla y León

France

- IRDES. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Paris
- Ecole Nationale de Santé Publique. Rennes
- Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

Italia

- CRISS. Centro interdipartimentale per la Ricerca e l'Integrazione Socio-Sanitaria. Università Politecnica delle Marche. Ancona

Luxembourg

- Entente des Hôpitaux Luxembourgeois. Luxembourg
- Centre de Recherche Public de la Santé. Luxembourg

México

- Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

République de Moldova

- Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină. Chisinau

România

- Școala Națională de Sănătate Publică, Management și Perfecționare în Domeniul Sanitar, București (SNSPMPDSB)
- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse / Svizzera

- Département de l'Economie et de la Santé (DES). République et Canton de Genève
- Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD).

Comité scientifique du programme

Antonio Alfano, Italia
 Joan Barrubés, España
 Georges Borges da Silva, France
 Carles Civit Llort, España
 Monica De Angelis, Italia
 Carlo De Pietro, Italia
 Gianfranco Domenighetti, Svizzera
 Guy Durant, Belgique
 Ana Alexandre Fernandes, Portugal
 Cécile Fontaine, Belgique
 Marie-Pierre Gagnon, Canada
 Berta Maria Iradier, España
 Marie Lise Lair-Hillion, Luxembourg
 Ana Maria Malik, Brasil
 Catherine Maurain, France
 Luca Merlini, Svizzera
 Jean-Claude Praet, Belgique
 Frédérique Quidu, France
 Alfredo Rivas, España
 Carmen Tereanu, România
 Carolina Tetelboin Henrion, México
 Hubert Wallot, Québec
 Véronique Zardet, France

Comité d'organisation Lausanne

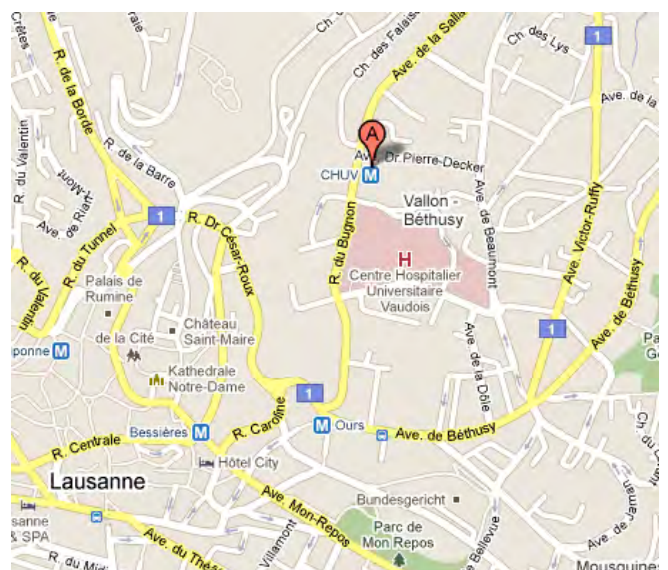
Jean-Blaise Wasserfallen, président du comité local
 Béatrice Schaad Noble, responsable de la communication
 Olivia Chatelan, secrétaire

Lieu du congrès et institutions accueillantes

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)
 Rue du Bugnon 46
 1011 Lausanne
 Suisse
www.chuv.ch

Itinéraire depuis l'aéroport de Genève

- Prendre le train jusqu'à la gare de Lausanne : la gare CFF de l'aéroport est directement accessible depuis les niveaux « enregistrement et arrivée »
 Prix du billet Genève – Lausanne : 1^{ère} classe CHF 42.- / 2^{ème} classe CHF 25.-
- Une fois à la gare de Lausanne, prendre le métro M2, arrêt Lausanne-Gare, en direction de Croisettes, jusqu'à l'arrêt CHUV.
 Prix du billet : CHF 3.-



Jeudi 1 Septembre

Horaire : 09:30 - 10:30 – Auditoire César Roux

Session plénière I

La gouvernance du système de santé dans le canton de Vaud.

Pierre-Yves Maillard, Conseiller d'Etat, Département de la santé et de l'action sociale (DSAS)

Horaire : 11:00 - 12:00 – Auditoire César Roux

Session plénière II

Le dialogue laborieux de la médecine et de la loi.

Jacques Neiryck, Ecole polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL)

SESSION 1

14:00 – 15:30

L'analyse des moteurs de changement dans les systèmes hospitaliers et leurs impacts sur les innovations organisationnelles dans le monde hospitalier I Moteurs de changement - I

Session organisé par : Eduard Portella. Antares Consulting, España

La pression des finances et les transferts de risque vers les hôpitaux.

Luc Schenker, responsable du programme APDRG Suisse, professeur à l'Institut d'Économie et de Management de la Santé de Lausanne Suisse

Les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter depuis les années 60 dans les pays développés. Ainsi pour affronter la pérennité financière du système, les états ont mis en place des mesures de contention des dépenses basées sur un financement par processus de prise en charge favorisant l'efficacité (DRG) ou basées sur l'ensemble du processus en intégrant tous les acteurs de la santé, de la prévention à la prise en charge *post acute* (capitation).

Les changements épidémiologiques et notamment les patients avec des conditions de chronicité et en perte d'autonomie.

Marie Dominique Lussier, responsable du pôle médico-social de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, ANAP, France

Le développement de l'efficacité des traitements médicaux a contribué à améliorer l'espérance de vie mais a eu pour conséquences la transformation de problèmes aigus en pathologies chroniques, qui sont devenues à l'heure actuelle les premières causes de mortalité dans les pays développés.

Les patients plus informés et exigeants.

Damien Dauga, manager Antares Consulting Suisse

Le développement des technologies de l'information et la société de consommation ont transformé le paradigme de relations patient-professionnel de santé. Les patients demandent plus d'interactivité et de participation dans les décisions liées à leur maladie, sont plus attentifs à l'accessibilité et aux résultats cliniques des institutions. Quelles sont les modèles innovants internationaux qui permettent de s'adapter à ces changements ?

SESSION 2

14:00 – 15:30

Choix et pertinence d'indicateurs pour évaluer la performance des services de santé

Ces 4 présentations consécutives correspondent aux différentes composantes d'un projet en cours de développement en France sur le plan national, avec la participation extérieure à titre expérimental et de validation externe du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne et des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Ces 4 présentations consécutives correspondent aux différentes composantes d'un projet en cours de développement en France sur le plan national, avec la participation extérieure à titre expérimental et de validation externe du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) à Lausanne et des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Les 4 présentations issues de ce projet unique seront les suivantes: **S3 38-F** i) présentation générale du projet incluant des indicateurs de sécurité des patients (équipe du Pôle IMER, Lyon, France); **S3 39-F** ii) présentation d'indicateurs de culture de la sécurité à l'hôpital (équipe du CCECQA, Bordeaux, France); **S3 40-F** iii) présentation d'indicateurs de la satisfaction des professionnels de santé (équipe du CCECQA, Bordeaux, France); **S3 41-F** iv) présentation d'indicateurs de ressources humaines (équipe du Pôle ISMEP, Nantes, France).

Présentation générale du projet incluant des indicateurs de sécurité des patients (équipe du Pôle IMER, Lyon, France)

Marie Annick Le Pogam, France

Présentation d'indicateurs de culture de la sécurité à l'hôpital (équipe du CCECQA, Bordeaux, France).

Marie Annick Le Pogam, France

Présentation d'indicateurs de la satisfaction des professionnels de santé (équipe du CCECQA, Bordeaux, France).

Marie Annick Le Pogam, France

Présentation d'indicateurs de ressources humaines (équipe du Pôle ISMEP, Nantes, France).

Marie Annick Le Pogam, France

Introduction: L'évaluation de la performance hospitalière est aujourd'hui une priorité pour les décideurs politiques, les gestionnaires d'établissements de santé, les professionnels de santé et bien entendu les patients, usagers des systèmes de santé. Les gouvernements de tous les pays, comptables (« public accountability ») du service médical rendu à la population au regard des financements mobilisés, mettent en place des dispositifs de mesure (tableaux de bords d'indicateurs) en vue d'évaluer, de suivre et surtout d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés par leurs systèmes de santé.

En France, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère chargé de la Santé et la [Haute Autorité de Santé](#) (HAS) ont décidé de mettre en œuvre un recueil d'indicateurs afin de disposer pour l'ensemble des établissements de santé de tableaux de bord de pilotage de la performance hospitalière : PLAtforme d'INformations sur les Etablissements de Santé (PLATINES).

Le Consortium CLARTE (Consortium Loire-atlantique Aquitaine Rhône-alpes pour la production d'indicateurs en sanTE) qui réunit les Hospices Civils de Lyon, le CCECQA en Aquitaine et le CHU de Nantes est actuellement financé par la DGOS et par la HAS dans le cadre du programme d'expérimentation d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins hospitaliers 2010-2012 (circulaire DHOS/E2/DREES/OSAM/2009/224 du 17 juillet 2009).

Les indicateurs CLARTE ont été sélectionnés dans 2 des 6 domaines prioritaires définis par la HAS et la DGOS : Le management des ressources humaines [absentéisme et turn over des professionnels de santé, satisfaction des personnels au travail] et la sécurité des patients [culture de sécurité chez les professionnels de santé et fréquences des événements indésirables associés aux soins (EAS) et des réadmissions hospitalières après prise en charge en chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé MCO français].

Méthode: La fréquence des EAS et les taux de réadmissions hospitalières seront estimés à partir de la base nationale PMSI MCO. La satisfaction et la culture de sécurité des professionnels de santé seront évaluées par le biais d'auto-questionnaires. L'absentéisme et le turn-over des professionnels de santé seront estimés à partir des sources de données des services de ressources humaines des établissements.

La validation des indicateurs sera effectuée sur un panel d'une centaine d'établissements expérimentateurs et comprendra différentes étapes : validation de contenu, de construit, de critère, de convergence, validation discriminante et validation du modèle d'ajustement.

Résultats: CLARTE souhaite expérimenter et valider en vue de leur généralisation, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins hospitaliers, à des fins de pilotage institutionnel et de comparaisons des établissements, de management interne et de diffusion publique.

Des recommandations relatives à l'utilisation des indicateurs, des outils d'accompagnement et des actions d'améliorations potentielles seront proposés pour chacun d'entre eux.

La satisfaction des patients hospitalisés au CHUV en 2008: résultats et commentaires de l'enquête approfondie triennale.

Federico Cathieni, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Isabelle Peytremann-Bridevaux et Bernard Burnand, Suisse. Federico.Cathieni@chuv.ch

Contexte et objectifs: De manière générale, les enquêtes d'évaluation de la satisfaction des patients hospitalisés au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) ont pour but à la fois de contribuer à la récolte d'informations pertinentes et utiles à la prise de décision pour maintenir, voire améliorer la qualité des prestations offertes aux patients mais aussi de répondre aux obligations légales et contractuelles incombant à l'institution, contribuant ainsi à l'évaluation globale des performances d'un centre hospitalier public. L'enquête triennale approfondie 2008 visait à évaluer la satisfaction des patients ayant séjourné dans les établissements de soins, somatiques ou psychiatriques, du CHUV.

Méthodes: L'étude a concerné les patients sortis d'hôpital durant une période de trois mois (mars, avril et mai 2008).

Les informations utilisées pour constituer les échantillons de population destinée à recevoir un questionnaire étaient issues du système d'information de l'hôpital, auquel sont rattachés la statistique médicale et la facturation.

Ont été inclus dans l'enquête, les patients répondant aux critères suivants: ≥ 18 ans au jour de leur sortie d'hôpital; séjour hospitalier > 24 heures au CHUV; patients sortis vivants, à domicile ou dans un établissement médico-social conventionné; et disposant d'une adresse de résidence en Suisse. Ont été exclus: les patients de plus de 18 ans soignés au département médico-chirurgical de pédiatrie; et les patients redondant sur la période étudiée (pour les hospitalisations multiples, seul le premier séjour a été inclus). Une permanence téléphonique a été assurée pour le suivi et les réponses aux questions possibles de la part des patients. Des rappels ont été effectués et les questionnaires reçus jusqu'au 27 août 2008 ont été analysés.

Des analyses descriptives ont été réalisées à l'échelle du CHUV, au niveau des départements et des services d'hospitalisation au sein du CHUV. Un seuil de restitution des résultats a été fixé arbitrairement à 30 unités statistiques (=questionnaires) par service.

Résultats: 4956 questionnaires ont été envoyés par courrier (patients éligibles a priori) et 2846 (57,4%) questionnaires ont été retournés par les patients et qualifiés d'exploitables. Ce résultat était inférieur à celui enregistré lors de la précédente enquête de 2005 (69,2%) après correction sur les mêmes critères d'inclusions et d'exclusions réalisée a posteriori.

Huit services dont le nombre de répondants était inférieur à 30 n'obtiennent pas de résultats conformément au choix de ne pas restituer de résultat au dessous de ce seuil. Néanmoins, les réponses issues de ces questionnaires ont été prises en considération pour la production des résultats au niveau des départements.

La satisfaction globale des patients hospitalisés au CHUV durant la période de mars à mai 2008 est restée stable en comparaison aux enquêtes effectuées en 2005 et en 2001. Une seule différence a été constatée au niveau global entre 2008 et 2005 qui concernait une sensible amélioration (de 81.7% à 84.4%) de la satisfaction face aux aspects liés à la restauration. Tous les items de cette dimension font enregistrer une tendance globale positive et 5 items sur 12 dénotent une amélioration significative statistiquement.

SESSION 3

14:00 – 15:30

Governance à hôpital - I

Le système de veille stratégique des prises en charge hospitalières publiques.

Jean-Pierre Escaffre, Université de Rennes I et Frédérique Quidu, France. jescaffr@irisa.fr

Résumé :

Dans un premier chapitre nous indiquons les grandes « lois » des prises en charge hospitalières, valables quel qu'en soit le type. Dans un second chapitre, nous rappelons les raisons fondamentales qui ont poussé tous les pays européens continentaux, après-guerre, à organiser le système sanitaire quasiment en totalité dans le secteur public. Dans un troisième chapitre, nous analysons les impacts de la « globalisation » sur les effets des « lois ». Enfin dans un quatrième, nous tentons d'indiquer, avec les données connues actuellement, les conséquences contemporaines de cette globalisation sur l'organisation des prises en charge hospitalières en France.

Resumen:

En el primer capítulo indicamos las grandes "leyes" de las encargadas hospitalarias, cualquiera que sea el tipo. En un segundo capítulo, recordamos las razones fundamentales que empujaron todos los países europeos continentales, la postguerra, a organizar el sistema sanitario casi totalmente en el sector público. En el tercer capítulo, analizamos los impactos de la "globalización" sobre los efectos de las "leyes". Por fin en el cuarto, intentamos indicar, con los datos conocidos actualmente, las consecuencias contemporáneas de esta globalización sobre la organización de las encargadas hospitalarias en Francia.

Négociateur à l'hôpital : quand l'expérience de la négociation politique ouvre la voie à la négociation à l'hôpital.

Florence Hut, CHU Brugmann et Renaud Witmeur, Belgique. florence.hut@chu-brugmann.be

L'univers hospitalier, souvent décrit comme un empilement d'organisations d'un haut niveau de complexité, est traditionnellement le champ de très nombreuses négociations : tractations vis-à-vis des autorités de tutelle, pourparlers entre actionnaires, discussions entre gestionnaire et corps médical, confrontations sociales, recherche d'accords et de partenariats, préparations d'associations et de fusions, etc. La négociation, ubiquitaire dans les rapports sociaux, est le principal mode non juridique de règlement pacifique des dissensions, dans les entreprises, sur le plan national comme sur le plan international.

L'hôpital n'échappe pas à cette règle en lui octroyant une place centrale, souvent méconnue, mais capitale dans le succès des projets qui se mettent en place.

Chargé d'une mission de santé publique, l'hôpital au cœur de la cité est en interaction permanente avec le monde politique. C'est donc tout naturellement, qu'on retrouve régulièrement à la barre des hôpitaux des figures politiques ou d'anciens technocrates ayant fait une partie de leurs classes dans une cellule stratégique ministérielle.

Comment l'expérience de la négociation politique peut-elle s'appliquer au quotidien à la gestion dynamique et moderne d'un hôpital bien ancré dans le 21^e siècle ?

Évolution du rôle de l'État dans la gouvernance de services émergents: le cas de la génétique au Québec.

Marie-Andrée Paquette et Lise Lamothe, Québec

Objectif. Ce projet de recherche vise à comprendre comment se développent les modalités par lesquelles l'État participe à la gouvernance d'un secteur d'activités émergent dans le système de santé.

Problématique et objet d'étude. On reconnaît généralement que des développements dans les systèmes de santé peuvent se produire sous l'impulsion des acteurs intéressés. Ces développements sont habituellement rendus possibles grâce à l'émergence de nouvelles technologies, sur lesquelles des acteurs influents (souvent les médecins) ont le contrôle. L'émergence de nouvelles technologies, combinée à l'autonomie du corps médical, permet ainsi l'offre de nouveaux services de santé sans qu'il y ait nécessairement correspondance avec les objectifs planifiés de l'État. Il est ainsi intéressant

de se demander: comment l'État parvient à s'insérer dans la gouvernance de tels services émergents?

Les développements rapides et soutenus de la génétique médicale au Québec font de ce champ un terrain pertinent pour répondre à cette question. L'intérêt porté à ce champ est d'autant plus justifié que d'importants enjeux éthiques et sociaux existent et en amènent plusieurs à réclamer une participation plus importante des pouvoirs publics à sa gouvernance.

Théories et méthodes. Un modèle conceptuel intégrant des notions d'instruments de gouvernance à des éléments du constructivisme structuraliste de Bourdieu a été développé pour le secteur de la génétique médicale au Québec. Il permet de reconstituer l'évolution historique des processus d'interaction (action de gouvernance - réponse) entre l'État et les acteurs concernés par ces technologies et les services qui en

découlent. Une étude de cas unique a été réalisée. Des documents ont été recueillis et des entrevues semi-dirigées ont été effectuées auprès de personnes ressources représentant les principaux acteurs concernés. Une approche "boule de neige" a été utilisée pour constituer l'échantillon de 25 participants.

L'analyse a fait ressortir les éléments se rapportant aux dimensions du cadre conceptuel.

Gestion des risques en temps de changement. Cas de l'hôpital SAHLOUL de Sousse.

Mekki Medimagh, directeur au CHU Sahloul de Sousse Tunisie. m.medimagh@yahoo.fr;
m.medimagh@yahoo.fr

Nul ne peut ignorer ce qu'un changement, quel que soit sa dimension, peut apporter à toute organisation.

L'institution hospitalière, est parmi les organisations les plus exposées à ce genre de circonstances.

La Tunisie depuis une cinquantaine d'année n'a pas connus de turbulences sur le plan politique, économique et social comme celle vécu depuis le début de cette année 2011 (révolution du 14 janvier 2011 dite révolution des Jasmins).

Une telle turbulence se rajoute à une panoplie d'obligations qu'en temps ordinaire l'institution hospitalière est tenue de garantir, et d'en assurer la continuité en temps de changements.

L'assurance des services de soins d'une façon permanente, de qualité garantissant l'égalité d'accès pour toute la population voir même les populations avoisinantes (en l'occurrence les populations Libyennes en flux massif vers le territoire tunisienne dès le déclenchement de leurs révolution populaires le 17 février 2011)

Gestion de risque ou gestion de Crise ? Quel qualificatif donner aux circonstances sanitaires en Tunisie pendant la révolution.

Quels risques les institutions hospitalières en Tunisie, en l'occurrence l'Hôpital SAHLOUL de Sousse ont fait face pendant la révolution du 14 Janvier 2011 ?

Comment l'institution hospitalière SAHLOUL a su géré ces risques.

Quelles conséquences ont-ils subis.

Quelles leçons et quels dispositifs de vigilances seraient nécessaires pour palier aux insuffisances constatés.

C'est une étude descriptive qui, en démontrant le Flux des usagers du service de soins et leurs mode d'entrée à l'hôpital ainsi qu'au processus de prise en charge comparé aux journées ordinaires d'avant la révolution essaye de démontrer des constats; et enfin en mettant en exergue l'aspect financier qui contourne cette gestion de risque, on fera ressortir des constats et des propositions d'amélioration pour le futurs et pour le bien du Patient.

La contribution du management socio-économique face à la place controversée de la coopération interprofessionnelle et du management dans la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) de l'hôpital public français.

Renaud Petit, ISEOR, et Véronique Zardet, France. petit@iseor.com

Objectif de la recherche : Après avoir illustré les enjeux des hôpitaux face à la nouvelle loi HPST du secteur hospitalier public français, cette communication décrit et analyse les résultats de la mise en place d'un management socio-économique par un processus de diagnostic-projet, véritable processus de coopération interprofessionnelle, sur l'efficacité et la qualité des soins à l'hôpital, à savoir la *performance socio-économique*. Elle étudie la contribution possible de ce type de management aux principes de gouvernance et de pilotage promus par la loi HPST.

Contexte et description du problème : Depuis une dizaine d'années, la succession de lois visant à redéfinir les contours d'un fonctionnement hospitalier plus efficace est sujette à de nombreuses controverses déstabilisant un équilibre économique et social précaire des hôpitaux publics français.

L'objectif gouvernemental, avec la dernière loi HPST, vise à éviter le risque que chacune des cinq grandes filières professionnelles de l'hôpital public (les personnels médico-techniques, les soignants, les administratifs et la filière technique incluant la logistique) développe ses propres logiques identitaires et hiérarchiques. Au-delà des pressions législatives, l'unique moyen de parvenir à une coopération interprofessionnelle durable est de développer un mode de management susceptible de stimuler la performance socio-économique via des projets fédérateurs autofinancés.

Théories, méthodes et modèles : La recherche a été conduite selon une méthode de recherche-intervention socio-économique réalisée dans un établissement hospitalier psychiatrique français (2 500 personnes) comportant une triple étude qualitative, quantitative et financière. Des entretiens semi-directifs axés sur les dysfonctionnements suivis d'un calcul de coûts cachés de dysfonctionnements ont permis de mesurer les déperditions de ressources. Ensuite un accompagnement de l'établissement dans le cadre d'un groupe de projet d'innovation socio-économique a permis de définir et de préparer la mise en place d'actions d'amélioration de la performance économique et sociale de l'établissement, sur base d'un dialogue professionnel constructif de toutes les grandes filières professionnelles de l'hôpital public.

Résultats et discussion : A la suite d'un diagnostic dans lequel plus de mille dysfonctionnements ont été recensés, un groupe de projet d'innovation socio-économique a élaboré plus de 70 actions d'amélioration qui ont été mises en œuvre ou sont en cours de mise en œuvre. Les principales actions d'amélioration proposées se regroupent en quatre thèmes :

- *les relations clients-fournisseurs internes*, c'est-à-dire le renforcement des interfaces entre les services administratifs, les services de soins et les services logistiques ;
- *la mise en œuvre stratégique et la communication interne/externe*, correspond à la forme des dispositifs de communication internes et externes (type intranet, internet...) ainsi qu'à la transmission des informations stratégiques par les dispositifs en place (instances, réunions de pôle, de service...);
- *le développement du management de proximité par une meilleure gestion des ressources humaines* garant de la solidarité institutionnelle et de la cohésion organisationnelle, avec un champ de compétences déterminé et reconnu en termes de gestion du personnel, des charges de travail, de la formation...
- *la dynamique polaire*, vise à construire l'hôpital autour de pôle administratifs et médicaux gestionnaires d'un budget de fonctionnement.

Apports et intérêts de la communication : L'intérêt de cette communication est de déterminer et d'évaluer les « marges de manœuvre » internes des hôpitaux publics, susceptibles d'autofinancer des actions et projets de développement économique et social et ce, même dans un contexte national de réduction budgétaire, en s'appuyant sur les leviers de la gouvernance et du pilotage.

SESSION 4

14:00 – 15:30

Recours aux soins

La construction socio-cognitive de l'utilisateur des politiques de santé.

François Vedelago, Université Bordeaux3, France. vedelago_francois@yahoo.fr

Riassunto :

La costruzione socio-cognitiva dell'utente delle politiche sanitarie

Quello che è completamente nuovo da una ventina di anni, è la propensione da parte dei poteri pubblici e delle istituzioni dello stato a sollecitare, ad incoraggiare, ad organizzare la partecipazione degli utenti, superando di gran lunga la domanda sociale stessa. Le nuove disposizioni recenti sugli utenti combinano delle esigenze portate dalle associazioni a obiettivi concepiti dai riformatori delle politiche pubbliche di salute al livello statale. Si può dire che siamo in presenza di una forma di ibridazione tra le domande sociali e gli obiettivi dei riformatori dello stato. Proponiamo di spiegare questo impulso legato alla posizione " centrale dell'utente" considerando il fatto che il ruolo dell'utente è concepito, costruito, come il fattore strategico di una nuova forma di regolazione del sistema di salute.

La nozione di utente - attore del sistema di salute ci appare subito molteplice, secondo il livello della realtà di riferimento (professionale, politica, gruppi di pari, ecc.) e noi possiamo costruire dunque una tipologia dall'impiego di questa nozione. Permetterà di rivelare gli orientamenti strategici che riguardano la trasformazione profonda del sistema di salute ed i nuovi ruoli dei pazienti nella loro propria presa in carico delle cure.

Patients Migrants et Adaptation des services infirmiers de première ligne : Émergence d'une gouvernance adaptative complexe.

Lara Maillet, École de Santé Publique. Université de Montréal, Paul A Lamarche et Bernard Roy, Québec. lara.maillet@umontreal.ca

Objectif ou projet de recherche. La recherche proposée porte sur l'adaptation des services infirmiers de première ligne de deux Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS), à l'égard de clientèles vulnérables migrantes ou nouvellement arrivées de leur territoire. Nous désirons analyser, dans le cadre du mandat de responsabilité populationnelle et des politiques de régionalisation de l'immigration, l'adaptation de ces services à travers les dynamiques s'échangeant entre les différents niveaux de gouvernance pouvant exister au sein d'établissement de santé au Québec.

Contexte ou description du problème. Née d'une préoccupation quant à l'arrimage des politiques en matière de santé avec celles concernant l'immigration et leurs prises en compte au niveau des établissements de santé de première ligne, nous réalisons une recherche permettant de comprendre comment les modes de gouvernances prennent part au processus d'adaptation des services de première ligne, notamment infirmiers, à l'intérieur même de l'établissement mais aussi avec des partenaires externes à l'établissement. Cette recherche se place dans un contexte sensible aux adaptations des services sociaux et de santé pour les clientèles migrantes ou nouvellement arrivées, souvent très vulnérabilisées. L'immigration internationale en Montérégie est récente. Plusieurs sous groupes font partis des populations les plus vulnérables, notamment en termes de santé. En janvier 2008, 25,6% des immigrants reçus et vivant dans cette région étaient soit réfugiés soit « demandeurs non reconnus du statut de réfugié et cas d'ordre humanitaire ». Parmi l'ensemble des immigrants reçus, 41,5 % étaient allophones et près de 80% avait 35 ans et moins (MICC, 2008c).

Recours aux urgences hospitalières.

Françoise de Wolf, La Mutualité Socialiste-Solidaris et Yolande Husden, Belgique. francoise.dewolf@socmut.be

Résumé :

L'étude montre l'influence de l'âge et de la région sur le recours aux urgences hospitalières. Le passage préalable par un médecin généraliste permet d'optimiser le recours aux urgences hospitalières.

L'engorgement des services d'urgence est un problème complexe et les réponses sont multiples. Le renforcement de la première ligne est primordial. Toutefois, l'évolution de la démographie médicale ne permettra plus aux médecins généralistes d'assurer une garde. La solution passe par la recherche d'alternatives : postes de gardes, tri des appels de garde, organisation de transport de patients, collaboration avec les hôpitaux...

Resumen:

El estudio enseña el efecto de la edad y de la región sobre el recurso a los servicios de urgencias. Ver previamente un médico tiene una buena influencia sobre el recurso a los servicios de urgencias. La saturación de los servicios de la urgencia es un problema complejo y las respuestas son varias. La consolidación de los servicios sanitarios de "primera línea" es primordial. Sin embargo, en el futuro, la evolución demográfica los médicos de medicina general no va a permitir de garantizar una guardia.

Hay que buscar alternativas : puntos de guardias, selecciones de los llamadas, organización del transporte de los pacientes, colaboración con los hospitales ...

Urgences gériatriques : recours au Service des urgences du CHUV des personnes âgées de 65 ans et plus.

Sarah Vilpert, Observatoire suisse de la santé (Obsan), L. Trueb, S.Monod, H.Jaccard Ruedin, AL.Sautebin, B.Yersin et C.Büla, Suisse. sarah.vilpert@bfs.admin.ch

Résumé :

Le volume d'admissions au Service des urgences du Centre hospitalier universitaire vaudois concernant des personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté de plus d'un quart entre 2005 et 2010 ; le nombre de patients âgés de plus de 85 ans y a, notamment, presque doublé. Hors, la

progression du recours aux urgences des aînés représente un enjeu de taille en termes de planification de l'utilisation du service et d'adaptation de la prise en charge médicale aux besoins spécifiques des seniors, susceptibles d'évoluer ces prochaines années avec le vieillissement de la population.

Riassunto:

Il volume di ammissioni di persone di 65 anni e più al Pronto soccorso del Centro ospedaliero universitario vodese (CHUV) è aumentato di oltre un quarto tra il 2005 e il 2010, mentre il numero di pazienti di oltre 85 anni è quasi raddoppiato. La progressione del ricorso alla medicina d'urgenza da parte degli anziani è di capitale importanza per la pianificazione dell'utilizzo del servizio e per l'adattamento delle cure mediche alle esigenze specifiche dei senior, destinate ad evolvere nei prossimi anni con l'invecchiamento della popolazione.

SESSION 5

16:00 – 17:30

Perspective utilisateurs et équipes de soins

Experiência de Cuidado Vivenciado Pelos Usuários: Percepção da Equipe de Apoio Matricial.

Maria Salete Bessa Jorge, Universidade Estadual do Ceará (UECE), Márcia Maria Mont' Alverne de Barros, Antônio Germane Alves Pinto, Fernando Sérgio Pereira de Sousa, Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos et Diego Muniz Pinto, Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

Resumo

O apoio matricial contribui para a superação do modelo de cuidado de saúde centrado na doença, com vistas a reorganizar o processo de trabalho em saúde na atenção primária e incorporar conceitos e práticas inovadoras, balizadas por diferentes tecnologias. Objetiva-se analisar como está sendo produzido o processo de articulação entre as equipes da Atenção Primária à Saúde e as equipes matriciais do Centro de Atenção Psicossocial através do matriciamento. Estudo de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram os trabalhadores de saúde de um município do nordeste brasileiro. Para a coleta das informações utilizaram-se: entrevista semiestruturada, observação sistemática e grupo focal. A análise de conteúdo pautou-se na perspectiva crítica reflexiva. Os resultados possibilitaram subsídios para a compreensão acerca das estratégias de cuidado utilizadas para a efetivação e garantia na continuidade da atenção às pessoas com sofrimento e adoecimento mental, bem como a organização do fluxo de atendimento na rede com interface na resolubilidade da atenção à saúde e um aprofundamento de questões relacionadas à produção da saúde. Assim, o matriciamento possibilita a ampliação da percepção da dimensão do cuidado, visando à produção de saberes e práticas de inclusão psicossocial.

Resumen

El apoyo matricial contribui para la superación del modelo de cuidado en salud centrado en la enfermedad a fin de que el proceso de trabajo en salud en la atención primaria sea reorganizado y incorpore conceptos y prácticas nuevas, direccionadas por diferentes tecnologías. Se objetiva analizar de que manera produce el proceso de articulación entre los equipos matriciais del Centro de Atención Psicossocial por medio del matriciamento. Estudio de abordaje cualitativo. Los sujetos de la pesquisa fueron los trabajadores de salud de una ciudad del nordeste brasileño. Para la colecta de las informaciones se utilizaron: entrevista semiestructurada, observación sistemática y equipo focal. La análisis de contenido se centró en la perspectiva crítica y reflexiva. Los resultados posibilitaron la comprensión acerca de las estrategias de cuidado utilizadas para la efectividad y garantía en la continuidad de la atención a las personas con sufrimiento y enfermedad mental, así como la organización del flujo de atendimento en la rede con interface en la resolución de la atención a la salud y un gran enfoque en las cuestiones relacionadas a la producción de la salud. Todavía, el matriciamento posibilita la ampliación de la percepción de la dimensión del cuidado, visando a la producción de saberes y prácticas de inclusión psicossocial.

Associação da medida de satisfação dos usuários com indicadores de produção e de qualidade assistencial em hospitais estaduais de São Paulo _ Brasil.

Marcos Aparecido Golovattei, Fundação Getúlio Vargas et Ana Maria Malik et Wladimir Guimarães Correa Taborda, Brasil. golovattei@gmail.com

Resumo

Objetivo. Avaliar eventual correlação entre indicadores de desempenho, qualidade assistencial e o resultado da pesquisa de satisfação do usuário em hospitais públicos estaduais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades privadas sem fins lucrativos.

Metodologia. O objeto de estudo foi um conjunto de oito hospitais da Região Metropolitana de São Paulo. A análise estatística foi realizada entre variáveis da produção de assistência e os originados na pesquisa de satisfação.

Resultados e discussão. Os resultados encontrados permitem sustentar a afirmação de que o usuário seria capaz de perceber a qualidade técnica, mesmo que de maneira indireta.

Resumen

Objetivo. Evaluar eventual correlación entre indicadores de desempeño, calidad asistencial y el resultado de la pesquisa de satisfacción del usuario en hospitales públicos estatales gestionados por Organizaciones Sociales de Salud (OSS), entidades privadas sin fines lucrativos.

Metodología. El objeto de estudio fue un conjunto de ocho hospitales de la Región Metropolitana de São Paulo. El análisis estadístico fue realizada entre variables de la producción de asistencia y los originados en la pesquisa de satisfacción.

Resultados y discusión. Los resultados encontrados permiten sostener la afirmación de que el usuario sería capaz de percibir la calidad técnica, aunque de manera indirecta.

Objetivo. Evaluar eventual correlación entre indicadores de desempeño, calidad asistencial y el resultado de la pesquisa de satisfacción del usuario en hospitales públicos estatales gestionados por Organizaciones Sociales de Salud (OSS), entidades privadas sin fines lucrativos.

Metodología. El objeto de estudio fue un conjunto de ocho hospitales de la Región Metropolitana de São Paulo. El análisis estadístico fue realizada entre variables de la producción de asistencia y los originados en la pesquisa de satisfacción.

Resultados y discusión. Los resultados encontrados permiten sostener la afirmación de que el usuario sería capaz de percibir la calidad técnica, aunque de manera indirecta.

Avaliação de serviços da atenção primária em saúde destacando satisfação e insatisfação na perspectiva dos usuários, com ênfase na integralidade da atenção.

Maria José Bistafa, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Patrícia Abraão Curvo, Silvana Martins Mishima, Maria do Carmo Caccia Bava, Silvia Matumoto et Cinira Magali Fortuna, Brasil. zezebis@erp.usp.br; zezebis@netsite.com.br

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se o eixo estruturante da Política Nacional de Saúde sendo institucionalmente aprovado, em 2006, novas diretrizes e normas para a implantação de rede de APS. Nesta processo a APS foi caracterizada por um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, abrangendo ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Ainda por facilitar o acesso universal e contínuo à rede funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, porém integrada aos diferentes níveis de atenção, com qualidade no atendimento e na resolubilidade. Procura trabalhar com território adscrito para fins de planejamento e programação descentralizada, pautada no princípio da equidade. Atuar com o princípio da integralidade, integrando ações programáticas e demanda espontânea; articulando ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de doenças, tratamento de agravos e reabilitação; desenvolvendo o trabalho em equipe interdisciplinar e realizando a coordenação do cuidado na rede de serviços. Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre os integrantes da equipe e população, possibilitando a continuidade e a longitudinalidade na atenção. Realizar avaliação e acompanhamento sistemáticos dos resultados alcançados; e estimular a participação popular e o controle social.

Nesse processo de (re)organização dos serviços de APS, várias iniciativas por parte das instituições governamentais vêm ocorrendo e, conseqüentemente vêm (re)direcionar a atuação dos trabalhadores de saúde. Assim, se atentarmos para os preceitos que fundamentam esta atuação, dois deles nos chamam a atenção: o princípio da integralidade e outro que faz referência

especificamente à avaliação e ao acompanhamento dos serviços de saúde, e, ainda, um terceiro, o estímulo da participação e do controle social.

Apesar dos avanços do setor saúde no Brasil, há fragilizações em relação à implementação de seus princípios da APS sendo destacados o da integralidade da assistência.

Esta investigação de caráter avaliativo da APS pretende produzir subsídios para decisões que fortaleçam a APS, pautados na integralidade da atenção. Pesquisas de avaliação permitem verificar o modo como os direitos individuais e de cidadania são observados no acesso e utilização do sistema de saúde, considerando a assertiva das percepções dos usuários em relação às suas expectativas, valores e desejos. Na literatura, identificamos que a avaliação para decisão deve considerar metodologias de apreensão da realidade que possam ressignificar as práticas, envolvendo a participação de todos responsáveis pela produção da saúde e impactando na qualidade dos serviços. Indagamos: sob o ponto de vista do usuário, o processo de implantação da APS tem favorecido a produção de ações na perspectiva da integralidade? Partimos do pressuposto de que a integralidade agrega e articula diversos princípios da ABS, tendo maior potencialidade de revelar a expectativa do usuário e assim assinalar aspectos da satisfação e da insatisfação. Objetivamos avaliar a satisfação e a insatisfação manifestadas por usuários de unidades da rede de APS do de um município de grande porte do Brasil, com relação à assistência prestada e ações desenvolvidas, na perspectiva da integralidade. Tomamos a integralidade, como princípio central da atenção à saúde das pessoas, é um elemento que deve ser investigado como parte inerente do processo de avaliação da satisfação e insatisfação dos usuários. O percurso metodológico de natureza descritiva e abordagem qualitativa contou com 39 usuários participando de quatro grupos focais. Para análise, recorremos à análise de conteúdo em sua modalidade temática. Foram identificadas duas categorias empíricas, o acesso a diferentes tipos de ações e de serviços de saúde e as relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, nos diversos cenários dos serviços de saúde. Na categoria das relações, constatamos que a presença do cuidado nos encontros entre profissional e usuário, permeado pela conversa, vínculo e acolhimento, satisfaz e se constitui em aspectos facilitadores da prestação da assistência de forma integral. A não rotatividade médica foi aspecto relevante para se construir e manter os vínculos. Na categoria do acesso, a prática e o conhecimento dos trabalhadores na conformação dos serviços, possibilidades de atendimento às demandas e rotinas que podem obstaculizar ou facilitar o acesso ao elenco de serviços, foram responsáveis por uma mescla de expressões de satisfação e insatisfação. Já a localização da unidade de saúde, equipamentos, serviços e materiais disponíveis em sua estrutura física foram avaliados muitas vezes pelas expressões negativas dos usuários por se afastar do princípio da integralidade da atenção. Dentre o conjunto dos atributos da APS emanados do discurso dos usuários, a integralidade, além do elenco de serviços ofertados, também comportou a dimensão da relação entre os trabalhadores e usuários, a subjetividade produzida nos diversos espaços dos serviços de saúde e os aspectos relacionados à responsabilidade do serviço frente às necessidades demandadas. Assim, constatamos que o comprometimento de um dos atributos da ABS fragiliza a integralidade da atenção.

Acupuntura enquanto política e prática de saúde: percepção dos acupunturistas.

Leandra A. Sousa, Escola de Enfermagem de ribeirão Preto da Universidade de São Paulo Clariana de Souza Balduino, Luciana Brondi Karpiuck, Maria José Bistafa Pereira et Sandra Mara Lopes, Brasil. leandra.sousa@usp.br

Resumo

Realizada pesquisa qualitativa com o objetivo de analisar a configuração da acupuntura nos serviços da atenção básica de saúde, na percepção dos acupunturistas que atuam nesses serviços. Feitas entrevistas semi-estruturadas, com quatro acupunturistas, as quais foram analisadas segundo os princípios da análise temática, da qual emergiram 4 unidades temáticas: acesso, política de financiamento, integralidade e paradigma biomédico. A acupuntura oferecida na Atenção Básica possibilita acesso ao usuário, está pautada na integralidade, ainda não possui política de financiamento que a sustente e sofre influência do modelo biomédico sobre quem deve executá-la.

Resumen

Esta investigación cualitativa objetivó analizar la configuración de la acupuntura en los servicios de atención primaria de salud, según la percepción de los acupunturistas que trabajan en estos servicios. Entrevistas semi-estructuradas con cuatro acupunturistas fueron hechas y analizadas de acuerdo a los

principios de análisis temático, de la cual emergieron cuatro unidades temáticas: acceso, política de financiación, integralidad y paradigma biomédico. La acupuntura ofrecida en la atención primaria posibilita el acceso para el usuario, se basa en integralidad, no tiene una política de financiación y es influenciada por el modelo biomédico acerca de quién debe ejecutarla.

SESSION 6

16:00 – 17:30

L'analyse des moteurs de changement dans les systèmes hospitaliers et leurs impacts sur les innovations organisationnelles dans le monde hospitalier | Moteurs de changement - II

Session organisé par : Eduard Portella. Antares Consulting, España

Le potentiel des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

Benoît Debande, directeur des systèmes d'information, Hôpitaux Universitaires de Genève Suisse.
Benoit.Debande@hcuge.ch

Les technologies de l'information et de la communication sont généralement sous-utilisées dans le secteur de la santé aussi en interne (mobilité des professionnels, transfert d'informations, etc) qu'en externe (communication avec le patients et les professionnels de la santé externes). Quels est le potentiel de développement des TIC, quelles sont les initiatives innovantes développées par les prestataires de santé ?

La technologie médicale et la personnalisation des traitements.

Bertrand Tombal. Urolog de "Cliniques Universitaires Saint Luc". Belgique..

L'innovation dans les technologies médicales continue de s'accélérer et se développera vers la médecine personnalisée.

L'évolution des professionnels et des pratiques professionnelles.

Joan Barrubés, Antares Consulting, España. jbarrubes@antares-consulting.com

Les ressources humaines jouent un rôle clé dans les organisations sanitaires (elles représentent d'ailleurs plus de la moitié des dépenses). Les prévisions laissent présager une pénurie de certaines catégories dans les années à venir (médecins, infirmières spécialisées, etc.). Quelles stratégies RH adopter pour renforcer la rétention de talents et attirer les meilleurs professionnels ? Quelles stratégies de gestion et de planification ?

Synthèse : L'hôpital du futur.

Eduard Portella, directeur Antares Consulting, España. eportella@antares-consulting.com

SESSION 7

16:00 – 17:30

Evaluation économique

Le rôle des évaluations économiques dans la prise de décision en santé au niveau macro : une revue de littérature.

Maria Laura Silva, CNRS, Hans-Martin Späth, Lionel Perrier et Nora Moumjid, Brasil.
silva@lyon.fnclcc.fr

Objectifs. Les objectifs de notre revue de la littérature sur l'utilisation des EE dans les prises de décisions au niveau "macro" sont (1) de procéder à une analyse des méthodes de recherche présentées dans les articles et (2) d'étudier les différences entre les pays en ce qui concerne les facteurs qui favorisent l'utilisation des EE et les barrières à leur utilisation.

Contexte et description du problème. Les évaluations économiques (EE) en santé ont comme objectif principal d'aider à la prise de décision, notamment au niveau "macro", dans le but d'optimiser l'allocation des ressources. À ce niveau, les décideurs sont responsables du choix des programmes de santé efficaces et accessibles pour toute une population, dans un contexte de budgets limités.

Malgré l'intérêt croissant des décideurs pour les EE, peu d'études ont examiné si elles sont effectivement utilisées.

Ce contexte justifie une étude plus approfondie des attitudes et attentes des décideurs, afin d'identifier les facteurs qui favorisent l'utilisation d'EE et les difficultés rencontrées lors de leur utilisation. Le schéma choisi pour cette étude est essentiel pour obtenir des résultats fiables et pertinents. Cependant, à ce jour, peu de recherches proposent des méthodes idéales pour ce type d'étude. De plus, rares sont les revues de la littérature publiées qui analysent l'utilisation d'EE lors de prise de décisions notamment dans des pays en développement, d'où l'intérêt de notre recherche.

Introduire la perspective des patients dans l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé : partage d'expériences et réflexion commune sur les outils et les stratégies à développer.

Johanne Gagnon, Université Laval, M.P.Gagnon, M.Desmartis, F.Légaré, M.Rhainds, M.St-Pierre et R. Lemieux, Québec. Johanne.Gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectif de la recherche. Explorer comment la perspective des patients peut être introduite dans la structure et les activités des unités locales (hospitalières) d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ÉTMISS).

Contexte et description du problème. L'intérêt des décideurs pour la participation des patients au système de santé est en croissance constante et le secteur portant sur l'ÉTMISS ne fait pas exception. Toutefois, il n'existe pas de lignes directrices pour soutenir la mise sur pied de stratégies efficaces afin d'impliquer les patients dans l'ÉTMISS. Dans le cadre du projet de recherche *Introduire la perspective des patients dans l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé*, un partenariat entre des chercheurs et des décideurs a été amorcé afin de proposer des pistes pouvant guider la mise en place de stratégies et de mécanismes pour favoriser l'implication des patients dans l'ÉTMISS. Suite à une revue systématique des études sur les expériences rapportées à travers le monde d'implication des patients en ÉTMISS, et à des entrevues individuelles et de groupe réalisées auprès de patients, de gestionnaires hospitaliers, de producteurs d'ÉTMISS et de professionnels impliqués dans l'ÉTMISS, une journée de délibération a permis de mettre en commun des éléments visant l'élaboration d'un cadre stratégique pour guider les interventions et amorcer une réflexion commune sur les outils et les stratégies à développer pour introduire la perspective des patients en ÉTMISS.

Lits hospitaliers de soins continus dans le contexte de la facturation par pathologie APDRG ; place d'une analyse médico-économique transversale multi-services dans le processus de décision.

Edith Safran, Direction de l'analyse médico-économique, Hôpitaux Universitaires de Genève, Armelle Jason-Keller¹, Odile Brulhardt, Claudine Bréant, Brigitte Rorive, Suisse. Edith.Safran@hcuge.ch

Objectifs: Estimer l'impact de la création de lits de soins continus sur les recettes hospitalières globales, ainsi que les déplacements de revenus entre services, dans le contexte de la facturation par pathologie APDRG aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Contexte: Dans le département de chirurgie, l'ouverture de lits de soins continus (anciennement désignés aux HUG comme soins intermédiaires) a été envisagée pour offrir des soins efficaces à des patients nécessitant un niveau de soins entre soins intensifs (SI) et soins généraux. Compte tenu d'un taux d'occupation élevé aux SI, l'intention était d'une part de libérer des places en SI, et d'autre part d'améliorer la qualité des soins pour certains patients. Ces lits devaient accueillir de nouveaux cas, et une augmentation correspondante des recettes avait été présumée.

Afin d'investiguer l'impact sur la facturation globale des HUG, une analyse médico-économique prenant en compte l'ensemble des services pouvant être concernés par le changement d'organisation a été réalisée.

Détermination du coût de la néphropathie diabétique au Luxembourg à partir de données médico-administratives.

Laurence Renard, Centre de Recherche Public de la Santé, Valery Bocquet, Alain Baumelou, Marie-Lise Lair, Claudine Blum-Boisgard et Isabelle Borget, Luxembourg. laurence.renard@crp-sante.lu

Resumen:

Los costos de la nefropatía diabética en Luxemburgo durante el período 2000-2006 fueron estimados. En 2006, el costo promedio por paciente de nefropatía severa fue € 20.523 y € 23.210 para un paciente trasplantado (36% atribuible a los medicamentos). Un paciente en hemodiálisis tuvo un costo promedio de € 135.270 (€ 87.930 por la hemodiálisis). En 2006, el costo total de la nefropatía diabética fue € 16.128.421 (aumento del 150% desde 2002). El resto de los costos imputables al paciente, de los costos indirectos e intangibles incurridos por el paciente, sus cuidadores y la sociedad no son considerados.

Résumé :

Les coûts de la néphropathie diabétique au Luxembourg au cours de la période 2000-2006 ont été estimés. En 2006, le coût moyen par patient de la néphropathie sévère était de 20523€ et de 23210€ pour un patient transplanté (36% attribuables aux médicaments). Un patient en hémodialyse coûtait 135270€ en moyenne (87930€ attribuables à l'hémodialyse). En 2006, le coût total de la néphropathie diabétique était de 16128421€ (augmentation de 150% depuis 2002). Le reste à charge imputable au patient, les coûts indirects et intangibles subis par le patient, ses aidants ou la société ne sont pas considérés.

SESSION 8

16:00 – 17:30

Gouvernance hôpital – II

Management des changements organisationnels. Le cas de concentrations de services médicaux à l'Hôpital de Lorient.

Frédérique Quidu, EHESP, E. Briand et C. Le Borgnic, France. Frederique.quidu@ehesp.fr

Les modifications organisationnelles, coopération et alliance. Au cours de l'histoire de toute organisation se posent toujours les dilemmes « continuer à faire », « faire mais autrement », « faire avec » (coopération, alliance), ou « faire-faire » (impartition, sous-traitance). Dans la littérature, les relations interorganisationnelles sont fréquemment dénommées « coopérations » ou « alliances ». Ces deux termes étant souvent indifféremment employés pour des collaborations d'organisations. Elles se traduisent par « la mise en commun de ressources ou de compétences », ou « le partage d'actifs tangibles ou intangibles ». Toutefois, certains auteurs, à l'instar de Joly et d'Escaffre distinguent la « coopération » de l' « alliance ». Pour ce dernier, la coopération se traduit par la mise en commun de moyens ou par la fabrication commune d'un composant du produit final, ce dernier restant spécifique à chaque partenaire. Par contre, les partenaires s'allient (en utilisant leurs propres moyens) pour atteindre un objectif commun. L'alliance répond en quelque sorte à une menace. Sa définition rejoint celle de Couteau-Bégarie (dans son traité de stratégie) et Legault lorsqu'il définit les alliances militaires.

Dans le cas présent, nous montrerons comment a été conduite une réorganisation par concentration de moyens malgré un accroissement sensible des activités (« faire autrement »), ainsi que les conséquences probables d'une telle stratégie.

Département clinique régional de psychiatrie et organisation des services : le cas de la région de Québec

Hubert Wallot, Institut universitaire en santé mentale de Québec. wallotha@hotmail.com

Au Canada, les hôpitaux psychiatriques sont disparus ou ont ratatiné passablement, mais le Québec contient trois grands hôpitaux psychiatriques, les trois plus grands du pays, et le gouvernement a choisi d'élargir leur influence en leur conférant, moyennant certaines obligations, le titre d'institut. La présentation est une étude de cas au sujet de la transformation de l'organisation de la psychiatrie dans la ville de Québec, à partir d'une période où il existe trois départements de psychiatrie dans trois hôpitaux généraux et un département dans un hôpital psychiatrique jusqu'à la création d'un Institut universitaire de santé mentale responsable de l'organisation régionale de la psychiatrie, et auquel désormais tous les psychiatres de la région de Québec, travaillant dans le milieu hospitalier, sont désormais rattachés et mandatés pour donner des services dans divers sites, dont les hôpitaux généraux de la région. Un département clinique régional de psychiatrie est ainsi formellement créé en 2007. Une structure particulière est créée : les programmes clientèles, dont le directeur médical, relevant du directeur général, se trouve à être le chef du département de psychiatrie. En 2009,

l'Institut se retrouve en crise avec des bombes d'intensités diverses à divers sites. Des démissions nombreuses de psychiatres sur un site, la démission de la chef du département clinique régional de psychiatrie, un petit groupe de psychiatres dénonçant sur la place publique la supposée ingérence du directeur général dans la gestion médicale et un climat de terreur qui y serait associé. Il s'en suit un clivage et un fossé au sein même du groupe des psychiatres tandis que les médias véhiculent une image plutôt monolithique et biaisée du conflit. Le conseil d'administration se voit dans l'obligation de requérir l'expertise d'un "accompagnateur" pour démêler la crise. La situation s'est rétablie depuis avec l'arrivée d'un chef de département charismatique et l'effet non dit de "l'accompagnement" mentionné que certains ont vu comme une tutelle déguisée. La présentation veut montrer que des problèmes structurels constituaient déjà un écueil que la nouvelle institution allait rencontrer tôt ou tard, et qu'il y a des leçons à tirer pour la gestion d'organisations de soins psychiatriques de grande taille. Également, la question même de transformer un hôpital psychiatrique en un institut à vocation régionale et globale pour les soins psychiatriques sera confrontée à l'expérience italienne de la disparition des hôpitaux psychiatriques et à l'expérience française où l'hôpital psychiatrique est généralement le pivot de ce type de soins.

Pouvoirs et gouvernance : enjeux et limites de la décentralisation aux HUG.

Nicole Rosset, Hôpitaux universitaires de Genève, Isabelle Peyrot Perdrizet et Brigitte Rorive Feytmans, Suisse. Nicole.Rosset@hcuge.ch

Dans un contexte où les pressions sociales et politiques pour maîtriser les coûts de la santé tout en préservant, voire en améliorant, la qualité des prestations pèsent sur l'hôpital, la question de la gouvernance de ce type d'institution émerge à la fois comme un défi pour ses dirigeants et un champ d'étude pour ses observateurs (C. Matzinger). Qu'il appartienne au secteur public ou privé, marchand ou non marchand, l'hôpital est tenu de rendre des comptes, de faire état d'une allocation optimale des ressources qu'il mobilise, et de répondre aux attentes des différentes parties concernées par son activité.

Au cours de ces dernières années, la plupart des CHU européens ont été confrontés à la mise en œuvre d'une nouvelle gouvernance marquée par une réorganisation fonctionnelle et managériale, et une recherche d'équilibre entre instances de décisions et acteurs.

Le concept de gouvernance caractérise l'état des relations entre les acteurs d'une organisation qui cherchent à influencer le système de décisions afin de privilégier un intérêt et des objectifs personnels. Il rend compte des dispositifs et modalités d'allocation, de régulation et de contrôle des ressources engagées dans une activité productive (G. Charreaux, P-Y Gomez).

La gouvernance hospitalière des HUG, se caractérise comme un dispositif multilatéral à double niveau: le premier porte sur les relations entre les instances de décision des HUG et ses partenaires extérieures (autorité de tutelle, assureurs maladie, associations de patients) et le second sur les modes de régulation des différents acteurs au sein des HUG. Sur le plan interne, la gouvernance opérationnelle a introduit, il y a une dizaine d'années, le principe de décentralisation avec l'objectif d'améliorer les performances, de développer les synergies, d'harmoniser les pratiques et d'anticiper le changement grâce à une structure souple. Pour ce faire, cette gouvernance s'est appuyée sur les instances et principes suivantes : une centralisation au sommet (conseil d'administration), un exécutif central fort (comité de direction pluriprofessionnel), le principe de subsidiarité avec une décentralisation à la base (une entité de gestion autonome : le département dirigé par un comité de gestion) et deux organes de consultation (la commission consultative de direction et le collège des chefs de service).

Ce modèle visait à responsabiliser les acteurs médico-soignants des départements dans l'allocation de ressources, à développer une meilleure gestion des compétences médico soignantes et à passer d'une organisation bureaucratique à un management de proximité.

Mise en place d'une procédure d'examen des demandes pour la prise en charge pluridisciplinaire de patients domiciliés à l'étranger.

Mirela Caci, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Catherine Schaffner, Suisse. Mirela.Caci@chuv.ch

En tant que centre de soins spécialisé, le CHUV reçoit régulièrement des demandes de prise en charge provenant de patients domiciliés à l'étranger. Celles-ci peuvent émaner du patient lui-même, de sa famille, de son médecin traitant ou encore d'associations de soutien. Elles aboutissent au CHUV par différents canaux, par exemple une prise de contact avec un service clinique, le site internet, contact avec un collaborateur, etc. Les frais de ces prises en charge sont couverts par les patients eux-mêmes. L'examen des demandes de prise en charge médicale pour des patients

domiciliés et se trouvant à l'étranger au moment de la demande, doit porter sur des aspects médicaux, administratifs, éthiques et financiers, et doit être coordonné entre l'ensemble des services qui seront impliqués dans la prise en charge. En absence du patient, les possibilités d'élaboration d'un projet thérapeutique et d'estimation des frais sont limitées. Il est toutefois indispensable de fournir au patient avant son arrivée une information complète sur la prise en charge envisagée et des coûts attendus. Les demandes acceptées pour lesquelles des interventions complexes sont effectuées avec des complications importantes déviant du projet initial remettent parfois en cause le suivi du patient dans le pays d'origine et impliquent des coûts qui dépassent largement ce qui était estimé et couvert. Aussi, la décision d'entrée en matière sur la prise en charge de ces cas ne peut reposer sur le seul corps médical mais doit être validée par une instance centralisée par une approche pluridisciplinaire, permettant de garantir un traitement cohérent des demandes.

Vers une uniformisation européenne du financement des actes médicaux: Utilisation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) française pour financer un service d'urgence belge.

Marc Vranckx, CHU de Charleroi, Belgique. marc.vranckx@chu-charleroi.be

Objectif. Le financement de l'activité médicale des médecins belges est basé sur l'utilisation d'une nomenclature INAMI obsolète. Le libellé des procédures et actes techniques nécessite souvent la publication de règles interprétatives et les montants alloués à chaque code révèlent davantage la puissance d'influence de telle ou telle spécialité que leur réelle valeur intrinsèque. La nomenclature française « Classification Commune des Actes Médicaux » (CCAM) est un exemple moderne de codification des actes médicaux diagnostiques et thérapeutiques associée à un financement basé sur la lourdeur des actes et les ressources nécessaires développée depuis 1996 et généralisée depuis 2004. Les libellés ont été conçus pour être conformes aux recommandations européennes concernant les structures de catégorisation des procédures chirurgicales et construits sur base des outils ontologiques validés du projet GALEN (Generalised Architecture for Languages, Encyclopaedias and Nomenclatures in Medicine). Une étude pilote a démontré la faisabilité de son utilisation par un quartier opératoire belge. Cette classification des actes médicaux est-elle mieux adaptée que la nomenclature INAMI pour décrire l'activité technique des services d'urgence en Belgique ? Quel serait l'impact sur son financement si cette nomenclature française était substituée à l'actuelle nomenclature belge ?

SESSION 9

16:00 – 17:30

Gestion des risques

Gouvernance des blocs opératoire : au cœur de la complexité .

Florence Hut, Belgique

Les quartiers opératoires sont considérés depuis longtemps comme les structures de l'hôpital les plus difficiles à manager. De nombreux facteurs contribuent aux difficultés d'organisation au quartier opératoire. Les plus fréquemment cités sont le nombre de services qui interagissent étroitement avec des objectifs, des contraintes et des cultures différents. Le stress permanent, le manque d'autorité et les conflits interpersonnels sont d'autres sources de tensions et de conflits. Ils demandent des réponses immédiates, fermes et adaptées, auxquelles le personnel de direction du quartier opératoire est rarement formé.

Une littérature abondante décrit les compétences requises pour gérer un quartier opératoire. Sont le plus souvent évoqués un savoir-faire dans la gestion des ressources humaines, dans la communication et dans les relations publiques, une connaissance des budgets et des finances de l'environnement juridique et éthique. Ces vertus ne doivent en rien minimiser l'intérêt de l'expertise technique et technologique, de la familiarité avec les équipements et de la capacité à résoudre avec calme et rapidité une série de problèmes techniques qui mettent parfois en jeu la sécurité des patients.

Les difficultés rencontrées par les hôpitaux pour faire fonctionner leurs blocs opératoires sont universelles même s'il existe des différences culturelles notamment dans les modes d'organisation, les rapports à la hiérarchie et les environnements hospitaliers.

Les problèmes de tous les quartiers opératoires ont trait à la communication, aux identités professionnelles fortes et au partage des contraintes liées à chaque type de métier. C'est un espace où la technologie est poussée. L'expertise peut à certains moments devenir une forme de pouvoir.

D'autant que sa vitesse d'évolution et l'adaptation des compétences sont devenues des enjeux difficiles. L'exercice de l'autorité est le plus souvent débridé, avec des croyances et des peurs mal contrôlées. Les problèmes de sécurité sont réels et ils doivent être maîtrisés. En pratique, ils sont souvent instrumentalisés pour asseoir des décisions peu rationnelles.

L'incertitude est permanente et plutôt que de l'accepter, une énergie considérable est déployée pour essayer de la maîtriser et de la nier.

La tentation est de mettre en place des règles et des procédures toujours plus contraignantes qui, même si elles ne sont pas contradictoires entre elles, sont souvent vouées à l'échec et source de plus de problèmes que de solutions.

D'un point de vue sociologique, la vie au quartier opératoire se caractérise par l'absence de perception collective et par la cohabitation de nombreuses logiques individuelles. Le quartier opératoire, ses équipements et son personnel font l'objet d'appropriations illégitimes par les utilisateurs, alors que fondamentalement les seuls propriétaires du quartier opératoire sont les patients. La tendance est à l'autocratie des individus, sans autocritique ni empathie vis-à-vis des autres. Il en résulte une frontière ténue entre l'ordre et le chaos et des résistances élevées au changement.

Les directions d'hôpitaux s'attachent davantage aux contraintes légales, au respect des normes, aux contraintes de financement et aux logiques économiques. Les acteurs de terrain se sentent incompris et déplorent l'absence de réponse à leurs attentes.

Pour trouver des solutions aux problèmes, les directions cherchent des réponses pragmatiques et structurées. Elles font souvent le choix de se tourner vers des outils de gestion modernes et validés. Les logiciels de gestion pour les blocs opératoires constituent un marché en plein essor. Ils valorisent les mérites du pilotage par indicateurs et permettent de mettre en place une série d'outils pour dépassionner les débats et asseoir les décisions. Ils annoncent une planification efficace avec une augmentation de productivité à la clé, une réduction des ajustements et des changements de dernière minute grâce à une intégration des processus et des fonctions chirurgicales. Ils permettent un accès rapide à l'information, la gestion des activités en temps réel et la réalisation aisée et automatisée de tableaux de bord. Peu d'hôpitaux ont réussi une maîtrise totale des outils, et leur mise en production est longue et séquencée. Aucun de ces outils ne se substitue ni à la négociation, ni à l'ajustement mutuel ni à l'impulsion de dynamiques de changement, ce qui est à l'origine d'une partie des échecs de ce type de projet et de la déception qu'ils génèrent auprès du personnel du bloc opératoire.

D'autres voies sont explorées pour obtenir une meilleure maîtrise par la professionnalisation et la création de nouveaux métiers se créent. C'est le cas notamment des infirmiers anesthésistes, des coordinateurs de programme opératoire et de la préparation préopératoire.

Aux Etats-Unis, depuis plus de 10 ans, ce sont les pharmaciens qui ont investi les quartiers opératoires. Leur rôle est bien périmétré, ils assurent le suivi des médicaments et des dispositifs médicaux, l'approvisionnement, la gestion des stocks, l'étude des flux et de la logistique de toutes les spécialités médico-pharmaceutiques du quartier opératoire.

La plupart de ces nouveaux métiers sont des expériences "pilotes" encourageantes mais se pose le problème de leur définir un statut, un périmètre d'action, des responsabilités et une ligne hiérarchique qui reste trop souvent floue au regard de leur rôle transversal.

La reconnaissance de l'impossible maîtrise de l'organisation et l'acceptation qu'il existe une place centrale de l'action humaine dans le développement sont une nouvelle voie de réflexion sur les problèmes de gouvernance dans les quartiers opératoires. Elles permettent d'aborder l'incertitude sous l'angle d'une opportunité plutôt que dans une dynamique de lutte et d'élargir la réflexion sur une gestion collective et individuelle de la complexité.

Enfin, elles plaident en faveur de l'idée que le centre de gravité n'est plus constitué par les règlements mais par l'intérêt collectif.

Evaluation prospective et systématique des risques potentiels pour les patients admis en salle d'opération dans un hôpital universitaire.

André Vagnair, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Alessandro Foletti et Jean-Blaise Wasserfallen, Suisse. Andre.Vagnair@chuv.ch

Résumé

En cohérence avec la politique institutionnelle d'assurance qualité, la démarche d'élaboration d'une cartographie des risques pour nos blocs opératoires a permis de disposer d'une vision plus précise de la réalité. La priorisation des risques a été calculée sur la base d'une estimation de la probabilité d'apparition des différents événements indésirables identifiés et de la gravité de leurs conséquences. Elle permet d'orienter nos réflexions pour l'identification de mesures additionnelles de prévention visant à supprimer ou diminuer tant que possible les risques résiduels, en regard des mesures déjà existantes.

Riassunto

In linea con la politica della qualità istituzionale, l'analisi dei rischi inerenti ai blocchi operatori dell'ospedale, ha permesso di ottenere una visione più precisa e più strutturata dei rischi encorsi dai pazienti. I rischi sono stati stimati qualitativamente in base alla probabilità di realizzazione dell'evento soggiacente (scala 1-4) e alla gravità delle conseguenze (scala 1-4). La loro conseguente prioritizzazione, ha poi permesso di focalizzare e orientare, sui rischi maggiori, le risorse e le riflessioni necessarie all'identificazione di misure preventive, complementari a quelle già esistenti, atte a ridurre al minimo il rischio residuo.

La gestion des déchets dangereux d'activités de soins.

Brigitte Chardon, Centre pour l'Environnement, le Développement Durable et l'Education à la Santé, France. chardonb@aol.com

Résumé

Les déchets dangereux d'activités de soins présentent des risques infectieux, chimiques, toxiques, radioactifs.

Une stratégie active de gestion optimale, à chaque étape des filières d'élimination, repose sur une démarche systémique incluant l'intégration des contraintes (organisationnelles, structurelles, réglementaires, budgétaires), la planification des tâches, la formation de tous les personnels, la prise en compte des transversalités des thématiques (déchets, énergie, achats,...).

Elle garantit la protection de la santé et de l'environnement, l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins, et le développement durable en santé.

Resumen

Los desechos peligrosos de atención de salud presentan riesgos infecciosos, químicos, tóxicos, radiactivos.

Una estrategia activa de gestión óptima, a cada etapa de rutas de eliminación, se apoya sobre un enfoque sistémico incluyendo la integración de imperativos (organizacionales, estructurales, reglamentarios, presupuestarios), la planificación de cometidos, la formación de todos los personales, la toma en cuenta de transversalidades de temáticas (desechos, energía, compras,...).

Esa garantiza la protección de la salud y del medio ambiente, la mejora continua de la cualidad y seguridad de los cuidados, y desarrollo sostenible en salud.

Gestión de riesgos sanitarios. Análisis de un evento centinela pediátrico.

Armando Martínez Ramírez, Universidad de Guadalajara, Salvador Chávez Ramírez, Enriqueta Guadalupe Cambero González, Arturo Plasencia Hernández, Carlos Clemente Rivera Mendoza et Alejandro González Mares, México. drmartinezr@hotmail.com

Resumen

La orientación de nuestra comunicación se incluye dentro del tema principal del XXII Congreso de ALASS : La Administración en todos sus aspectos: de la Gestión de los Sistemas de la Salud a la atención del paciente, en el nivel de la mesa y micro gestión de los servicios, particularmente en cuanto a la gestión de riesgos sanitarios se refiere. Consideramos aporta a responder la cuestión ¿las instituciones de salud están organizadas de la forma más lógica y eficaz posible?. Corresponde a un trabajo de continuidad con la comunicación presentada en CALASS 2010 en la Ciudad de México DF. En este sentido sugerimos que nuestro trabajo sea incluido en la sesión 10: "Papel de la gestión de riesgos y de la gestión de la calidad en la organización y la atención sanitaria".

Objetivo. Generar una metodología que permita la valoración prospectiva de los Eventos Centinela a través de la identificación y mejora de los pasos del proceso de atención, para garantizar razonablemente unos resultados seguros y clínicamente deseables.

Contexto y Descripción del Problema. Desde la publicación en 1999 del informe TO ERR IS HUMAN, la seguridad del paciente y la gestión de riesgos se han convertido en temas centrales de la política sanitaria mundial; Así mismo, la gravedad de los eventos adversos relacionados en la atención hospitalaria ha captado la atención de la sociedad que exige mayor transparencia ante las fallas o defectos en el funcionamiento de los servicios en los hospitales; de los profesionales de la salud que incrementan cada día las medidas dirigidas a la contención de riesgos (protocolos, programas,

regulaciones, etc.); y de los políticos que definen objetivos, acciones y realizan cambios a nivel nacional e internacional.

Résumé

L'orientation de cette communication est incluse dans le thème principale du XXII Congrès d'ALASS : « L'administration de tous les aspects de la gestion des systèmes de la Santé à l'attention des patients », dans le niveau de la méso et la micro-gestion des services, particulièrement en ce qui concerne la gestion des risques sanitaires. Tout en considérant donner une réponse valide à la question suivante : les institutions de santé sont-elles organisées d'une forme logique et la plus effective possible ?

Cette document est tout-à-fait en rapport à celle qu'avait été présentée en CALASS 2010, à la ville de Mexico D. F. Dans ce sens nous vous recommandions que notre travail soit incluse dans la session 10 : dont « Le rôle de la gestion des risques et la gestion de la qualité dans l'organisation et l'attention sanitaire ».

Objectif: Générer une méthodologie qui permet l'appréciation prospective des événements sentinelle à travers de l'identification et des améliorations des phases du processus d'attention, tout en essayant de garantir d'une façon raisonnable des résultats positifs et cliniquement désirables.

Contexte et description du problème : Dès la publication de l'informe TO ERR IS HUMAN, l'année de 1999, la sécurité des patients et la gestion des risques se sont transformées dans des thèmes centrales de la politique sanitaire mondiale. Au même temps, la gravité des événements adverses reliés à l'attention des patients dans des hôpitaux ont capturé l'attention de la société qui exigée une amélioration de la transparence face aux erreurs ou envers les défauts du fonctionnement des services dans des hôpitaux ; envers la pratique des professionnels de la santé qui augmentent chaque jours les moyens ou les stratégies dirigées au contrôle des risques (protocoles, programmes, régulations sanitaires, etc.); et envers les politiques qui désignent les objectifs, les actions et qui font les changements au niveau national et international.

SESSION 10

16:00 – 17:30

Compétences

El sistema único de habilitación en salud en las acciones de salud pública. Una mirada desde la fisioterapia.

Diana Alexandra Camargo, Universidad Nacional de Colombia, Yúber Liliana Rodríguez et Bernardo Castiblanco Torres, Colombia. dacamargor@gmail.com

Resumen:

Objetivo: Identificar los requisitos del Sistema Único de Habilitación Colombiano (SUH) aplicables a las intervenciones de fisioterapia en Salud Pública. Método: Revisión Temática de la normatividad del SUH, la evolución del Sistema de Salud Colombiano y las intervenciones en Salud Pública. Conclusiones: El Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, hace énfasis claramente en la calidad de los servicios asistenciales ofertados dentro del Sistema de Salud. En relación a las intervenciones de fisioterapia, se encuentran requerimientos mínimos para la habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, sin embargo para las acciones de Promoción y Prevención se plantean de manera general, lo que genera gran variabilidad en las acciones con grupos poblacionales y comunidades, afectando la confiabilidad y validez de las mismas.

Résumé :

Objectif: identifier les exigences du Système Unique Habilitation (S.U.H) de la Colombie applicables aux interventions de physiothérapie dans la Santé Publique. Méthode: Examen thématique de la réglementation des S.U.H, l'évolution du système de santé colombien et les interventions de santé publique. Conclusions: Le système obligatoire d'assurance de la qualité, souligne clairement la qualité des services de soins offerts au sein du système de santé. En ce qui, concerne les interventions de physiothérapie, sont des exigences réduit pour habilité des établissements de services de santé, cependant pour la promotion et des actions de prévention générale surviennent, habilitation la variabilité dans les groupes d'action communautaire et les populations, qui affectent la fiabilité et la validité d'entre eux.

Gestão do trabalho e educação permanente no sistema de saúde brasileiro.

Marluce Maria Araújo Assis, Universidade Estadual de Feira de Santana, Josenildo de Sousa Alves, Erenilde Marques de Cerqueira et Adriano Maia dos Santos, Brasil. marluce.assis@pesquisador.cnpq.br

Introdução: A formulação de políticas relativas aos trabalhadores do sistema de saúde brasileiro, organizam-se em torno de duas questões principais que, ao longo dos anos, vem sendo tratadas em espaços específicos: gestão dos processos que asseguram a presença dos trabalhadores no sistema, e os processos de qualificação dessa força de trabalho, no sentido de adequá-la às necessidades impostas pela oferta de ações e serviços de saúde à população usuária do sistema. A Gestão do Trabalho em Saúde (GTS) e a Educação Permanente em Saúde (EPS) constituem em componentes ideológicos e políticos que envolvem a concepção de práticas em saúde e como o trabalho é produzido no ato de cuidar das pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, devido à falta de vinculação do trabalhador ao sistema municipal, a gestão teria maior dificuldade em propor mudanças no modelo de atenção, e em consequência, no processo de trabalho. Nesse sentido, as práticas e produção de serviços de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS estariam comprometidas, muitas vezes, pela falta de qualificação, motivação e envolvimento dos trabalhadores.

Objetivos: analisar a GTS e a EPS em um município do Sudoeste da Bahia, Brasil, em relação à vinculação, as condições de trabalho e as relações estabelecidas entre trabalhadores e dirigentes no processo de participação da gestão; mapear o perfil sócio-profissional do trabalhador SUS; discutir a vinculação do trabalhador e os descompassos entre o ideário do SUS e seu cotidiano; analisar os processos de EPS e a constituição de sujeitos na produção cotidiana; identificar avanços e limites da EPS enquanto dispositivo de motivação para o trabalho.

Método: estudo qualitativo que utiliza também a abordagem quantitativa em uma das etapas da pesquisa, referente ao perfil sócio-profissional dos trabalhadores do SUS. O recorte de análise constitui-se na análise da GTS e EPS. Os participantes do estudo: trabalhadores do SUS, dirigentes e informantes-chave que ocupam espaços estratégicos de decisão no sistema local de saúde e que definem as políticas de saúde do município, totalizando 14 entrevistados. A parte quantitativa teve como população de estudo 390 trabalhadores de saúde. O tamanho da amostra foi definido com base numa amostragem aleatória simples sem reposição, considerando a proporção de trabalhadores da USF e da UBS (71,7%), admitindo-se um erro máximo de 5%, com nível de significância de 5%. Técnicas de coleta de dados: formulário, entrevista semi-estruturada com os três grupos de sujeito, complementado com a análise documental. O tratamento do material empírico dos dados quantitativos foi realizado por meio da análise de frequência absoluta e relativa. Em relação aos dados qualitativos foi utilizada a análise de conteúdo temática das entrevistas com base em Minayo (2008). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS.

Formação e trabalho coletivo na saúde pública: indissociabilidade e interpenetração de corpus saberes epistêmicos, ergológicos e reservas de alternativas.

Edna Maria Goulart Joazeiro, Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil. emgoulart@uol.com.br

Resumo

Nas sociedades marcadas pela desigualdade social, pelas múltiplas expressões da questão social, inúmeras são as dificuldades que se colocam para a efetivação do direito à saúde, para a formação e para o exercício do trabalho na área da saúde pública. O objetivo do estudo foi refletir sobre os dilemas postos a quem supervisiona estudantes-estagiários, na realização do trabalho assistencial de natureza coletiva na saúde pública. Nesse espaço são convocados os saberes nascidos em diversos campos disciplinares, alguns circunscritos ao campo de saber da própria profissão e outros ameadados no decorrer da realização da atividade realizada em relação de heterodeterminação, de interdependência e de interpenetração com outros saberes na trama do cuidado com a vida do outro na área da saúde. Utilizamos metodologia qualitativa - depoimentos gravados e transcritos – analisados mediante o uso de ferramentas analíticas da Ergologia para descompartmentalizar saberes apreendendo aqueles que são nascidos do corpus de saberes da disciplina epistêmica e os nascidos da e na atividade real dos supervisores, na atividade humana imprescritível, os saberes ergológicos, que são indispensáveis para gerir, fazer escolhas, cuidar, enfim, “ir de encontro com a vida dos outros” (SCHWARTZ). Dada a relação de trabalho coletivo nesse campo a indissociabilidade entre os saberes e os desafios compartilhados com as diversas áreas reaparecem, revelando o dilema coletivo que se coloca como imperativo ético nesse campo de trabalho, de saber

e de poder que precisa consolidar escolhas de caminhos a serem trilhado pela Política Pública de Saúde e que requer o uso de ferramentas apropriadas para um conhecimento aprofundado desse campo de intervenção.

Résumé

Dans les sociétés marquées par l'inégalité sociale, par l'émergence de multiples expressions de la « question sociale », innombrables sont les difficultés qui se posent pour l'effectivité du droit à la santé, pour la formation et l'exercice du travail d'assistance dans la santé publique. Le but de cet étude c'était de réfléchir sur les dilemmes posés à celui qui supervise des étudiants-stagiaires pendant la réalisation du travail d'assistance de nature collective dans le champ de la santé publique. À ce milieu sont convoqués les savoirs nés aux divers champs disciplinaires, quelques uns limités au champ de savoir de sa propre profession et d'autres amassés peu à peu au cours de la réalisation de son activité, qui se passe en relation de heterodétermination, d'interdépendance et d'interpénétration avec d'autres savoirs à la trame du soin avec la vie d'autrui dans le champ de la santé. On a utilisé la méthodologie qualitative – témoignages enregistrées et transcrites – analysés avec l'usage d'outils analytiques de l' Ergologie pour décloisonner les savoirs, se saisissant ceux qui sont nés du corpus des savoirs de la discipline épistémique et ceux nés de la et dans l'activité réel des superviseurs, à l'activité humaine imprescriptible, en d'autres termes, les savoirs ergologiques indispensables pour gérer, faire des choix, soigner, enfin, « aller à la rencontre de la vie d'autres » (SCHWARTZ). Donnée la relation de travail collectif dans ce champ d'intervention, l'indissociabilité entre les divers savoirs et les défis copartagés avec les divers champs réapparaît, en révélant le dilemme collectif qui se place comme impératif éthique dans cet espace de travail, de savoir et de pouvoir qui a besoin de choix des chemins à être roulé par la Politique Publique de Santé et qui demande l'usage d' outils appropriés pour une connaissance creusée de ce champ d'intervention.

A Brasilidade da saúde coletiva: inovação na formação de novos sujeitos profissionais para gestão em saúde

Mariana Bertol Leal, Universidade de São Paulo, Alcindo Antônio Ferla, Kenneth Rochel de Camargo Junior et Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Brasil. marianabertolleal@gmail.com

A Saúde Coletiva reinventou formas de, no conjunto, na articulação e na intercessão das disciplinas, responder aos inúmeros e complexos questionamentos que se colocam na produção dos modos e das condições de vida. Pode-se entendê-la como um recorte do campo da saúde, sendo parte de uma matriz que transversaliza um conjunto de áreas para, a partir das interseções, produzir saberes e práticas. Assim, podemos entendê-la como uma parte dinâmica com inserção e interferência no campo da saúde com base em pelo menos dois planos de inserção na matriz da saúde, que interagem e dão significado singular a esse campo tipicamente brasileiro. Assim, a constituição deste campo de produção de conhecimento, de saberes e, por consequência, de produção de ações e práticas, foi marcada pela ousadia na junção e intercessão entre as áreas específicas para produzir um novo que reunisse a riqueza das partes e das especificidades.

O estudo buscou explorar a trajetória histórico-política-conceitual da constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil apoiado em uma metodologia que se utiliza de elementos analíticos da própria reflexão que o estudo traz. Os diferentes significados da Saúde Coletiva foram apresentados a partir do material empírico, bem como de uma análise considerando outros olhares sobre o mesmo objeto, pela qual se buscou construir um olhar autoral sobre o objeto estudado. Desenvolveu-se, através das bases de dados empíricas e teórico-conceituais, uma análise sobre a Saúde Coletiva no Brasil para compreender o campo a partir de um olhar crítico sobre a cientifização das áreas de conhecimento. Considerando a singularidade de um campo ainda em transformação – que se constituiu em um cenário político particular, onde a Reforma Sanitária Brasileira estava em construção – compreende-se sua conformação enquanto um campo de saberes e práticas militantes, para a construção de novos paradigmas para explicar e intervir na saúde do povo brasileiro.

XXIIème Congrès de l' ALASS. 1-3 Septembre 2011

Thème principal du congrès : La gouvernance dans tous ses états : de la gestion des systèmes de santé à la prise en charge du patient.

Vendredi 2 septembre

Session plénière III

Horaire : 09:00 - 10:00

La gouvernance des catastrophes sanitaires au plan mondial.

Patrick Zuber, Organisation mondiale de la santé (OMS)

Session plénière IV

Horaire : 10:00 - 11:00

L'implication du tourisme médical sur la gouvernance des systèmes de santé.

Pierre-Yves Geoffard, Paris Jourdans sciences économiques, école normale supérieure

SESSION 11

11:30 – 13:00

Projet Européen ECHOUTCOME : Consortium Européen sur la mesure des résultats en santé et études coût-efficacité- I

El proyecto Europeo ECHOUTCOME: Consortium Europeo en medidas de salud y estudios de coste-beneficio - I

ECHOUTCOME: il progetto europeo sulla misurazione degli outcome sanitari e dell'analisi costo-efficacia - I

Président : Ariel Beresniak, Data Mining International (Suisse), ECHOUTCOME Project leader

Présentation générale du projet ECHOUTCOME / *Una Introducción general al proyecto ECHOUTCOME / Presentazione generale del progetto ECHOUTCOME*

Ariel Beresniak, Data Mining International (Suisse)

Comparaisons multicritères des systèmes de santé des 27 pays membres de l'Union Européenne et fondations théoriques des indicateurs QALYs et DALYs / *Comparación teórica de los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) entre los 27 miembros de la Unión Europea / Analisi comparativa dei sistemi sanitari nei 27 Paesi dell'Unione Europea e fondamenti teorici degli indicatori QALYs e DALYs*

Gérard Duru, Cyklad Group (France)

Le HTA et les décisions quotidiennes en pratique médicale / Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la toma de decisiones médicas en la práctica diaria / *L'HTA e le decisioni di corrente pratica clinica.*

Alain De Wever, Université Libre de Bruxelles, Belgique

Ecart entre théorie et pratique de l'utilisation de QALY (année de vie ajustée par la qualité) en Italie / La brecha entre teoría y práctica de usar años de vida ajustados por calidad (QALY) en Italia / *Quali differenze tra la teoria e l'utilizzo dei QALYs in Italia.*

Antonietta Medina Lara, Università Bocconi, Italia

SESSION 12

11:30 – 13:00

Evaluation technologique

Effets et impacts de l'évaluation des technologies en santé en milieu hospitalier : une synthèse des connaissances.

Marie Desmartis, Centre de recherche du CHUQ, M.P.Gagnon, A.Ben Abdeljelil, M.Ouimet, M.Rhainds, M.Coulombe, J.Gagnon, M.St-Pierre et F. Légaré, Québec. Marie.Desmartis@crsfa.ulaval.ca

Objectifs de la recherche. Réaliser une synthèse des connaissances sur les effets et les impacts de l'évaluation des technologies en santé (ETS) réalisée en milieu hospitalier ou au niveau local, ainsi que sur son utilité pour soutenir la prise de décisions. Identifier les obstacles et les principaux éléments qui facilitent la mise en application et le succès de l'ETS en milieu hospitalier ou au niveau local.

Contexte. Les progrès de la médecine et l'innovation technologique sont en grande partie responsables de la hausse des coûts des services de santé. L'ETS est considérée comme une approche stratégique globale pour s'assurer de l'efficacité des dépenses liées aux pratiques, aux programmes et aux technologies de santé. Au Canada, où les systèmes de soins de santé sont décentralisés, les technologies médicales sont surtout déployées à l'échelle régionale et locale, et en milieu hospitalier. Le Québec est la seule province au Canada où l'ETS en milieu hospitalier est réglementée. Afin d'étudier la possibilité de mettre en place dans chacune des provinces canadiennes, à l'instar du Québec, un processus officiel d'ETS en milieu hospitalier, il est indispensable d'évaluer préalablement l'efficacité et les impacts d'un tel processus.

Théories, méthodes, modèles et matériaux utilisés. Une synthèse accélérée des connaissances sur l'ETS dans les hôpitaux ou au niveau local a été réalisée à partir de la littérature scientifique, de la documentation technique publiée ou non publiée et de la consultation d'experts. Des recherches documentaires standardisées ont d'abord été effectuées dans plusieurs bases de données pertinentes. Des recherches ont également été réalisées dans les sites Web des agences et des unités hospitalières d'ETS au Canada. Finalement, des experts canadiens et internationaux en ETS ont été contactés.

Evaluation médico-économique de l'imagerie par résonance magnétique cardiaque par rapport à la coronarographie dans la prise en charge des coronaropathies.

Karine Moschetti, Université de Lausanne C. Pinget, S. Muzzarelli, O. Bruder, H. Mahrholdt, JB. Wasserfallen et J. Schwitter, Suisse, Allemagne. karine.moschetti@chuv.ch

Contexte. Dans de nombreux pays, les coronaropathies sont un problème de santé publique. Les récents progrès technologiques ont fait émerger l'IRM cardiaque (IRMC) comme une technique robuste et fiable dans la détection des ischémies chez les patients avec maladies coronariennes connues ou suspectes. Les possibilités de fournir des informations tant morphologiques que fonctionnelles conduisent aujourd'hui à une utilisation de l'IRM comme examen alternatif voire en première intention dans de nombreux centres. Cependant, l'angiographie coronaire (AC) ou coronarographie reste l'examen de référence dans l'évaluation des maladies coronariennes dans de nombreux pays. Cette étude porte sur deux stratégies de prise en charge des maladies coronariennes : 1) une AC effectuée à la totalité des patients ou 2) une AC effectuée seulement aux patients diagnostiqués positifs à une ischémie au cours d'une IRMC préalable.

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer les coûts des deux stratégies de prise en charge des coronaropathies en Allemagne (DE) et en Suisse (CH), d'un point de vue de l'assurance maladie.

Evaluation médico-économique de la radiothérapie intraopératoire (IORT) pour le traitement du cancer du sein.

Christophe Pinget, Centre hospitalier universitaire vaudoise, J.F.Delaloye et J.B.Wasserfallen, Suisse. Christophe.Pinget@chuv.ch

Contexte: Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. En Suisse, une femme sur huit développe un cancer du sein au cours de sa vie, ce qui représente 5'200 nouveaux cas et 1'350 décès par année. Lorsque la tumeur mesure <3 cm et en l'absence de métastases, la procédure standard est une tumorectomie suivie de 33 séances de radiothérapie ambulatoire réparties sur 7 semaines. Pour les patientes âgées, on procède à 14 séances de radiothérapie ambulatoire à plus forte dose. La radiothérapie intra-opératoire (IORT) est une nouvelle technique de prise en charge qui s'adresse aux patientes post-ménopausées ayant une tumeur de taille réduite (inférieure ou égale à 2 cm). Un accélérateur linéaire installé au bloc opératoire permet d'irradier directement le lit tumoral après l'ablation de la tumeur avant la fermeture de l'incision. L'IORT remplace les séances de radiothérapie ambulatoire.

Objectif: Evaluer le coût incrémental de l'introduction de l'IORT en adoptant successivement trois points de vue : L'hôpital, le système de santé, le tiers payant.

Méthode: Les données économiques sont issues de la comptabilité analytique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et sont basées sur le contexte institutionnel vaudois. L'utilisation de l'IORT n'a pas d'impact sur le groupage DRG. Cette technique nécessite un appareil de radiothérapie dédié et rallonge l'intervention chirurgicale de 30 minutes. On considère 40 patients éligibles par année au CHUV.

Evaluer l'impact économique d'une recommandation de prescription émise par un médecin biologiste dans un contexte de forfaitarisation.

Isabelle Montaigne, Cliniques Universitaires St. LUC, Sébastien Gourdin et Marianne Philippe, Belgique. Isabelle.montaigne@uclouvain.be

Résumé

Le contexte de financement pousse les biologistes à rationaliser les coûts liés au laboratoire de biologie clinique. Par conséquent, ils s'efforcent d'émettre des recommandations auprès des prescripteurs pour diminuer les demandes ne contribuant ni au diagnostic ni au traitement des patients. Ce travail à réaliser auprès des prescripteurs représente un investissement en temps important pour les biologistes. Afin de pouvoir prioriser les campagnes de recommandation à la juste-prescription auprès des prescripteurs, nous avons développé un outil permettant d'estimer l'impact économique de chaque campagne potentielle.

Resumen

El contexto de financiación obliga a los biólogos a racionalizar los costes vinculados al laboratorio de biología clínica. Por lo tanto, se esfuerzan en emitir recomendaciones a los prescriptores para reducir el número de solicitudes que no contribuyen ni al diagnóstico ni al tratamiento de los pacientes. Este trabajo que debe realizarse ante los prescriptores representa una inversión en tiempo importante para los biólogos. Con el fin de poder dar la prioridad a las campañas de recomendación para el uso racionalizado de las pruebas ante los prescriptores, desarrollamos una herramienta que permite medir el impacto económico de cada campaña potencial.

SESSION 13

11:30 – 13:00

Mesurer les événements indésirables liés aux soins: le défi des données

Les événements indésirables graves dans les établissements de santé (enquête ENEIS) : quels résultats en 2009 ?

Philippe Michel, CCECQA Céline Moty-Monnereau, Christelle Minodier, Monique Lathelize, Sandrine Domecq, Mylène Chaleix, Marion Kret, Régine Bru-Sonnet, Jean-Luc Quenon et Lucile Olier, France. philippe.michel@ccecqa.asso.fr

Le ministère chargé de la santé (direction de la recherche de l'évaluation et des statistiques DREES) a réédité en 2009 l'Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS), le Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA) ayant assuré, comme en 2004, la maîtrise d'œuvre de cette enquête. L'objectif principal était d'estimer la fréquence et la part d'évitabilité des événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé et d'observer les évolutions par rapport à l'enquête de

2004. En 2009, 374 EIG ont été identifiés au cours de l'enquête, dont 214 sont survenus au cours de l'hospitalisation et 160 sont à l'origine d'une hospitalisation.

Parmi les EIG survenus en cours d'hospitalisation, dont le nombre est évalué en moyenne à 6,2 pour 1000 journées d'hospitalisation, 87 ont été identifiés comme « évitables », soit 2,6 pour 1000 journées. Par ailleurs, ont été observés en moyenne pour 1000 jours d'hospitalisation, 1,7 EIG évitable ayant entraîné une prolongation d'hospitalisation et 1,7 EIG évitable ayant pour origine des actes invasifs ou des interventions chirurgicales. Enfin, la fragilité du patient est le premier facteur contributif à la survenue d'un EIG.

Concernant les EIG à l'origine d'hospitalisations, 4,5% des séjours ont été causés par un EIG et 2,6 % l'ont été par un EIG évitable, associé dans plus de la moitié des cas à des produits de santé. En outre, 119 EIG ont été identifiés en médecine ambulatoire ; tous ne résultaient pas pour autant d'une pratique « de ville » car certains ont été cliniquement reliés à des hospitalisations antécédentes. Les 41 autres hospitalisations pour EIG résultent d'un transfert direct d'une hospitalisation précédente.

Globalement, les résultats de 2009 sont proches de ceux de 2004. La stabilité des indicateurs sur la période étudiée ne permet toutefois pas de conclure à l'absence de changements en termes de culture de sécurité et de comportements des acteurs du système de santé, lesquels ne sont pas mesurés par les indicateurs. Elle ne signifie pas non plus absence de résultats des actions entreprises : d'une part, les indicateurs utilisés ne sont pas adaptés pour mesurer l'impact d'actions sectorielles ; d'autre part, la modification de la structure d'âge des patients hospitalisés, la complexité technique des actes et des prises en charge et les modifications des conditions de travail, avérées sur la période étudiée, auraient pu augmenter les risques et la fréquence des EIG.

Adaptation au codage CIM-10 de 15 indicateurs de la sécurité des patients proposés par l'Agence étasunienne pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ).

Jean-Marie Januel, Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Chantal M. Couris, Jean-Christophe Luthi, Patricia Halfon, Béatrice Trombert-Pavito, Hude Quan, Saskia Drösler, Vijaya Sundararjan, Eric Pradat, Sandrine Touzet, Eugene Wen, Jennie Shephard, Greg Webster, Patrick S. Roman, Lawrence So, Lori Moskal, Linda Tournay-Lewis, Latitha Sundaresan, Edward Kelley, Nick Klazinga, William A. Ghali, Cyrille Colin et Bernard Burnand, pour les investigateurs du groupe IMECCHI, Suisse. Jean-Marie.Januel@chuv.ch

Position du problème: Aux Etats-Unis, l'Agence pour la recherche et la qualité des soins de santé (AHRQ) a développé 20 indicateurs de la sécurité des patients afin de mesurer la survenue d'événements indésirables liés aux soins (EIS) à partir des données médico-administratives codées selon la 9^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-9-CM). L'adaptation de ces indicateurs de sécurité des patients (Patient Safety Indicators = PSI) à la version OMS de la CIM-10 du codage des diagnostics a été réalisée par un consortium international.

Méthodes: Les codes diagnostiques CIM-9-CM proposés par l'AHRQ ont été transcodés en CIM-10-OMS parallèlement par deux équipes. Un processus Delphi a été utilisé par des experts de six pays qui ont évalué indépendamment chaque code en précisant s'il était « inclus », « exclu » ou « incertain ». Les experts se sont ensuite réunis pour discuter les codes qui n'avaient pas obtenu un consensus et les codes additionnels proposés.

Résultats: 15 PSI ont été adaptés. Parmi les 2569 codes diagnostiques proposés, 1775 ont été adoptés unanimement d'emblée. Les 794 codes restants et 2541 codes additionnels ont été discutés. Trois documents ont été préparés: 1) une liste de codes CIM-10-OMS pour les 15 PSI adaptés; 2) des recommandations destinées à l'AHRQ pour l'amélioration du cadre nosologique et du codage des PSI avec la CIM-9-CM; 3) des recommandations destinées à l'OMS pour améliorer la CIM-10.

Conclusion: Dans ce projet il s'agissait tout d'abord de contrôler la validité de contenu des algorithmes L'adaptation internationale à la CIM-10 d'une liste commune de 15 PSI a montré qu'il était possible de mesurer ces indicateurs construits à partir de bases de données médico-administratives de pays différents, sous certaines conditions. Bien que les déterminants des variations potentielles entre les pays restent à explorer, l'utilisation des DRG comme variable d'ajustement pour des comparaisons internationales n'étant pas possible actuellement, d'autres modèles doivent être développés et évalués, incluant le nombre de diagnostics secondaires codés, par exemple. Aussi, la détermination de la validité et de la fiabilité des PSI adaptés à la CIM-10 sont des étapes nécessaires avant de les utiliser en routine et doivent faire l'objet d'une évaluation plus approfondie avant leur utilisation.

Evaluer les effets sur la sécurité des patients, de la mise en place généralisée des DRGs pour le remboursement des soins dans les hôpitaux en Suisse.

Jean-Marie Januel , Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Hervé Guillain, Patricia Halfon, Bernard Burnand et John-Paul Vader, Suisse. Jean-Marie.Januel@chuv.ch

Contexte: Les Diagnosis Related Groups (DRG) sont universellement introduits dans les pays industrialisés occidentaux pour servir de base de remboursement des soins liés aux séjours hospitaliers. En suisse, l'introduction généralisée de ce système à partir de 2012 soulève certaines questions, notamment la préoccupation au sujet de compromis possibles quant à la sécurité des patients. Evaluer les effets positifs ou négatifs de la généralisation du remboursement des soins hospitaliers sur la base des DRGs est donc indispensable.

Les objectifs de ce projet sont de valider une série d'indicateurs de sécurité des patients (patient Safety Indicators, PSI) développés à partir d'algorithmes de codes diagnostics de la 10^{ème} révision de la classification Internationale des maladies (CIM-10) utilisée en Suisse et de mesurer ces PSI afin de montrer des tendances dans les hôpitaux suisse entre 2008 et 2013.

Méthodes: Nous avons tout d'abord sélectionné une série de PSIs potentiellement pertinents sur la base d'une revue de la littérature et de notre expérience internationale de ces indicateurs. Nous avons évalué le contenu clinique de ces indicateurs, établi leur validité de construction a priori et proposé certains raffinements de leur algorithme. Lors d'une deuxième phase, nous projetons de calculer les taux de ces PSIs pour les établissements en utilisant les algorithmes originaux puis raffinés des PSIs pour les années 2008 à 2013. Nous envisageons d'évaluer: i) la validité des critères de cette sélection de PSIs en réalisant des comparaisons avec des informations cliniques collectées dans les dossiers médicaux des patients; ii) la validité convergente par des comparaisons avec d'autres sources de données (par exemple, des données de surveillance des infections nosocomiales); iii) la validité prédictive et discriminante en explorant des modèles statistiques appropriés. La phase finale de ce projet permettra d'examiner les tendances dans les hôpitaux suisses pour les années 2008 - 2013 et d'évaluer l'impact potentiel de la mise en œuvre nationale de DRG à partir de 2012.

Résultats (attendus): 7 PSIs ont été sélectionnés pour cette étude: l'ulcère de décubitus (PSI #3), la bactériémie liée au cathéter vasculaire (PSI # 7), un désordre physiologique et métabolique postopératoire (PSI #10), une embolie pulmonaire ou une thrombose veineuse profonde postopératoire (PSI #12), une septicémie postopératoire (PSI #13), un traumatisme obstétrical, lors d'un accouchement par voies naturelles avec (PSI #18) ou sans instrument (PSI #19). Nous avons développé des algorithmes avec des codes diagnostics de la CIM-10 pour chaque PSI, selon le modèle original des PSIs développé par l'Agency for healthcare research and Quality (AHRQ) et pour une version raffinée que nous avons développée en tenant compte des spécificités du codage des diagnostics médicaux avec la CIM-10 en Suisse. Nous examinerons ensuite la possibilité de comparer les PSIs estimés en Suisse avec les résultats produits par d'autres pays de l'OCDE.

SESSION 14

11:30 – 13:00

Interdisciplinarité

Construire une équipe et développer sa totipotentialité.

Manuel Salazar, Institution de Lavigny, Laurence Mermoud et Anoucha Galeazzi, Suisse.

manuel.salazar@ilavigny.ch

Objectifs de la recherche : Accompagner l'équipe de direction pluridisciplinaire, afin qu'elle se construise d'une manière solide et qu'elle soit armée face aux changements structurels prévus dans les deux ans à venir, de manière à en anticiper les impacts.

Contexte et description du problème : L'accompagnement concernait une équipe de cadres du département hospitalier, à un premier stade de maturité, avec beaucoup de personnes nouvellement promues dans une fonction de cadre. A cela s'ajoutait la perspective d'un étroit partenariat avec une institution de culture différente (privée/public, universitaires/non universitaires), alors même que le groupe n'avait pas pleine confiance quant à ses propres compétences et forces.

Méthode :

- présentation à l'équipe de la démarche et des objectifs définis par la direction pour l'accompagnement
- présentation de l'outil (Leonardo 3 4 5)
- définition d'une charte de coopération
- identification des attentes individuelles
- utilisation du générateur de profils permettant l'identification des préférences de travail. Cet outil fournit un profil individuel et un profil de l'équipe, mettant ainsi en exergue la cartographie d'un groupe, soit sa totipotentialité.
- restitutions individuelles
- restitution en équipe
- analyse de la situation actuelle et désirée
- élaboration et adoption d'un plan d'action
- bilan de la démarche
- mise en place de la 2^{ème} étape : soutien à l'équipe pour évoluer vers une complémentarité accrue

Résultats et discussion : L'utilisation de l'outil Leonardo 3 4 5 a permis à l'équipe de prendre conscience des préférences de travail de chacun/une. La réflexion s'est poursuivie de manière à construire sur ces préférences, en sollicitant les forces des différents membres pour créer une dynamique commune constructive. Les cadres ont identifié chacun des points d'amélioration, mais se sont également donné le droit d'aller les uns vers les autres pour faire appel aux ressources à disposition.

En fait, cette démarche a apporté une meilleure compréhension du fonctionnement de l'équipe, a amené davantage de tolérance et de liberté entre collègues et a favorisé la construction d'une intelligence collective. En même temps, le débriefing individuel a permis une introspection bénéfique et offert un accompagnement bienvenu aux personnes ayant pris récemment une fonction de cadre.

Au fil des rencontres, le fonctionnement du groupe a changé : il a gagné en autonomie, en efficacité et en synergie (grâce à l'utilisation des complémentarités). L'équipe a favorisé un peu moins la stabilité pour aller vers plus d'innovation, a développé la coopération interdisciplinaire, a pris plus de recul pour analyser le contexte et fixer des objectifs. Les séances sont passées d'un mode « échanges d'information » à un mode participatif, avec la mise en commun des problèmes pour chercher ensemble des solutions. L'équipe fait aujourd'hui appel à l'ensemble des forces individuelles afin que le potentiel du groupe représente plus que la somme quantitative de celles-ci. Elle fait mieux face aux défis actuels (dynamique pluridisciplinaire) et est mieux armée pour le futur (dynamique pluri-institutionnelle avec la fusion prévue).

Enjeux et défis à l'implantation d'une plateforme de collaboration interprofessionnelle visant à harmoniser les pratiques pour la clientèle AVC.

Lise Poissant, Université de Montréal, Isabelle David et Stéphane Dubuc, Québec.

lise.poissant@umontreal.ca

La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) interpelle de multiples acteurs du système de santé. La gestion optimale des besoins de individus ayant subi un AVC est complexe et requiert des pratiques harmonisées et soutenues par les données probantes et ce, à travers le continuum de soins et services.

En 2009, le Québec endossait les meilleures pratiques pour l'AVC recommandées par la Stratégie Canadienne de l'AVC indiquant ainsi sa volonté à changer les pratiques et à harmoniser les changements de structures et processus identifiés par les données probantes. Ces recommandations (24 au total) s'appuient sur une approche intégrée et couvrent le continuum de services; de la prévention à l'intégration dans la communauté, en passant par les soins aigus et la réadaptation. Dans le domaine de la réadaptation, on retrouve entre autre, des recommandations sur l'évaluation complète des fonctions et activités de la personne dans le but de déterminer le niveau de services requis pour une participation et une qualité de vie optimale, des recommandations sur la mobilisation, sur la fréquence et l'intensité de services pour la réadaptation fonctionnelle intensive. Finalement, un ensemble de recommandations cible les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale.

L'accès aux connaissances se dégageant des recommandations canadiennes n'entraîne pas systématiquement un changement des pratiques ou un changement des connaissances tacites. En fait, l'adoption des bonnes pratiques par les professionnels de la santé demeure un défi. C'est dans ce contexte que notre équipe a développé une plateforme électronique Web 2.0 pour soutenir la collaboration interprofessionnelle et l'échange de connaissances nécessaires à l'appropriation des recommandations canadiennes sur l'AVC et à l'harmonisation des pratiques en réadaptation. La plateforme réunit des chercheurs et des professionnels de la santé et combine des approches "topdown" et "bottom-up" en plus d'intégrer diverses applications Web 2.0 telles les forums et les blogues. Dans le cadre de cette étude nous présenterons les premiers six mois d'utilisation de la plateforme Web 2.0, mettant en lumière les enjeux et les défis liés à son implantation. Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour recueillir les informations.

Evaluation de l'adhérence aux recommandations minimales de suivi des diabétiques de type 2 au Luxembourg à partir de données médico-administratives.

Laurence Renard, Centre de Recherche Public de la Santé, V. Bocquet, G Vidal-Trecan, ML Lair, S Couffignal et C Blum-Boisgard, Luxembourg. laurence.renard@crp-sante.lu

Resumen

El objetivo fue la evaluación del nivel de adherencia a siete criterios mínimos de seguimiento anual en 21 068 diabéticos de tipo 2 tratados en Luxemburgo entre 2000 y 2006 y estudio de factores asociados a un seguimiento insuficiente con un modelo logístico marginal (GEE). Aunque los diabéticos hayan consultado a su médico más de 4 veces al año, solamente 0,6% de ellos cumplían el conjunto de criterios en 2006. Con el objetivo de alcanzar soluciones óptimas y de evaluar la parte atribuible a los médicos y a los pacientes, será necesario realizar investigación adicional.

Résumé

L'objectif était l'évaluation du niveau d'adhérence à sept critères minimum de suivi annuel chez 21 068 diabétiques de type 2 traités au Luxembourg entre 2000 et 2006 et étude des facteurs associés à un suivi insuffisant par un modèle logistique marginal (GEE). Bien que les diabétiques aient consulté leur médecin plus de 4 fois par an, seul 0,6% d'entre eux remplissaient l'ensemble des critères en 2006. Davantage d'investigations dans le but de mesurer de la part attribuable aux médecins et aux patients seront nécessaire pour envisager des solutions optimales.

La gouvernance: de la prise en charge hospitalière du patient hyperglycémique à la gestion d'un système de soins.

Daniela Sofrà, CHUV, S. Masmont-Berwart, M. Egli et J. Ruiz, Suisse. Daniela.Sofra@chuv.ch

Riassunto:

La gestione ospedaliera dei pazienti con iperglicemia pone davanti ad un gran numero di difficoltà, gli errori di prescrizione dell'insulina sono numerosi e, le competenze di gestione insufficienti. Il nostro obiettivo è di far evolvere la pratica clinica verso una gestione efficace e sicura del paziente. L'approccio, da noi elaborato, nasce dall'incontro tra il modello dell'accompagnamento terapeutico e quello del management sistemico. Partendo da obiettivi specifici clinici, attraverso un programma di formazione strutturato e continuo, basato sulla riflessione e la partecipazione, siamo arrivati ad una gestione sistemica del diabete.

Resumen:

La gestión hospitalaria de la diabetes nos pone ante numerosas dificultades. Los errores de prescripción de insulina son frecuentes y las competencias para la gestión de la hiperglucemia son insuficientes. Nuestro objetivo era mejorar la práctica clínica hacia una gestión eficaz y segura. La estrategia elaborada nació del mestizaje entre el modelo del acompañamiento terapéutico y la estrategia sistémica. Empezamos con objetivos clínicos específicos, formaciones estructuradas y continuas basados en la reflexión y la participación de los profesionales de la salud. Así llegamos a un modelo de gestión sistémica de la diabetes.

SESSION 15 **11:30 – 13:00**

Formation médicale

Utilisation d'entretiens individuels pour évaluer la satisfaction quant à la formation postgraduée médicale et l'orientation au départ d'un hôpital universitaire.

Sandra Deriaz, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lauriane Bridel et Jean-Daniel Tissot, Suisse. Sandra.Deriaz@chuv.ch

Aujourd'hui, les conditions de travail et de formation des médecins doivent être adaptées aux nouvelles générations. Effectivement, l'évolution de la démographie médicale est marquée par deux tendances actuelles importantes : d'une part une féminisation et une recherche active de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée de la part des nouvelles générations, d'autre part une pénurie de médecins annoncée voire présente dans certaines spécialités. Ainsi, si la formation postgraduée des médecins doit répondre aussi bien aux besoins de la population, qu'à ceux nécessaires au fonctionnement de l'hôpital et de ses services, et permettre d'assurer la relève, elle doit aussi être adaptée aux nouvelles générations. Ainsi, tous les moyens doivent être utilisés pour comprendre quels sont les éléments qui contribuent à la satisfaction quant à la formation et qui encouragent à la poursuite d'une activité médicale et les obstacles. Les entretiens de départ sont connus pour être une source riche d'informations sur la satisfaction des collaborateurs. De plus, ils permettent de connaître les motifs du départ et la destination. Nous avons choisi d'utiliser cet outil au départ de tous les médecins en formation de notre institution.

Methode : Un questionnaire est adressé à tous les médecins quittant le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), le mois précédant leur départ. Il contient des questions sur les motifs du départ, le type d'activité future, l'appréciation de la formation, de la supervision et des conditions de travail. Ils peuvent s'ils le souhaitent demander un entretien individuel. Parallèlement, les médecins en fin de formation (assistants aînés et chefs de clinique) sont contactés personnellement et invités à un entretien individuel. L'entretien est effectué par un médecin, chef de clinique du Bureau médecins de demain rattaché à la direction médicale. Il n'y a ainsi pas de lien hiérarchique. La confidentialité est garantie.

Evaluation des conditions de formation postgraduée médicale permettant une conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle au sein d'un hôpital universitaire.

Sandra Deriaz, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Jean-Daniel Tissot, Lauriane Bridel et Susy Wagnières, Suisse. Sandra.Deriaz@chuv.ch

En tant qu'observateurs de la démographie des médecins, nous devons relever deux tendances actuelles importantes : d'une part, une féminisation et une recherche accrue de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée de la part des nouvelles générations et d'autre part, une pénurie de médecins annoncée voire déjà présente dans certaines spécialités. Ainsi, la formation postgraduée des médecins doit répondre aux besoins de la population, répondre aux besoins de fonctionnement de l'hôpital et de ses services, et finalement assurer la relève (de premier recours, hospitalière et académique). Pour garantir une relève, il faut offrir aussi bien une formation de qualité répondant aux exigences de l'ISFM (Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue) que des conditions de formation et de travail adaptées aux attentes des nouvelles générations. L'objectif de cette étude est de connaître les conditions de formation dans les différents services de notre institution (CHUV) afin de faire un premier bilan et d'évaluer les améliorations possibles.

Organisation de la formation postgraduée médicale en filières différenciées selon des objectifs académiques, hospitaliers ou de médecine de premier recours : étude préliminaire.

Sandra Deriaz, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Susy Wagnières et Jean-Daniel Tissot, Suisse. Sandra.Deriaz@chuv.ch

Résumé

Nous montrons ici qu'il est possible pour les chefs de service d'un hôpital universitaire d'envisager une organisation (ou orientation), en filières A, B, C et D(X), de la formation médicale en fonction d'objectifs de formations définis.

Filière A : Relève Académique (carrière académique)

Filière B : Besoins hospitaliers (carrière non académique dans un hôpital publique)

Filière C : Cabinets, Cliniques (carrière en pratique privée ou en clinique privée)

Filière D : Divers (pour les médecins qui ne se destinent pas à la spécialité du service qui les accueille).

Orientation X : plan de carrière non encore arrêté

Cette approche devrait permettre de planifier plus finement et de manière différenciée les plans de formation postgraduée afin de permettre aux candidats d'acquérir les compétences nécessaires à l'exercice de leurs spécialités dans un environnement bien défini.

Riassunto

Siamo in grado di dimostrare che, per i capi servizio di un ospedale universitario, è possibile prevedere un'organizzazione (o un orientamento) in indirizzi A,B,C e D (X) della formazione medica in funzione di definiti obiettivi di formazione.

Indirizzo A : Avvicendamento in ambito accademico (carriera accademica)

Indirizzo B : Necessità ospedaliere (carriera non accademica in un ospedale pubblico)

Indirizzo C : Studi medici, Cliniche (carriera presso studi medici privati o in cliniche private)

Indirizzo D : Diversi (per i medici che non sono orientati verso le specialità del servizio presso cui sono accolti).

Orientamento X : piano di carriera non ancora stabilito

Questo approccio dovrebbe consentire di pianificare più dettagliatamente e in modo differenziato i piani di perfezionamento dei medici al fine di permettere ai candidati di acquisire le necessarie competenze all'esercizio delle loro specializzazioni in un ambito ben definito.

SESSION 18 – Salle Alexandre Yersin

14:00 – 15:30

Trabalho e formação – componentes fundamentais da eficácia dos sistemas de saúde

Session organisée par : Magda Scherer, Universidade de Brasília, Brasil

A sessão busca compartilhar experiências e conhecimentos sobre o trabalho e a formação das diversas profissões e coletivos de saúde. Serão aceitos trabalhos que versem sobre esse tema geral, incluindo a questão do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências, da gestão do trabalho e da educação profissional, da construção de práticas inovadoras de cuidado, das condições e organização do trabalho, bem como da integração e conexão de saberes para a realização do cuidado em saúde.

A prática profissional do farmacêutico, do assistente social e do nutricionista na atenção primária de saúde no Brasil: uma análise exploratória da produção de conhecimento e da orientação profissional.

Magda Scherer, Universidade de Brasília, Andréia Oliveira et Anelise Rizzolo, Brasil. magscherer@hotmail.com

A complexidade do processo de produção social da saúde exige mudanças no modelo de atenção à saúde, no sentido da consolidação efetiva dos princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde brasileiro - SUS. Os modelos de atenção à saúde são as respostas sociais, organizadas deliberadamente, para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certo tempo. Mudar o modelo de atenção à saúde em busca da integralidade implica no desenvolvimento de um trabalho multiprofissional, com abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Um dos maiores desafios do SUS é o de implementar novas práticas de atenção à saúde que de fato contribuam para a efetivação de seus princípios, numa rede de serviços adequada às necessidades de saúde da população. Enfrentar esse desafio significa adotar e investir na Atenção Primária de Saúde - APS como estratégia estruturante do sistema de saúde.

A complexidade dos problemas de saúde e das ações necessárias para o seu enfrentamento exige equipes na APS com capacidade de articular as diversas políticas sociais e recursos, de maneira a contribuir para a identificação das causalidades e da multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população, bem como em relação à democratização do acesso e universalização dos serviços de saúde. Nesse cenário, algumas questões se colocam para o debate, com relação à inserção das diversas profissões na APS: Quais são as orientações ou normatizações existentes? Quais as demandas de atuação para as diferentes profissões? Quais os desafios e potencialidades para a prática profissional? O que há na literatura que possa ajudar a responder essas indagações?

Desenvolvimento de competências dos Agentes Comunitários de Saúde no Programa De Controle da Dengue no Brasil: avanços/facilidades e limites/dificuldades.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Universidade Estadual de Feira de Santana, Juliana Alves Leite et Fábria Quele Barbosa de Freitas, Brasil. angelauefs@yahoo.com.br

Resumo: Atualmente, no Brasil e no mundo, a Dengue se configura como um problema de saúde pública diante do elevado número de pessoas infectadas. No Brasil, a magnitude deste contexto deve-se a multiplicação do vetor a partir de sua reintrodução em território nacional no ano de 1976 devido ao desmatamento, a aceleração da urbanização com inadequadas condições de saneamento, intensa utilização de matérias não biodegradáveis e mudanças climáticas. Consequentemente, o Brasil tornou-se um ambiente favorável à reprodução do mosquito transmissor - *Aedes aegypti*. Como estratégia de controle da doença, o Ministério da Saúde brasileiro implantou o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que estabelece as atribuições e competências para o seu controle. E, no sentido de contribuir para a prevenção e controle da dengue, o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), estratégias já implantadas no cenário da saúde, tornam-se ferramentas importantes, diante da utilização de informações e orientações à saúde em virtude da integração da comunidade com a unidade de saúde através do agente comunitário de saúde (ACS). Como trabalhador de saúde, o ACS tem importante papel na execução das atividades do PNCD no desenvolvimento da atenção básica de saúde voltada para o indivíduo e sua família e grupos da comunidade na qual trabalha, uma vez que ele representa o elo de ligação entre o serviço de saúde e a população assistida. Assim, este estudo **objetiva** descrever as competências/atividades executadas pelos ACS a partir dos componentes do PNCD do Brasil e identificar

avanços/facilidades e limites/dificuldades no desenvolvimento das competências/atividades executadas pelos ACS no controle da dengue.

Des) Integração de saberes e práticas na construção do trabalho em equipe para o cuidado na saúde da família.

Maria Ângela Alves do Nascimento, Universidade Estadual de Feira de Santana, Juliana Alves Leite et Juliana de Souza Silva Cardoso, Brasil. angelauefs@yahoo.com.br

Resumo: O trabalho em equipe requer uma integração da diversidade de saberes e práticas para a resolubilidade dos problemas de saúde individuais e coletivos. Todavia, para que a equipe de trabalho atinja tal propósito é essencial que ela compreenda a necessidade de se articular uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe com a incorporação não apenas de outros conhecimentos, mas também, mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, no sentido de garantir uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde a partir da interdisciplinaridade (Bomfim; Silva, 2005). Entende-se a ação interdisciplinar como a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, o que resulta na soma de olhares distintos sobre a realidade que estão inseridos. A assistência à saúde então passa a ter característica central de trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multidisciplinaridade e a interação são necessárias, o que poderá facilitar a abordagem integral da atenção aos indivíduos/famílias (Araújo, 2006). No entanto, dentro da divisão do processo de trabalho em saúde são observadas diferenças técnicas e desigualdades sociais. As primeiras dizem respeito às diferenciações e especializações dos saberes e das intervenções técnicas entre as variadas áreas profissionais. A segunda se refere a existência de valores e normas sociais, hierarquizando e disciplinando as diferenças técnicas e legitimidades sociais, às diferentes áreas profissionais, o que significa que há relações hierárquicas ou relações de subordinação entre os profissionais. E essas diferenças podem ser expressas pela equipe multiprofissional (Peduzzi, 1998, p.36). Este estudo **objetiva** analisar o desempenho do trabalho dos profissionais da atenção básica um município brasileiro. **Metodologia:** estudo qualitativo, de natureza exploratória, tendo como campo de pesquisa as unidades de saúde da família de um município brasileiro; foram 25 os sujeitos participantes deste estudo. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados a observação sistemática e a entrevista semi-estruturada. O método de análise de dados foi a análise de conteúdo.

Desempenho da equipe da atenção básica no Programa de Controle da tuberculose (PCT): (des) articulação nas ações de educação em saúde.

Juliana Alves Leite, Maria Angela Alves do Nascimento et Juliana Ferreira Barbosa, Brasil

La valutazione della pratica professionale dei medici: tra difficoltà e valorizzazione.

Carlo de Pietro, CERGIS Bocconi, Italia

SESSION 19

14:00 – 15:30

Itinéraires cliniques

Les défis organisationnels liés à la collaboration tout au long de la trajectoire de services en cancer colorectal à Québec (Canada).

Michèle Aubin, Faculté de Médecine, Université Laval, Monique Carrière, Michèle St-Pierre, Véronique Lagrange, Université Laval, GRUOSE-SM, Québec. Michele.aubin@mfa.ulaval.ca

Résumé

La coordination des services en cancer colorectal et la collaboration interprofessionnelle constituent des défis de taille. En effet, une multitude d'acteurs de différentes disciplines, rattachés à divers établissements sont appelés à intervenir au cours des différentes étapes. Basée sur la théorie de la structuration de Giddens (1987), cette étude décrit les caractéristiques et les enjeux de chacune des étapes franchies par les personnes atteintes de cancer colorectal. Elle fait

également ressortir les difficultés rencontrées aux passages entre ces différentes étapes, ainsi que certaines stratégies pour contrer la fragmentation des soins.

Resumen

La colaboración interprofesional y la coordinación de los servicios de atención al cáncer colorrectal constituye un gran desafío. En efecto, una multitud de actores de diversas disciplinas, vinculadas a diferentes instituciones, participan en diferentes etapas de la trayectoria de atención al paciente con cáncer colorrectal. Este estudio se basa en la Teoría de la Estructuración de Giddens (1987) y describe las características y desafíos de cada una de las etapas que atraviesan las personas con cáncer colorrectal. También se subrayan las dificultades identificadas en esas diferentes etapas así como algunas estrategias utilizadas para contrarrestar la fragmentación de los servicios.

Impact d'un itinéraire clinique pré-opératoire et postopératoire sur la qualité des soins des patientes souffrant du cancer du sein.

Anne-Claude Griesser, Centre du sein, 2Direction médicale, K. Zaman, B. Lejolivet, A. Treboux, B. Panes, C. Beullens, H.-A. Lehr, J.-Y. Meuwly, W. Jeanneret et J.-F. Delaloye, Suisse. anne-claude.griesser@chuv.ch

Résumé

La mise en œuvre des critères de qualité pour la prise en charge du cancer du sein implique de renforcer le travail interdisciplinaire, d'améliorer la coordination des soins et de maîtriser les délais de prise en charge des patients. A cette fin, un itinéraire clinique pour la phase pré-opératoire et postopératoire a été développé. Sur une période de deux ans, les délais pour la décision thérapeutique, l'accès aux soins de support et à la consultation postopératoire ont diminué. Parallèlement, la proportion de patientes ayant accès aux différentes prestations a augmenté.

Riassunto

L'applicazione di criteri di qualità per la gestione di tumore al seno comporta il rafforzamento lavoro interdisciplinare, per migliorare il coordinamento delle cure e la gestione di tempo. A tal fine, un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziali per la procedura pre-operatoria e post-operatoria è stata sviluppata. In un periodo di due anni, il tempo per la decisione terapeutica, l'accesso alle cure di supporto e consulenza post-operatorio ridotto. Nel frattempo, la proporzione di pazienti con accesso a vari servizi è aumentato.

Application d'un projet international d'itinéraire clinique (ERAS = Enhanced Recovery After Surgery) dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois.

Sylvain Gander¹, Andrea Donadini², Didier Roulin², Luzius Steiner¹, Christian Kern¹, Anne-Claude Griesser³, Leon Cudre², Arnaud Cotillard², Audrey Jannot², Danielle Bouchard⁴, Catherine Blanc¹, Nicolas Demartines², dipertimenti di anestesiologia¹, di chirurgia viscerale², direzione medica³, direzione infermieristica⁴ del Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Svizzera. andrea.donadini@chuv.ch

Objectifs de la recherche : Appliquer dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois un protocole de prise en charge multidisciplinaire selon des recommandations internationales chez des patients opérés du côlon.

Contexte et description du problème : ERAS est un programme de soins intégrés multidisciplinaires et basé sur des évidences de la littérature médicale spécialisée. Le programme ERAS a débuté dans une trentaine d'hôpitaux aux Pays-Bas dans le cadre de la chirurgie colorectale oncologique. Le programme a tout d'abord été développé par des chirurgiens en association avec l'institut qualité d'Utrecht (NDL). Au vu des premiers résultats, le programme s'est élargi à certaines chirurgies gynécologiques et urologiques et s'étend en Suède puis dans d'autres pays européens et nord-américains. La constitution d'une base de donnée (ERAS Interactive Audit system) permet aux différents centres d'inclure leurs patients et de faciliter l'application du protocole. C'est également un outil de comparaison entre les différents centres et à l'intérieur d'un centre.

Les hôpitaux et services intégrant le programme constitue une équipe formée de chirurgiens, d'anesthésistes, d'infirmiers et d'une personne responsable de la récolte de données. Pour ce

programme, le CHUV a également décidé d'intégrer un membre de la direction des soins et de la direction médicale pour toute question relative au financement en particulier.

Chaque groupe est chargé de récolter les données de 50 patients puis de suivre une première session pour se familiariser avec le projet ERAS, apprendre à inclure les patients et connaître l'utilisation de la base de donnée. Cette première session permet également de comparer les données concernant les 50 patients avec les centres appliquant déjà ERAS, d'observer les améliorations possibles et de fixer les objectifs à atteindre.

Par la suite, le groupe de travail du CHUV a rédigé les différents formulaires à remplir lors du séjour du patient. Il s'agit de feuilles d'information au patient, d'un journal de bord suivant le patient tout au long de son hospitalisation, de formulaires permettant la récolte de données avant de compléter la base de données à proprement parler et d'une « care-map » pour unifier les différents soins et traitements médicamenteux. Les différents services engagés dans l'application du protocole ont bien entendu été informés.

Une deuxième session avec un membre de la société ERAS a été organisée avant l'intégration du premier patient dans le protocole.

Le premier patient pourra être inclus dans la prise en charge ERAS-CHUV dès le 1^{er} mai 2011. Dès lors, tout patient opéré d'une chirurgie colo-rectale électorale le sera selon le protocole ERAS.

Riassunto

ERAS è un programma di cure integrate multidisciplinari basato sull'evidenza della letteratura medica specializzata. Il programma è iniziato in una trentina di ospedali nei Paesi Bassi, nell'ambito della chirurgia oncologica del colon-retto. Il programma è stato sviluppato da chirurghi in collaborazione con l'Istituto di qualità di Utrecht (NDL). Sulla base dei risultati preliminari, il programma è esteso ad alcuni casi di chirurgia ginecologica e urologica. Il progetto viene adottato in Svezia e in altri paesi europei e del Nord America. La creazione di un database (ERAS Interactive Audit system) consente ai diversi centri di includere i loro pazienti e facilitare l'attuazione del protocollo. Questo database è anche uno strumento per confrontare i diversi centri e i parametri all'interno degli stessi. Gli ospedali e i servizi che adottano il progetto devono formare un "team" comprendente dei chirurghi, degli anestesisti, degli infermieri e una persona responsabile per la raccolta dei dati. Per questo programma, il CHUV ha anche deciso di includere anche un membro della direzione infermieristica e un membro della direzione medica per tutte le questioni in particolare riguardanti il finanziamento.

Prima dell'inizio della messa in pratica del protocollo, il gruppo di lavoro è stato incaricato di raccogliere i dati di 50 pazienti sottoposti a una chirurgia elettiva del colon secondo la presa a carico abituale e partecipare ad un seminario per familiarizzare con il progetto ERAS, imparare a inserire i pazienti e utilizzare il database. Questo primo incontro permette di confrontare i dati dei 50 pazienti con quelli dei centri che già utilizzano il protocollo ERAS, di vedere dove si può migliorare e di fissare gli obiettivi da raggiungere.

Successivamente, il gruppo di lavoro del CHUV ha redatto dei formulari da riempire durante la degenza del paziente: l'informazione al paziente, un diario che il paziente riempie durante tutto il ricovero, i formulari per la raccolta dei dati da inserire nel database e un "itinerario clinico" per unificare i vari trattamenti e le terapie farmacologiche. I vari servizi coinvolti nell'attuazione del protocollo sono ovviamente stati informati.

Un secondo seminario con un membro della società ERAS si è tenuto prima dell'integrazione del primo paziente nel protocollo.

Il primo paziente è stato incluso nella gestione ERAS-CHUV ai primi di maggio del 2011. Dopo l'inserimento dei primi 10 pazienti, sono state effettuate alcune modifiche dei documenti e d'allora tutti i pazienti operati elettivamente sono seguiti secondo questa procedura. Il gruppo di lavoro continua a incontrarsi due volte al mese al fine di ottimizzare il protocollo e la raccolta dei dati.

Grazie tra l'altro sostegno finanziario della direzione generale, è stata ingaggiata un'infermiera di ricerca clinica a tempo pieno. Il suo ruolo è molto importante nella logistica, come intermediario tra i vari attori e, naturalmente, nella raccolta dati.

Il database è uno strumento prezioso ed estremamente utile per confrontare i nostri risultati con ciò che è stato fatto prima dell'introduzione del protocollo ERAS e anche con altri centri ospedalieri di dimensioni e attività analoghe. I risultati attesi sono, in riferimento alla letteratura internazionale, una diminuzione delle complicanze e delle morbidità postoperatorie, una

diminuzione della durata del soggiorno senza un aumento delle riammissioni portando dunque a una rilevante diminuzione dei costi.

Elaboration d'un itinéraire clinique commun entre deux équipes travaillant dans deux institutions différents.

Pierre-André Rapin, Institut Lavigny, Suisse. pierre-andre.rapin@ilavigny.ch

Objectifs de la recherche : élaboration d'un itinéraire clinique commun entre deux équipes travaillant dans deux institutions différents.

Contexte et description du problème : confrontation de deux cultures d'équipes, qui prennent en charge la même typologie de patients complexes, en vue d'une meilleure efficacité sur chaque site, voire pour anticiper le regroupement de leurs activités stationnaires sur un seul site.

Méthode : élaboration d'un itinéraire clinique commun pour la prise en charge de neuroréhabilitation des patients victimes d'un premier accident vasculaire cérébral, en utilisant la méthodologie structurante du Réseau Itinéraire Clinique belge (RIC), au travers d'un travail intégrant les collaborateurs de l'ensemble des disciplines impliquées, et ce dans les deux institutions, en les faisant travailler ensemble.

Pérennisation des Itinéraires cliniques.

Roxane Dierckx de Casterlé, UCLouvain, Elisabeth Darras et Marlène Karam, Belgique.

Le travail en équipe multidisciplinaire, l'approche thématique et le suivi continu sont des composantes-clés pour la planification et la réussite de tout processus de soins. Les premières publications sur les Itinéraires Cliniques (IC) (Bower & Zander, 1987) mettaient déjà en valeur la nécessité d'optimiser ces processus.

En 2004, au niveau de la Belgique francophone, le Réseau Itinéraires Cliniques (RIC) fut créé. Le RIC, dont la coordination est gérée par l'Université catholique de Louvain (UCL) fonctionne en étroite collaboration avec le Netwerk Klinische Paden (NKP). Et c'est en 2000 que le NKP fut à l'initiative de ce projet au niveau national.

En 2004 aussi, la création de l'European Pathway Association (EPA), est venue renforcer le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi des IC au niveau européen.

Aujourd'hui une vingtaine d'institutions de soins belges, française, luxembourgeoise et suisses sont affiliées au RIC, et la croissance des itinéraires cliniques au sein de ces établissements est de plus en plus élevée.

Chacune de ces institutions a développé un ou plusieurs itinéraires cliniques selon une méthodologie bien précise (Vanhaecht & Sermeus, 2002; Vanhaecht et al., 2011). Le RIC compte aujourd'hui, plus d'une centaine d'IC différents portant sur une vingtaine de disciplines. Une trentaine de coordinateurs IC ont été formés à la méthodologie, et assurent la mise en place et le suivi des IC au sein de leurs institutions respectives. Par ailleurs, on voit émerger des institutions de soins qui comptent une dizaine d'IC voire plus.

Mais face à la diversité des objectifs stratégiques, comment pérenniser ces processus de soins qui ne sont qu'un projet parmi tant d'autres dans l'institution ; et comment assurer la durabilité de ces IC sachant qu'ils rejoignent les buts décrits par l'Institute of Medicine (IOM, 2001), à savoir des soins sûrs, efficaces, efficaces, équitables, prodigués au bon moment et centrés sur le patient ?

Pour répondre à cette question, nous avons procédé par un état des lieux de la situation actuelle au niveau du RIC francophone. Mais nous avons aussi fait appel à l'esprit collectif d'infirmiers, de cadres, de médecins et d'autres professionnels de la santé lors d'un symposium organisé en avril 2011 au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois. Le but étant d'établir une analyse SWOT¹ où chaque participant pouvait se prononcer sur les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces liées à l'IC et/ou au Réseau.

Une partie des résultats recueillis lors de cette analyse pointait les faiblesses suivantes: les résistances au changement, le manque de moyens mis à disposition et les nombreux projets en concurrence ; Les forces quant à elles, portaient sur le soutien de la direction, la satisfaction liée à la reconnaissance des rôles propres et l'unification des pratiques ; les menaces tournaient autour de la concurrence ; concurrence entre les hôpitaux mais aussi, concurrence entre différents

¹ La Matrice SWOT est un outil qui peut aider à identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces.

réseaux ; et enfin les opportunités s'axaient autour de l'informatisation, les échanges de pratiques, les collaborations externes ainsi que les approches processus.

De cette analyse, nous pouvons déduire que le soutien institutionnel est essentiel à la pérennisation des IC (Schmit et al., 2011). D'autre part, pour avoir un IC qui perdure à travers le temps, il est essentiel qu'une équipe multidisciplinaire soit rassemblée autour d'une même situation de soins et qu'elle puisse la gérer selon les compétences de chacun. Le médecin référent de cette équipe aura un rôle de légitimité clinique.

N'oublions pas l'implication du patient ni la nécessité de le responsabiliser pour qu'il se sente acteur de sa prise en charge.

Un autre acteur principal est le coordinateur IC. Celui-ci sera la personne qui agencera l'IC et aura une légitimité méthodologique pour aider l'équipe à concevoir la prise en charge.

Nous pouvons donc conclure en affirmant que la pérennisation est l'affaire de tous. L'équipe doit s'approprier le processus aussi bien que le patient doit devenir acteur de ses soins, que la direction doit assurer le soutien des équipes et l'allocation des ressources.

SESSION 20

14:00 – 15:30

Psychiatrie et cancer

Implémentation d'un indicateur clinique en psychiatrie: de l'utilisation des informations cliniques recueillis de routine à des fins de gouvernance.

Nathalie Koch, CHUV, Sophia Gebel, Didier Camus, Jean-Blaise Wasserfallen et Charles Bonsack, Suisse. Koch.Nathalie@chuv.ch

Objectif de la recherche : L'objectif de la recherche est d'examiner l'implémentation de routine de l'indicateur clinique HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) dans trois hôpitaux psychiatriques du Canton de Vaud en terme de faisabilité, de pertinence clinique et d'utilité pour la gouvernance. Il s'agit de disposer d'un outil clinique simple qui permette de décrire la population de patients hospitalisés et de documenter l'outcome.

Contexte et description du problème : Les hôpitaux de toute la Suisse sont incités à mettre en place des indicateurs cliniques afin de rendre compte de la qualité de la prise en charge des patients. Pour la psychiatrie, le CHUV a choisi l'échelle HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) car cet outil a été largement validé sur le plan scientifique pour évaluer la sévérité globale de l'atteinte à la santé mentale pour l'ensemble des patients de façon indépendante du diagnostic. Il est utilisé de routine dans plusieurs autres pays (Angleterre, Australie, Danemark).

Méthodes et matériel employé : Le Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (DP-CHUV) regroupe trois hôpitaux psychiatriques qui assurent les soins de santé mentale d'une région de 2000 m2 avec un bassin de population de 500 000 habitants. Les données ont été récoltées sur 2000 hospitalisations successives pendant l'implémentation progressive du HoNOS dans chaque service du DP-CHUV entre février 2010 et mars 2011. L'échelle clinique est composée de 13 items dans 4 domaines (comportement, handicap, symptômes, relations et aspects sociaux) évalués à l'admission et à la sortie de l'hôpital par le clinicien référent du patient sur la base des informations cliniques habituellement recueillies.

Pour une meilleure réponse aux besoins en santé mentale : Recherche-action à partir du ressenti des intervenants en province de Luxembourg.

Jo Joosten, CHNP, Mireille Hannick et André Geeraert, Luxembourg. Jozef.JOOSTEN@CHNP.LU

Les objectifs de la recherche : « Nouer des liens et non lier des nœuds »

La province de Luxembourg est la plus vaste (4.440 km²) mais aussi la moins peuplée de Belgique (269.023 habitants). Comment y assurer à l'ensemble de la population l'accessibilité aux soins de santé mentale ?

Cette recherche propose une évaluation de l'existant et de ses manques. Elle confirme l'insuffisance de moyens humains et structurels, mais elle montre également les possibilités de collaborations sur le terrain.

Le contexte et la description du problème : En Belgique, les recommandations de l'OMS de 2001 et de la déclaration d'Helsinki de 2005 ont mené aux projets thérapeutiques, ainsi qu'à la nouvelle réforme (107) de la santé mentale. Afin d'implémenter cela en province de Luxembourg,

la Plate-forme a initié une recherche-action sur les attentes de tous les prestataires de soins de la province, ainsi que des familles d'usagers, afin d'établir les collaborations entre les différents services touchant à la santé mentale.

La création de Vivalia en 2008, l'intercommunale unique pour les soins de santé en province de Luxembourg (hôpitaux, centres de consultance, maisons de repos, ...), instaure des nouveaux liens entre les prestataires en santé mentale dans les 46 communes.

Les théories, les méthodes, les modèles, les matériels employés : Suite aux audits réalisés ces 10 dernières années, cette recherche action doit démontrer les besoins des collaborations et les façons comment y arriver, avec l'implication de tous les acteurs de la santé mentale de la province.

A partir de la liste exhaustive des 250 institutions psycho-sociales en province de Luxembourg, une trentaine de représentants ont été sélectionnés, y compris médecins généralistes ou encore des organes de représentation des familles.

Un questionnaire a permis d'interviewer selon une approche uniforme tous les partenaires, qu'ils soient intervenants ou usagers, et quel que soit leur domaine d'activité, sur les 5 aspects de leur travail :

- ✓ Service : type de service et besoins
- ✓ Admissions : envoyeurs et entrées
- ✓ Séjours : type d'activité ou de traitement
- ✓ Sorties : destinataire(s)
- ✓ Organisationnel : collaborations

Avanços, limites e perspectivas das políticas de controle do câncer de colo de útero e de mama no Brasil.

Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Universidade de Juiz de Fora, Gulnar Azevedo e Silva, Luiz Carlos Zeferino et Maximiliano Ribeiro Guerra, Brasil. teitabt@hotmail.com

O presente trabalho tem como objetivo descrever a ocorrência dos cânceres que mais acometem a população feminina brasileira e das ações de controle implementadas nas últimas décadas, visando possibilitar uma análise crítica e propositiva para o controle dos cânceres de mama e de colo de útero no Brasil.

As estatísticas oficiais de mortalidade do Ministério da Saúde mostram que o câncer de mama, tipo principal de câncer entre os óbitos femininos, encontra-se em ascensão, e colocam o câncer de colo do útero em quarto lugar com tendência estável para todo o país. Contudo, ao se proceder a correção dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), redistribuindo os casos tidos como porção não especificada, o câncer do colo do útero se coloca como o segundo tipo mais freqüente entre os óbitos no período compreendido entre 1980 e 2006.

As taxas de câncer do colo uterino corrigidas são maiores nas mulheres das capitais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, porém, mesmo nestas regiões, as tendências foram declinantes nas duas últimas décadas. Para mulheres do interior, no entanto, a região Norte mostra um aumento de 200% e a região Nordeste de 80%. Nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, as taxas variaram negativamente, tanto no interior quanto nas capitais. Esse diferencial pode ser atribuído, no todo ou em parte, ao maior acesso às ações de rastreamento para mulheres das capitais. E é justamente no interior das regiões Norte e Nordeste onde se encontram o grupo de mulheres de maior risco para a doença, ou seja, aquelas que, por falta de acesso ao exame preventivo ginecológico, acabam tendo maior chance de apresentar lesões precursoras que irão evoluir para a neoplasia maligna invasiva. E uma vez tendo a doença instalada, são essas que também terão mais dificuldade de acesso a serviços de diagnóstico e tratamento que possam assegurar bons resultados.

Com respeito ao câncer de mama, chama atenção o fato de que, apesar das taxas mais altas serem observadas nas capitais, a tendência verificada na mortalidade nos municípios do interior tem sido marcadamente crescente a partir da década de 1990. O que mostra que o risco de ter a doença praticamente se igualou entre as regiões, e nas capitais e no interior, apesar de terem sido observadas diferenças na cobertura do exame mamográfico nas regiões do país, com as menores coberturas referidas na região Norte.

A partir de informações provenientes de 17 Registros de Câncer de Base Populacional no Brasil com período de referência - 2000 a 2005 (em sua totalidade ou em parte), as maiores taxas médias de incidência de câncer em mulheres, ajustadas por idade, foram observadas em Porto Alegre (288,2/100 mil), Goiânia (262,8/100 mil) e São Paulo (251,0/100 mil). Ademais, as cinco principais localizações verificadas em mulheres foram mama (91,8 a 49,6), carcinoma *in situ* do

colo do útero (40,2 a 9,9), colo do útero (35,6 a 10,2), cólon e reto (24,7 a 9,4) e pulmão (23,3 a 5,4), excluindo pele não melanoma.

Analisando-se a morbidade hospitalar, vale notar que o câncer de mama e o de colo uterino foram os cânceres que mais demandaram internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2002 e 2004, apesar de serem doenças em que as medidas de prevenção estão dentro das possibilidades dos serviços de saúde. Tais doenças apresentam grande impacto no setor previdenciário brasileiro, sendo as neoplasias malignas da mama apontadas como a principal causa de concessão de auxílio-doença (22,8%) no grupo das neoplasias malignas, em Recife, no período 2000-2002.

O avanço no controle do câncer de mama e de colo de útero se deu, nos países desenvolvidos, a partir da introdução e consolidação das ações de rastreamento. Verifica-se que em grande parte dos Estados brasileiros, o total de exames citológicos realizados seria, a princípio, suficiente para garantir a cobertura de 70 a 80% de controles periódicos e regulares pelo SUS, o que pode não ocorrer pelo fato de que há mulheres que realizam mais exames do que o preconizado, enquanto outras nunca o realizaram por motivos diversos. Já para a detecção do câncer de mama, observa-se que a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos em 2007, para o conjunto das capitais brasileiras, foi em torno de 70%, enquanto que, em 2003, esse exame foi referido por menos de 50% das mulheres nessa faixa etária. No entanto, estas ações de rastreamento dos cânceres e colo de útero e de mama são realizadas de forma oportunística estando, portanto, sujeitas às limitações que tendem a reduzir o impacto destas ações.

Faz-se necessário avançar na construção e implementação de uma política pública de saúde que integre as medidas disponíveis efetivas e atuais, inserindo ações preventivas articuladas com outros setores e garantindo o tratamento mais adequado para todas as mulheres que necessitarem. Uma atuação integrada dos profissionais de saúde, de pesquisadores, de representantes das sociedades científicas e, sobretudo, de representantes dos movimentos sociais organizados é fundamental para que estes desafios sejam enfrentados.

L'aumento della mortalità per cancro in Romania continua: l'età media e avanzata sono le più colpite.

Carmen Tereanu, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Paolo Baili, Andrea Micheli, Franco Berrino, Dana Galieta Minca, Florentina Furtunescu et Milena Sant, Italia et Romania.
carmen.tereanu@istitutotumori.mi.it

Il cancro rappresenta la seconda causa di mortalità in Romania. I tumori del polmone e delle vie aerodigestive superiore (VADS) sono in gran parte prevenibili con la prevenzione primaria (tramite la correzione degli stili di vita legati al consumo di alcool e fumo di tabacco), mentre per quelli della mammella, del colon-retto e della cervice uterina si è dimostrata l'efficacia della prevenzione secondaria tramite screening organizzato. Mentre in Europa l'incidenza dei tumori nella popolazione generale aumenta e la mortalità diminuisce, in Romania sia l'incidenza, che la mortalità sono in continuo aumento. Ciò suggerisce che il sistema sanitario rumeno è meno efficace in questo campo rispetto ad altri paesi.

Essendo questa malattia più frequente nei pazienti anziani, vi è una percezione molto diffusa che la mortalità per tumore è un problema soprattutto dell'età avanzata. Tuttavia, la mortalità per tumore negli adulti giovani è altrettanto preoccupante, in quanto le persone scompaiono nella loro età produttiva (mortalità prematura). L'efficacia del sistema sanitario potrebbe essere migliorata attraverso interventi più mirati. Per far ciò, è importante capire in quale delle principali classi di età (giovani, età media, anziani) e per quali tra le sedi selezionate, la mortalità per tumore continua ad aumentare.

Obiettivi: Studiare, nella popolazione adulta della Romania divisa in tre classi di età, l'andamento della mortalità dal 1986 al 2008, per l'insieme di tutti i tumori e per i principali tumori prevenibili, e confrontare i risultati con quelli di altri paesi europei.

Metodi: La mortalità specifica per gruppi di età di 5 anni è stata estratta dalla banca dati dell'OMS per sesso, anno di calendario (1986-2008), sede tumorale (polmone, VADS, stomaco, colon-retto, mammella, cervice uterina) e paese. A parte la Romania, sono stati scelti altri 12 paesi, così raggruppati: Europa Centrale e dell'Est (Bulgaria, Repubblica Ceca, Ungheria), Paesi baltici (Estonia, Lettonia e Lituania), Europa dell'Nord-Ovest (Finlandia, Austria e Olanda) ed Europa del Sud (Croazia, Malta, Slovenia). Dopo aver calcolato i tassi di mortalità standardizzati per età per gli adulti giovani (15-49 anni), in età media (50-69 anni), anziani (oltre 70 anni) e per tutta la popolazione adulta (≥ 15 anni), usando il metodo diretto e la popolazione standard europea, è stata eseguita l'analisi di regressione Joinpoint. Così sono stati ottenuti la percentuale annuale del

cambiamento (PAC) ed i rispettivi intervalli di confidenza (95%CI) per ogni periodo in cui la curva dell'andamento è cambiata in modo significativo.

SESSION 21

14:00 – 15:30

Management de la Qualité hospitalière

Optimisation de la prise en charge des patients dans un centre de prélèvement hospitalier.

Elisabeth Raymakers, Cliniques Universitaires Saint Luc, Marianne Philippe et Catherine Fillee, Belgique. elisabeth.raymakers@uclouvain.be

Résumé

L'application de la méthodologie Lean & Six Sigma dans un centre de prélèvement hospitalier (65'000 prises en charge patient par an), a permis l'optimisation de la prise en charge patient par une diminution du lead time de 25 %, tout en réaffectant les profils professionnels aux activités spécifiques. Cartographie du processus patient, mesures des temps de cycle et de la charge de travail, à travers le fil conducteur du DMAIC – Définir, Mesurer, Analyser, Améliorer, Contrôler, ont servi d'outils de base à cette étude.

Resumen

La utilización del método "Lean&Six Sigma" en un servicio hospitalario de extracciones (65'000 pacientes atendidos al año) he permitido una disminución de 25% del "lead time" gracias a la afectación de tareas según el perfil profesional de los trabajadores. La cartografía del proceso "paciente", la medida de la duración de los ciclos et de la carga de trabajo constituyen la base de este trabajo que ha tenido como hilo conductor el DMAIC: definir, medir, analizar, mejorar y controlar.

Qualité de fonctionnement des services hospitaliers et qualité-sécurité des soins en établissements hospitaliers – Résultats de recherches interventions.

Véronique Zardet, ISEOR, Nathalie Krief, Marc Bonnet et Frantz Datry, France. zardet@iseor.com

Objectifs de la recherche / La recherche propose de recenser et de décrire les typologies de dysfonctionnements ayant un impact sur la qualité et la sécurité des soins aux patients, à partir de l'analyse du fonctionnement de plusieurs services hospitaliers. Elle propose d'identifier ces dysfonctionnements ainsi que leurs impacts et leurs causes-racines (génériques) afin d'en extraire des actions d'amélioration.

Contexte et description du problème / La qualité et la sécurité des soins sont devenues des enjeux de premier ordre au sein des structures hospitalières. Au-delà du cadre juridique et réglementaire, ces préoccupations s'inscrivent tout au long de l'organisation du soin. Néanmoins, malgré les préventions d'ordre normatif (règles, normes, procédures...), de nombreux dysfonctionnements remettent en question les règles établies. Ainsi, l'existence de procédures garantissant *a priori* qualité et sécurité des soins ne prémunit pas de problèmes organisationnels : des dysfonctionnements perdurent dans de nombreux domaines que les procédures ne couvrent pas.

Théories, méthodes et modèles / La recherche s'inscrit dans la cadre de la théorie et de l'intervention socio-économiques. Elle s'appuie sur plusieurs recherches-interventions menées au sein d'établissements hospitaliers publics et privés (France, Belgique, Suisse, Liban), en privilégiant la diversité des situations d'appel (problématiques différentes des structures choisies) et des services (services médicaux et périphériques). La base de référence est constituée d'une dizaine de diagnostics socio-économiques (qualitatifs et quantitatifs) centrés sur le recensement des principaux dysfonctionnements organisationnels ; de cette base est extrait un ensemble de dysfonctionnements ayant des impacts sur la qualité et la sécurité des soins aux patients, permettant de proposer une typologie des dysfonctionnements et de leurs principales causes-racines.

Prothèses totales de hanche. Résultats de l'étude de la MC. Qu'en avons-nous fait?

Xavier de Béthune, Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes, Katte Ackaert, Belgique.
xavier.debethune@mc.be

Au service R&D de la Mutualité chrétienne belge, nous avons en effet généré une série d'indicateurs sur la qualité et le coût des soins en cas de prothèse totale de hanche. L'étude comporte 54000 interventions et suit le devenir des prothèses primaires sur une période de 20 ans. Nous avons réalisé une visite dans 30 hôpitaux belges avec ces résultats, en commençant par des hôpitaux à résultats favorables, pour apprendre comment ils s'y sont pris. Avec les leçons apprises, nous avons ensuite visité des hôpitaux avec des résultats moins favorables pour les encourager à rendre visite à leurs confrères 'mieux lotis' et leur demander un plan d'action d'amélioration de la qualité. Avec les associations scientifiques d'orthopédie et de traumatologie, qui nous ont accompagnées dans ces visites, nous avons élaboré des recommandations pour les praticiens. 80% des hôpitaux interpellés par nous nous ont envoyé un plan d'action. Moins de 10% de ceux qui ont simplement reçu leurs résultats l'ont fait également.

De l'utilité de l'autopsie.

Jeanne-Pascale Simon, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Dresse Katarzyna Michaud et Dresse Marie-Claire Osterheld, Suisse. Jeanne-Pascale.Simon@chuv.ch

Problématique : L'autopsie reste un outil diagnostique et pédagogique majeur, indispensable à la compréhension des causes et des mécanismes des décès ainsi qu'à l'amélioration de la qualité des soins. Outre son rôle épidémiologique majeur pour le registre des causes de décès et les revues de morbidité et de mortalité, l'autopsie doit permettre de garder un œil critique sur la pratique médicale actuelle. Elle permet l'analyse des erreurs diagnostiques, thérapeutiques ou de gestion des malades et ainsi d'améliorer la qualité de notre système de santé par des mesures pragmatiques. Les motivations des demandes formulées sont globalement d'identifier la pathologie responsable de la sémiologie, établir les causes des décès, confirmer ou infirmer un diagnostic ou encore spécifiquement pour les autopsies médico-légales rechercher les signes d'intervention d'un tiers.

On distingue deux types d'autopsie : l'autopsie clinique exécutée avec l'accord des proches sur la demande d'un médecin ou des proches et l'autopsie médico-légale ordonnée principalement par une autorité judiciaire. L'autopsie clinique a un rôle de contrôle de qualité essentiellement pour les patients adultes, alors que pour les enfants et les fœtus, elle garde surtout un rôle diagnostique voire pronostique et en vue d'un conseil génétique en ce qui concerne les fœtus. L'orientation entre ces deux options, autopsie clinique ou autopsie médico-légale, se fait en général lors du constat de décès par le médecin lorsqu'il définit le type de mort du patient : la « mort naturelle », la « mort violente », ou encore la « mort indéterminée ».

Les moyens diffèrent pour ces deux types autopsies, l'autopsie médico-légale étant généralement plus complète car associée à des nombreuses analyses complémentaires comme radiologiques, toxicologiques etc. Le nombre d'autopsies médico-légales pratiquées à Lausanne est dans l'ensemble relativement constant. Par contre, le nombre d'autopsies cliniques a drastiquement baissé ces dernières années (372 autopsies en 2002 dont 228 adultes, 240 en 2007 dont 95 adultes). De plus, en réévaluant de façon rétrospective les demandes d'autopsie, certains cas d'autopsies cliniques étaient mal orientés et la cause de décès est restée incertaine, alors qu'une autopsie médico-légale aurait probablement permis de l'identifier. Ces erreurs d'orientation ou l'absence même d'autopsie mettent en évidence une connaissance parfois lacunaire des principes réglementant la constatation d'un décès et leurs conséquences, une mauvaise utilisation des ressources mises à disposition, un risque médico-légal ainsi que celui lié à une information incorrecte des proches du défunt sur la cause du décès.

Méthode : Il est constaté que les enjeux et intérêts d'une autopsie ne sont pas assez bien connus par les médecins amenés à constater le décès et par la suite à décider de la nécessité d'une autopsie puis du type d'autopsie. Les médecins doivent pouvoir disposer d'une information claire et appropriée sur la distinction entre ces autopsies au niveau de la prise en charge, de leurs buts respectifs, des analyses auxquelles il est procédé et des contraintes y relatives.

Cette information vise deux groupes de médecins :

- Médecins généralistes installés en cabinet ;
- Médecins pratiquant dans les hôpitaux,

Elle portera sur les points suivants :

- Notions liées au constat de décès : mort dite naturelle, violente et indéterminée ;
- Définition des notions d'autopsies médico-légales et médicales ;
- Utilité de l'autopsie
- Autopsies médicales et médico-légales : moyens et contraintes
- Réponses aux questions les plus fréquentes sur les autopsies

Solutions proposées :

- Directive institutionnelle « Mesures à prendre en cas de décès d'un patient » : mise à jour et information
- Carte informative de poche avec schéma récapitulatif, FAQ, numéros de téléphones ; format papier et numérique, support Smartphones
- Problématique abordée lors de la formation des médecins (de base et continue)

La démarche d'information et le contenu de la fiche informative seront validés par la direction du Centre universitaire de médecine légale, la direction de l'Institut universitaire de pathologie, la direction médicale de l'institution, le Médecin cantonal et la direction de la Société vaudoise de médecine.

Management de la Qualité dans un Laboratoire de Biologie Clinique hospitalier.

Danielle Govaerts, CHU de Charleroi, Anne Courbe et Raphaël Lequeu, Belgique.
danielle.govaerts@chu-charleroi.be

SESSION 22

14:00 – 15:30

Gouvernance santé publique - I

Conformação de uma secretaria estadual da saúde: trajetória do início da República até 1987.

Joana Angélica Molesini, Escola de Enfermagem da Ufba, et Cristina Maria Meira de Melo, Brasil.
jmolesini@hotmail.com

Registra-se no Brasil a intervenção do Estado na saúde da população desde o período imperial. Este, ao governar reconhece um problema público e toma ou não decisões no sentido de induzir mudanças na sociedade. Por outro lado, a forma como historicamente foi feita intervenções na área de saúde influenciou na construção social e política do País. Este processo histórico conformou não apenas o atual sistema de saúde, mas também o legado com o qual este tem que lidar. Este estudo tem como objetivo analisar a complexa realidade da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia por meio do desvelamento dos determinantes históricos envolvidos na construção desse setor, uma vez que este sofreu as influências e também influenciou todo o contexto político-social na Bahia e no Brasil. Inserindo-se na dimensão da História Política e utilizando-se a abordagem da Micro História realiza-se um estudo de caráter exploratório e analítico, tomando como recorte o espaço institucional da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Na coleta das informações foram utilizados documentos e entrevistas. Nos resultados estão descritos fatos da história da burocracia estatal para o setor saúde na Bahia organizada em função dos períodos conjunturais destacados na história brasileira desde a Proclamação da República em 1889 até 1987. Ao descrever estes momentos faz-se certa correspondência com alguns marcos da história política brasileira, e como esta refletiu no setor saúde e como se instituiu a burocracia estatal da saúde no País e na Bahia. Busca-se uma aproximação com o processo político, identificando qual jogo de interesses determinaram a estrutura administrativa do órgão setorial do governo estadual, responsável pela política de saúde e pela execução das suas ações. Para tanto, se tem como suporte teórico basilar as categorias de poder de Mario Testa. As mudanças que podem ser detectadas na organização administrativa de secretaria estadual da Saúde conformaram um poder técnico e administrativo localizado no nível central. Na trajetória da setorial saúde como um dos órgãos componente da administração estadual identifica-se momentos distintos na conformação dos poderes: do início da república a 1925 não existia este órgão como

parte da administração estadual; da sua criação até 1951 tinha sua estrutura era associada a área da educação, com forte dependência do âmbito federal, embora iniciando a configuração de um poder administrativo para cumprir decisões nacionais; ao ser desmembrada da educação passa a ser associada a assistência social, ao tempo que amplia-se suas ações para o interior do estado acompanhada da desconcentração administrativa e assunção da prática do planejamento em saúde para direcionar suas ações, vai portanto consolidando-se o poder administrativo e conformando-se um poder técnico, ambos direcionados para a condução de programas verticais do Ministério da Saúde; ao torna-se apenas secretaria da saúde em 1966 consolida-se este poderes, embora registra-se um momento de início da configuração de um poder político com a introdução programas baseados nos princípios da Medicina Comunitária entre 1976 a 1979, mas sem se consolidar; a configuração dos poderes técnico e administrativo sustentados em programas federais se mantém até 1987 quando uma nova política de gestão estadual é iniciada e propõe mudanças na condução do governo estadual.

Capacidade de gestão da vigilância epidemiológica em municípios da Bahia, Brasil.

Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, Universidade Estadual de Feira de Santana, Handerson Silva Santos et Cristina Maria Meira de Melo, Brasil. silvone.s@uefs.br

Resumo

Trata-se de um recorte da tese de doutorado, com abordagem qualitativa, através de estudos de casos. Selecionou-se dois municípios. Participaram os gestores e trabalhadores da saúde e representante do Conselho Municipal de Saúde. Os dados foram coletados através da entrevista semi-estruturada e análise documental. A análise dos casos revela fragilidade na capacidade de gestão da Vigilância Epidemiológica nos dois municípios e que há expressiva variação na capacidade de gestão determinada em função das desigualdades sociais, econômicas, políticas e dos mecanismos de gestão adotados.

Resumen

Tratase de un recorte de la tesis doctoral de enfoque cualitativo desarrollado a través de estudios de caso con dos municipios. Los sujetos de la investigación fueron los administradores, los agentes de salud y representante del Ayuntamiento de Salud. En la recolecta de datos se utilizó entrevistas semiestructuradas y el análisis documental. Concluye que la capacidad de gestión de la Vigilancia Epidemiológica en los municipios estudiados es frágil y que existe variabilidad significativa quanto a la capacidad de gestión, determinada por las desigualdades sociales, económicas, políticas y por las medidas de gestión adoptadas.

Reestruturação dos Serviços Públicos de Saúde no Brasil: Um olhar para Medida Provisória 520 que Cria a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

Nathália Oliveira Peixoto, Universidade Federal de Uberlândia, Felipe Gomes Monteiro, Vidigal Martins Fernandes, Renata Daher Paulo, Peterson Elizandro Gandolfi y Tulio Guimarães, Brasil. vidigalgv@gmail.com

Resumen:

Este trabajo se pretende discutir la medida provisional 520/10, creada el 31 de diciembre por el Presidente Lula, que dio lugar a la aparición de la empresa brasileña de hospital servicios - EBSERH. El objetivo de este artículo es describir el modelo de gestión de esta nueva organización. Se trata de un estudio teórico basado en la revisión y análisis de la literatura sobre el tema. El modelo de gestión de EBSERH fue descrito y analizado a la luz de las consideraciones para la estructura de la organización y la burocracia profesional de Mintzberg (1993, 2003).

Resumo:

Neste trabalho pretendeu-se debater a Medida Provisória 520/10, criada em 31 de dezembro pelo Presidente Lula, que implicou no surgimento da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSERH. O objetivo deste artigo é descrever o modelo de gestão desta nova organização. Trata-se de um estudo teórico, baseado na revisão e análise da literatura sobre o tema. O modelo de

gestão da EBSEH foi descrito e analisado à luz das considerações sobre estrutura organizacional e burocracia profissional de Mintzberg (1993, 2003).

Plano estadual de saúde da Bahia, Brasil 2008-2011: Processo de construção e marco teórico-metodológico.

Sisse Santana, Universidade Estadual de Feira de Santana, et Washington Luiz Abreu de Jesus, Brasil. sissesan@hotmail.com

Resumo

Buscou-se neste artigo analisar o processo de elaboração do Plano de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Brasil, e refletir sobre seu marco teórico-metodológico, utilizando-se da análise crítica de documentos institucionais. A partir da discussão entre a teoria e a prática do planejamento, situa-se que o enfoque estratégico-situacional permitiu construir o Plano de modo coletivo, solidário e participativo, evidenciando-se coerência com a perspectiva adotada, articulação ao referencial normativo e flexibilidade metodológica. Isto revela a potência da perspectiva situacional do planejamento na qualificação das ações de um Governo.

Resumen

Este artículo busca analizar el proceso de preparación de Plan de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía, Brasil, y reflexionar sobre su enfoque teórico y metodológico, con la revisión de los documentos institucionales. De la discusión entre la teoría y la práctica de la planificación, se encuentra en el enfoque estratégico-situacional permitió la construcción del Plan de modo colectivo, cooperativo y participativo, lo que demuestra consistencia con la perspectiva adoptada, con las referencias y flexibilidad para articular aspectos jurídicos y metodológicos. Esto muestra el poder de la perspectiva situacional de la planificación para calificar las acciones de un gobierno.

Questões políticas, éticas e jurídicas na elaboração e aplicação de medidas de Saúde Pública sobre álcool em Portugal (2000-2010).

Ana Fernandes, Universidade Nova de Lisboa, Hílson Cunha Filho et Paula Lobato de Fariab, Portugal. Ana.alexandre@iscsp.utl.pt

As bases para o desenvolvimento de políticas de saúde pública europeias e portuguesas na área dos problemas ligados ao álcool necessitam de ser discutidas tendo em consideração a realidade complexa das medidas a adoptar, da situação económica, social e de saúde dos países e também dos actores sociais e interesses que nelas intervêm, os quais podem afectar a criação, a acção e os resultados das mesmas políticas. Neste sentido, a legítima acção dos grupos de interesse da sociedade, que actuam junto dos Governos para defender e promover os princípios do Bem Público, da Saúde Pública e do Bem-Estar Social não pode ser confundida com a acção de grupos de pressão com interesses próprios que favorecem principalmente o sector económico em detrimento da Saúde Pública.

Se as medidas de Saúde Pública preconizadas nesta área são amplas e envolvem quase todos os sectores e diversas instituições da sociedade, algumas também são direccionadas ao comportamento individual e comunitário. Assim, geram comumente polémicas sobre a interferência na vida privada dos cidadãos e na liberdade de acção dos agentes comerciais e resistências culturais e sociais na clarificação e aplicação das leis e normas estabelecidas, dificultando a mudança sociocultural necessária a sua manutenção ao longo do tempo. O uso dos instrumentos legais de Saúde Pública na área do álcool em Portugal não tem apresentado a efectividade desejada. A lei é ainda um instrumento de Saúde Pública mal explorado e pouco avaliado. Entre outros factores, a situação económica tem sido um ponto crucial da agenda das políticas públicas, nomeadamente europeias e nacionais, centrando-se nas questões financeiras e orçamentais dos Estados. Em consequência, as intervenções sociais e de saúde são constantemente questionadas e postas a prova, no que refere a sua eficácia ou relação custo-benefício. Mesmo as evidências científicas de medidas já estudadas e replicadas são cada vez questionadas politicamente, através de critérios de oportunidade e importância estratégica da sua aplicação para os governos, o que demonstra a necessidade de se trabalhar um conceito mais avançado, que poderíamos classificar de evidências sócio-políticas, para as tomadas de decisão na área da Saúde Pública.

Nesta comunicação iremos apresentar uma revisão das evidências e do conhecimento disponíveis na matéria e fazer uma reflexão sobre os interesses em jogo na concepção e implementação de políticas relacionadas com o consumo de álcool de forma a compreender o papel dos actores e dos organismos que actuam na Saúde Pública em Portugal em matéria de políticas do álcool.

SESSION 23

16:00 – 17:30

La gestion des maladies chroniques: partage d'expériences internationales

Session organisée par : Joan Barrubés, Antares Consulting, España

Améliorer le parcours de santé des personnes âgées avec maladies chroniques.

Marie Dominique Lussier, Responsable du pôle médico sociale. ANAP. France

Gestión de la enfermedad crónica en un contexto de financiación capitativa.

Angel Giménez, Director del Departamento de Salud de Marina Alta . España

Il Family Learning Socio Sanitario per la gestione della cronicità.

Giovanna Vicarelli, Centro interdipartimentale per la ricerca sull'integrazione socio-sanitaria. Università Politecnica delle Marche. Italia

Intégration des soins en Suisse : comment faire sauter les verrous.

Philippe Schaller, Suisse

SESSION 24

16:00 – 17:30

Indicadores

Uso integração de bases de dados na avaliação em saúde: internações hospitalares e óbitos em população adscrita à Unidades de Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família (UAPS-SF).

Maria Teresa Bustamante-Teixeira, NATES/UFJF, Maria da Consolação Magalhães, Arlinda Barbosa Moreno, Andréssa Passos Masson, Roberti Uili Rodrigues Firmino, Orlando José de Oliveira Merlim y Estela Márcia Saraiva Campos, Brasil. teitabt@hotmail.com

Introdução: Os Sistemas de Informação em Saúde no Brasil disponibilizam dados e indicadores que permitem a avaliação do sistema de saúde tendo como unidade de análise mais desagregada o nível municipal. O projeto uso integrado de base de dados para a avaliação em saúde possibilita uma análise do nível local, ao desagregar a partir dos cadastros de usuários vinculados às Unidades de Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da Família (UAPS-SF). Nesse sentido, permite avaliar o desempenho dos serviços de APS enquanto nível de atenção coordenador da rede assistencial do Sistema Municipal de Saúde.

Objetivo: Avaliar o desempenho de Unidades de Atenção Primária à Saúde na Estratégia de Saúde da família (UAPS-SF) a partir do Registro Integrado de Saúde e comparar os indicadores de mortalidade e internações hospitalares de áreas adscritas com o restante da população de Juiz de Fora.

Materiais e métodos: Foram analisados os dados gerados pelo Registro Integrado de Saúde implantado no município de Juiz de Fora, MG referentes ao período de 2006 a 2009. Tal registro toma como base os dados do cadastro de Saúde da Família (SIAB-GIL) relacionado-os com as bases de dados referentes aos óbitos (SIM) e às internações hospitalares (SIH-SUS). O relacionamento das bases de dados utilizou o *software* Reclink III, que implementa o método do *linkage* probabilístico de registros. O formulário para cadastramento da família do SIAB (ficha A) foi empregado para a construção do arquivo mestre do registro ampliado. Todas as informações de identificação dos membros das famílias cadastradas foram digitadas, empregando-se o módulo correspondente do GIL, incluindo: nome completo, data de nascimento, nome da mãe, nome do pai, endereço de residência, número da família, área, microárea e identificador unívoco. Este

arquivo mestre foi relacionado com as demais bases (SIH-SUS e SIM) do município de Juiz de Fora, MG (cerca de 520.000 habitantes) permitindo a captura das internações e óbitos da população adscrita das UAPS-SF de estudo, com 22.159 habitantes. Foram construídos os indicadores para a população adscrita (UAPS-SF) e comparados ao restante da população do município de Juiz de Fora (JF). O software empregado para a análise foi o SPSS15.0.

Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em populações adscritas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) a partir do uso integrado de bases de dados de saúde.

Estela Campos, Universidade Federal de Juiz de Fora, Andréssa Passos Masson, Roberti Uili Rodrigues Firmino, Orlando José de Oliveira Merlim, Rita Maria Bastos, Diogo Mancini, Cláudia Medina Coeli et Maria Teresa Bustamante-Teixeira, Brasil. estela.marcia.campos@gmail.com

Introdução: As internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), apresentadas na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis sob forma de anexo da Portaria SAS/MS de n. 221, de 17 de abril de 2008, representam um conjunto de condições que poderiam ser evitadas por meio de ações efetivas da atenção primária e se constitui num novo indicador para avaliação de acesso e efetividade da APS e da utilização da atenção hospitalar. Tal proposta surge como uma ferramenta para avaliar a atenção primária no Brasil e comparar seu desempenho, num cenário em que a Estratégia de Saúde da Família se consolida com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária no país, promovendo a reorientação do modelo assistencial.

Objetivo : Tomando como referência os indivíduos cadastrados na Estratégia de Saúde Família (ESF), através do SIAB-GIL, este trabalho analisa o perfil das internações hospitalares por CSAP referente à população assistida por três unidades básicas de saúde com ESF (USF).

Metodologia: Foram analisados os dados do registro amplo de saúde, construído em Juiz de Fora, que empregou a metodologia do *linkage* probabilístico de registros para integrar os dados dos Sistemas de Informação SIAB, SINASC, SIM, AIH e APAC. A partir dos dados sobre causa da internação do SIH-SUS, calcularam-se os Coeficientes de Internação Hospitalar Geral (CIH) e por ICSAP, excluindo-se as AIHs de longa permanência para as populações estudadas. Foram ainda analisadas as proporções de ICSAP, segundo sexo e causa de internação. A análise dos dados populacionais empregou o software Stata 8.0.

Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en Morelos, México 2004-2009.

Luz Angélica de la Sierra de la Vega, Instituto Nacional de Salud Pública, Juan Francisco Molina Rodríguez, Alejandro Figueroa Lara et María Luisa Gontes Ballesteros, México. luz.delasierra@insp.mx

Resumen:

Objetivo: Estimar la magnitud de Hospitalizaciones Evitables (HE) por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (ACSC) y la influencia de las características socio-demográficas y de servicios en Morelos 2006-2009. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo. Se obtuvieron tasas de HE por ACSC ajustadas. El análisis de los factores asociados se realizó por regresión logística. **Resultados.** La tasa de HE fue 5.79%. Los factores asociados fueron edad, número de enfermeras, acceso a seguridad social, y hospital de atención. **Conclusiones.** El modelo permite identificar factores asociados a la variabilidad del indicador e identificar áreas de mejora. **Palabras clave.** Hospitalizaciones, Atención ambulatoria, Calidad de la atención de salud.

Résumé :

Objectif : Calculer le volume d'hospitalisations qui peuvent s'éviter (HE) par des Conditions Propices aux Soins Ambulatoire (CPSA) et l'influence des caractéristiques socio-démographiques et des services médicaux dans la province de Morelos au Mexique, de 2006 à 2009. **Méthodologie:** Étude transversal descriptive. On a obtenu le taux d'HE par CPSA ajusté. L'analyse des facteurs liés a été réalisée par régression logistique. **Résultats :** Le taux d'HE était de 5.79%. Les facteurs liés étaient l'âge, le nombre des infirmières, l'accès à la sécurité sociale et l'hôpital d'attention.

Conclusions : Le modèle permet d'identifier facteurs liés à la variabilité de l'indicateur et d'identifier des voies d'amélioration.

O uso de informações em saúde como estratégia para qualificação da gestão: a experiência do Observatório Baiano de Regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mariana Bertol Leal, Universidade de São Paulo, Alcindo Antônio Ferla, Conceição Benigno Magalhães, Estevão Rodrigues Tofoli et Silvio Roberto Medina, Brasil.
marianabertolleal@gmail.com

No Estado da Bahia, desde 2007, com o início da atual gestão, deu-se a construção do novo Plano Diretor de Regionalização (PDR), com definição das nove macrorregiões e suas 28 microrregiões de saúde. Instituíram-se as instâncias regionais de pactuação previstas pelo Pacto pela Saúde, os Colegiados de Gestão Microrregional (CGMR), e foi construído, com ampla participação de municípios e do Controle Social, o novo Plano Estadual de Saúde (PES).

Nesse sentido, compreendendo que um amplo processo de fortalecimento e qualificação da gestão está em desenvolvimento, para intensificar os processos de avaliação, monitoramento, regulação, cooperação e controle essenciais para a qualificação da gestão regionalizada do SUS e implantação das linhas de cuidado, vem sendo implementado o projeto do Observatório Baiano de Regionalização do SUS.

O Projeto Observatório Baiano de Regionalização do SUS tem como objetivo desenvolver e implantar uma nova tecnologia da gestão regionalizada que permitirá o acompanhamento e desenvolvimento dos CGMR, do PDR e da Programação Pactuada Integrada (PPI) na perspectiva de implantação da política de gestão da rede de atenção especializada. Para isso, deverá operar com o conceito de um “conjunto de soluções tecnológicas e operacionais que abrangem a produção, tratamento, análise, disseminação e usos de informações e conhecimentos sobre aspectos administrativos, técnicos e político-organizacionais dos sistemas municipais, microrregionais, macrorregionais e estadual de saúde da Bahia visando a produção de evidências sobre estrutura, processo e resultados com o objetivo de subsidiar os gestores em diversos âmbitos para a tomada de decisões”.

A criação do Observatório Baiano de Regionalização pretende suprir a lacuna do monitoramento e da avaliação, com enfoque na atual política de saúde. O Observatório é um dispositivo potencialmente articulador das diversas ações segmentadas hoje desenvolvidas no âmbito da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e tem como eixos de seu trabalho: Eixo I - Modelagem das Linhas de Cuidado; Eixo II – Lógica de Programação do cuidado e Alocação de Recursos; e, Eixo III – Contratualização, Regulação, Avaliação, Controle e Acompanhamento.

A operação do Observatório está ocorrendo de forma ascendente, iniciando-se em unidades sentinela e nos Colegiados de Gestão Microrregional já que o monitoramento e a avaliação dos fluxos assistenciais e evidências de problemas em relação aos processos regulatórios tornam-se prioridades da gestão do sistema de saúde de forma ampliada e devem ser apontados a partir da ponta.

Dessa forma, estão sendo implementadas Estações Microrregionais com: Bases sentinela: serviços de referência para a coleta de informações estratégicas e o monitoramento de fluxos e eventos assistenciais marcadores do desempenho da gestão municipal e microrregional; Componente operacional: organização de relatórios trimestrais de informações e registro sobre organização da gestão e da atenção e desempenho dos sistemas microrregionais de saúde e a análise dos Colegiados Microrregionais. Mantidas por meio das Dires e dos apoiadores do nível central da SESAB; e Componente técnico-político: Colegiados Microrregionais, que analisam o relatório (Câmaras Técnicas), produzem conhecimento útil à gestão, desenham estratégias de intervenção e encaminham à estação estadual do Observatório. Da mesma forma, está sendo implementada uma Estação Estadual com uma Base estadual: para a sistematização e pré-análise das informações e conhecimentos em recortes macrorregionais e estadual e submissão de relatório trimestral da gestão regionalizada à decisão da SESAB e CIB.

Essa aposta possibilita o subsídio para a tomada de decisão da Regionalização Viva! Desde maio de 2010, o grupo de trabalho vinculado a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) composto por gestores municipais e estaduais vem coordenando o processo de acompanhamento e avaliação da PPI vinculado ao projeto do Observatório e já apresenta resultados interessantes do ponto de vista de mudanças coordenadas com as necessidades de saúde apontadas a partir dos CGMR. Através dos CGMR estamos experimentando instrumentos de avaliação e acompanhamento do

processo de regionalização a partir do olhar qualificado para a PPI, o PDR, o Pacto pela Saúde, entre outras ferramentas e estratégias da gestão do SUS implementadas.

Atualmente o processo de trabalho da secretaria já se modificou para compreender que o uso mais eficiente do conjunto de informações em saúde auxilia no processo decisório da gestão do SUS. A produção que os CGMR estão fazendo, ao avaliarem os indicadores do Pacto pela Saúde bem como o funcionamento da nova PPI, já serve de subsídio para tomada de decisão e está incorporada no âmbito do funcionamento do Observatório.

Assim, o Observatório pretende servir como ferramenta de gestão potente para apoiar os processos de descentralização e regionalização do SUS no Estado da Bahia bem como para acompanhar e avaliar o processo desencadeado para reorganização dos sistemas regionalizados de saúde baseados no PDR e na atual política estadual que prioriza a regionalização com apoio no funcionamento dos CGMR nas microrregiões do estado.

SESSION 25

16:00 – 17:30

Gouvernance des réseaux de soins

Quels outils de management des réseaux de santé ? Pour une approche contingente à leur cycle de vie.

Pascal Bonafini, Centre Henri Becquerel, et Thierry Nobre, France. pbonafini@rouen.fnclcc.fr

Résumé

La fragmentation et le manque de coordination des prises en charge conduisent à des risques pour les patients et des gaspillages de ressources. Ce papier teste l'impacte du système intégrés de soins d'Intermountain Healthcare (Utah – USA) sur le recours aux services de soins et sur les dépenses de santé. A partir d'une cohorte longitudinale de patients suivie sur 7 ans, nous montrons que l'intégration du médecin principal pour le patient est associée à une moindre consommation de services et à un infléchissement du taux de croissance des dépenses de santé.

Resumen

La fragmentación y la falta de coordinación entre proveedores de atención médica daña a los pacientes y desperdicia los recursos. Este documento prueba el impacto del sistema integrada de Intermountain Healthcare (Utah – E.E.U.U.) con respecto del uso de los servicios de atención médica y los gastos de salud. De una cohorte longitudinal de pacientes seguidos durante 7 años, nos muestran que la integración del doctor primario se asocia con el menor consumo de los servicios de salud y una reducción en la tasa de crecimiento del gasto de salud.

Impact sur la qualité des soins et les dépenses de santé d'un modèle intégré de coordination des soins (centre de santé, hôpital et assureur) à Intermountain Healthcare, Salt Lake City, Utah, Etats-Unis.

Alice Teil, Graphos-Université Jean Moulin Lyon 3, Pascal Briot, Wayne Cannon, Tom Belnap, USA et France. pascal.briot@imail.org

Objectif : 1) Expliquer le fonctionnement des centres de santé « intégrés » d'Intermountain Healthcare (équipe pluridisciplinaire, application des bonnes pratiques cliniques – « Evidence Based Medicine », utilisation d'un dossier patient médicalisé intégré entre médecine de ville et soins hospitaliers, suivi des indicateurs cliniques, programme de paiement pour la qualité financé par l'assureur). 2) Démontrer l'impact de ce modèle sur la qualité des soins et sur les couts pour patients traités dans ce système sur une période de sept ans.

Context et liaison aux thèmes du congrès : Un des éléments clef du plan de réforme de santé américain touche à l'organisation de l'accès aux soins basé sur la coordination des traitements préventifs et curatifs et une meilleure coordination entre l'ambulatoire et l'hospitalier. C'est le modèle qu'Intermountain a mis en place pour ses centres de santé et celui-ci adresse plusieurs des thèmes du congrès à savoir:

- 1) Si les institutions de soins sont organisées actuellement de manière la plus logique et efficace possible.
- 2) Si les systèmes de santé atteignent les résultats escomptés.
- 3) Si l'on dispose d'indicateurs adéquats pour les mettre en évidence.

L'accouchement en maison de naissance plus physiologique : 4 fois moins de risque d'y accoucher par césarienne !

Anne Burkhalter, Bernard Borel, Bernard Fasnacht et Gérald Fioretta, Suisse. anne.burkhalter@bluewin.ch

L'objectif de la recherche : Evaluer les résultats périnataux de 2 lieux de naissance différents situés sous le même toit : la maternité de l'Hôpital du Chablais/Vaud/Suisse et la maison de naissance Aquila, gérée de manière indépendante par des sages-femmes libérales.

Le contexte et la description du problème : Depuis 12 ans l'Hôpital du Chablais/Vaud/Suisse abrite une maison de naissance gérée de manière indépendante par des sages-femmes en pratique libérale. Parallèlement, cet hôpital public accueille les naissances correspondant à une population d'environ 80'000 habitants. Les données sanitaires des mères et de leurs enfants issues des dossiers périnataux permettent de comparer les pratiques des 2 structures obstétricales et de réfléchir sur l'évolution des modes d'accouchement.

Les méthodes, les modèles, les matériels employés : Cette étude rétrospective compare 386 accouchements en maison de naissance et 788 accouchements similaires en maternité hospitalière. Elle permet de répondre à la question suivante : quelles sont les différences de résultats de santé entre la pratique hospitalière et celle de la maison de naissance d'Aigle ? Une analyse statistique des résultats a été effectuée par un statisticien et épidémiologiste. Parallèlement, à partir des mots-clés, une revue de littérature appuie l'analyse.

Déterminants de l'intention des infirmières de première ligne d'utiliser le Dossier de santé électronique du Québec.

Marie-Pierre Gagnon, Université Laval, Geneviève Leblanc et Marie Desmartis, Québec. marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectifs de recherche : Cette étude vise à identifier les facteurs influençant l'intention des infirmières de première ligne d'utiliser le Dossier de santé électronique du Québec (DSQ) dans leurs activités cliniques.

Contexte et description du problème : Les technologies de l'information et des communications sont perçues comme étant une solution potentielle aux problèmes du système de santé québécois. Elles peuvent soutenir les organisations et les pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services de santé. Au Québec, le DSQ est considéré comme étant la pierre angulaire permettant l'intégration d'un ensemble d'informations utiles au suivi des patients. Pour en mesurer les bénéfices sur tout le système de santé, il faut d'abord que les professionnels de la santé s'approprient cette innovation. Une meilleure connaissance des perceptions des infirmières est essentielle à la mise en œuvre du DSQ puisqu'elles peuvent influencer son succès.

Théories, méthodes, modèles, matériels employés : L'étude s'est inspirée de la théorie du comportement planifié élaborée par Ajzen (1991) pour explorer le comportement professionnel des infirmières. Une méthodologie de recherche mixte a été utilisée. Dans un premier temps, une analyse qualitative a permis d'identifier les croyances des infirmières à l'égard du DSQ à partir de questions ouvertes. Par la suite, un questionnaire a été élaboré à partir de ces croyances et a été envoyé à 199 infirmières de première ligne. Des analyses quantitatives ont été effectuées afin d'identifier les déterminants de l'intention des infirmières ainsi que les croyances sur lesquelles devraient porter les interventions afin de favoriser l'utilisation du DSQ par les infirmières.

Produção das práticas em saúde e a construção da integralidade na estratégia saúde da família, Bahia, Brasil

Marluce Maria Araújo Assis, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. marluce.assis@pesquisador.cnpq.br

Introdução: A integralidade, princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), tem representado um grande desafio para as práticas de saúde vigentes no Brasil. Estas práticas têm

sido marcadas por um cuidado fragmentado e pouco efetivo e, por conseguinte, uma baixa resolubilidade dos problemas de saúde demandados pelos usuários do sistema. Assim, busca-se um modelo tecnoassistencial que apresente conformidade com as necessidades da população. **Objetivo:** Analisar a produção das práticas de saúde, proporcionada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em dois municípios do Estado da Bahia, Brasil, considerando as dimensões de análise (acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade), na construção da integralidade da atenção à saúde. **Método:** Estudo qualitativo crítico e reflexivo. As técnicas de coleta de dados foram entrevista semi-estruturada e observação sistemática, contando com um total de 39 entrevistados divididos em Grupo I (trabalhadores de saúde), Grupo II (usuários) e grupo III (informantes-chave). A amostragem foi do tipo intencional, pautada na saturação teórico-empírica. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2009. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS. A análise dos dados foi orientada pela análise de conteúdo temática e fluxograma analisador de Merhy (1997). **Resultados e discussão:** Os resultados revelam que a ESF não dá conta de resolver os problemas de saúde dos usuários, pois apresenta acesso restrito e focalizado; o acolhimento apresenta limites e contradições em relação às boas relações, porém com baixa resolubilidade; o vínculo-responsabilização é observado como encontros e desencontros entre equipe, comunidade e gestão; a resolubilidade nas ações produzidas internamente se depara com fragilidades do sistema de referência e contra-referência, limitando as ações que são iniciadas no ESF, o que vem comprometendo a resolubilidade do sistema como um todo. As práticas dos trabalhadores de saúde vêm se caracterizando por ações fragmentadas, prescritivas e que valorizam o instrumental e a realização de procedimentos, dentro de uma perspectiva médico-centrada. As ações desenvolvidas têm sido direcionadas prioritariamente pelas Ações Programáticas, valorizando certos grupos e morbidades, o que vem comprometendo a universalidade do atendimento integral. Além disso, os usuários têm encontrado grande dificuldade de acessar consultas especializadas e exames de maior complexidade na rede de serviços do SUS, conduzindo à baixa resolubilidade de suas demandas. Os trabalhadores de saúde reconhecem a necessidade de valorizar tecnologias relacionais, tais como: acolhimento, vínculo e responsabilização, contudo esta prática ainda não se efetivou nas ações de toda a equipe. **Conclusões:** Alguns desafios se apresentam para gestores, trabalhadores e usuários, no sentido de efetivar a Saúde da Família, enquanto estratégia de reorientação do SUS, com vistas à resolubilidade da atenção. Nesse sentido, deve-se buscar superar: a fragmentação das ações que é evidenciada por equipes que, muitas vezes, se isola em seus núcleos de atuação específicos, deixando de atender globalmente às necessidades das pessoas, que demandam os problemas. Além disso, a assistência prestada é pautada pela queixa do usuário, transformando-se em pronto-atendimento; as ações são pontuais e paliativas e, portanto, não resolvem as necessidades reais dos indivíduos, o que promove a rotatividade e a permanência do usuário por muito tempo nos serviços. Deste modo, a superação das fragmentações e da baixa resolubilidade das ações aponta para a produção do cuidado, que deveria ser operado pelas necessidades dos usuários por meio de uma equipe interdisciplinar e das tecnologias relacionais, tais como acolhimento, vínculo e responsabilização. Contudo, foi evidenciado que nem sempre esses dispositivos fazem parte da prática dos trabalhadores de saúde do PSF, oscilando entre ações acolhedoras e responsáveis, promotoras do vínculo, e falta de acolhimento e responsabilização, embora estes acreditem que seja necessário o desenvolvimento de tais tecnologias. Igualmente, o acolhimento e a responsabilização não são exercidos de forma igualitária por todos os membros da ESF, o que permite estabelecimento de vínculo apenas com alguns trabalhadores. Para alcançar a resolubilidade do sistema de saúde também é preciso que o usuário consiga acessar toda tecnologia necessária à resolução de sua necessidade, independente do grau de complexidade requerida, o que implica fluxos adequados de referência e contra-referência em toda a rede de serviços ofertados pelo SUS.

SESSION 26

16:00 – 17:30

Economie en santé

La rilevanza economica della spesa sanitaria: il caso italiano.

Claudio Socci, Università di Macerata, Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli et Francesca Severini, Italia. socci_claudio@unimc.it

Il contesto istituzionale nel quale oggi è possibile valutare il Sistema Sanitario è caratterizzato dalla complessa applicazione del federalismo fiscale e da una congiuntura economica negativa. Il periodo di bassa crescita ha dato una forte spinta all'attuazione di ampie manovre di finanza pubblica orientate al rispetto del patto di stabilità. I due eventi hanno contribuito ad evidenziare il principale capitolo di spesa del bilancio delle regioni, la spesa sanitaria pubblica corrente, ponendo al centro del dibattito politico istituzionale la necessità di contrarre la spesa pubblica per servizi sanitari. L'applicazione di tagli di tipo lineare sui trasferimenti alle Regioni e l'imposizione di Livelli di Assistenza Essenziali, hanno generato non poche difficoltà ai Governi regionali, i quali in alcuni casi non sono riusciti ad applicare tagli alla spesa corrente senza ridurre il livello delle prestazioni essenziali. Ciò è accaduto principalmente nel comparto della spesa relativa ai servizi sanitari forniti o finanziati dalla Pubblica Amministrazione.

Lo scopo dell'articolo è quello di quantificare la rilevanza della spesa sanitaria nel flusso circolare del reddito per le macroregioni SUD-SOLE e NORD-CENTRO del sistema economico italiano. A ciò si aggiunge il tentativo di testare la validità di manovre relative alla spesa sanitaria pubblica regionale che siano alternative al classico taglio lineare. La validità di una manovra in grado di contemplare la compatibilità tra il vincolo sui livelli essenziali delle prestazioni e quello sul rispetto del patto di stabilità sarà posta al centro del lavoro. Il modello e la base dati sono caratterizzati da un forte grado di disaggregazione, il quale permette di verificare l'interrelazione della spesa sanitaria con tutti gli altri aggregati macroeconomici all'interno delle varie fasi del flusso circolare del reddito.

Sistema de custeamento para gestão de custos na área de saúde.

Geraldo de Abreu Junior, Universidade do Estado do Rio de Janeiro Cláudia Lima Félix et Lino Martins da Silva, Brasil. gdeabreu.cgm@pcrj.rj.gov.br

Resumo

As mudanças estruturais, sociais e políticas que vêm ocorrendo no Brasil, influenciadas em larga escala pelas transformações dos mercados internacionais, têm promovido alteração no modelo de gestão organizacional dos setores público e privado, exigindo maior participação social, eficiência econômica, e eficácia na gestão dos recursos. As pressões sobre a gestão dos recursos públicos ganham destaque, demandando dos administradores adoção de ações inovadoras devido à relevância do Estado na satisfação dos interesses sociais, em sua atuação como ente regulador e fomentador do mercado de bens e serviços. O presente estudo de caso visa conhecer e analisar, à luz dos princípios de governança corporativa, os instrumentos de gestão de custos adotados pelo ente público para monitorar e orientar aplicação e maximização de recursos no atendimento assistencial, avaliando se os indicadores adotados são adequados à mensuração e evidenciam os resultados dos atendimentos médicos. Os resultados revelam que a implantação de sistema de custos no setor público proporciona ao administrador uma ferramenta capaz de provê-lo de dados que antes não eram considerados ou conhecidos. Hoje, toda unidade de saúde tem sua estrutura funcional codificada em uma base corporativa e esta base tem interface com os demais sistemas.

Resumen

Los cambios estructurales, sociales y políticos en Brasil, motivadas en gran medida por los cambios en los mercados internacionales, han promovido el cambio en el modelo de gestión organizativa de los sectores público y privado, lo que requiere una mayor participación social, eficiencia económica y la eficacia en la gestión de los recursos. Las presiones sobre la gestión de los recursos públicos se ponen de relieve, lo que requiere de los administradores acciones innovadoras, debido a la relevancia del Estado en el cumplimiento de los intereses sociales en su papel como regulador y promotor de lo mercado de productos y servicios. Este estudio de caso tiene como objetivo comprender y analizar, a la luz de los principios de gobierno corporativo, gestión de costes, los instrumentos adoptados por la entidad pública para vigilar y orientar la implementación y maximizar los recursos en la atención de la salud, la evaluación de los indicadores adoptados son apropiados para la medición y presentación de los resultados de la atención médica. Los resultados mostraron que el despliegue de los costes del sistema en el sector público proporciona al administrador una herramienta que le puede proporcionar los datos que no fueron considerados o conocido. Hoy en día, cada establecimiento de salud tiene su estructura funcional codificado en toda la empresa y ésta es una interfaz basada en otros sistemas.

Assicurazione privata in un Servizio Sanitario Nazionale alla Beveridge: il caso italiano.

Carlo De Pietro, Italia. carlo.depietro@unibocconi.it

SESSION 27

16:00 – 17:30

Soins primaires

Los programas intersectoriales en la prevención de enfermedades.

Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México, Susana Sáenz García et Alfonso Garduño Arroyo, México. geoland@web.de

Objetivo. Realizar una evaluación del programa “Escuela y Salud en la Educación Básica” que se implementa en el municipio de Nezahualcóyotl.

Contexto y descripción del problema. En la actualidad la OMS ha manifestado que la Obesidad esta comportándose como una pandemia dando cifras mayores a un billón de personas con sobrepeso y de estas 300 millones son personas con obesidad. En el 2010 se calcula que existen 42 millones de niños con Sobrepeso en el mundo. México no ha estado ajeno a esta situación, En ese mismo año la OMS anunció que México a nivel mundial ocupaba los primeros lugares en obesidad tanto en la población adulta como infantil.

Dentro de las políticas públicas en salud que existen en el país, en el Estado de México se han venido implementando programas vinculados entre el Sector Salud y el Educativo donde se considera la salud. Actualmente se implementa uno que se apoya a su vez en otros emitidos por la propia Secretaría de Salud de la federación. Sin embargo a pesar de los programas existentes, los índices de obesidad infantil se siguen presentando.

Marco teórico metodológico. Como programa intersectorial en el Municipio de Nezahualcóyotl, Estado de México dentro de los planteles de educación básica se ejecuta el programa “Escuela y salud”. Para realizar la evaluación se revisaron diferentes documentos normativos emitidos a nivel nacional y estatal. Se visitó una escuela primaria ubicada en el municipio de Nezahualcóyotl en donde se entrevistó al personal encargado de implementar el programa en el plantel.

Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família.

Maria José Bistafa Pereira, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Silvana Martins Mishima, Maria do Carmo Caccia Bava, José Sebastião dos Santos, Silvia Matumoto, Cinira Magali Fortuna et Cláudia Benedita dos Santos, Brasil. zezebis@eerp.usp.br; zezebis@netsite.com.br

Resumo

O estudo objetivou comparar o desempenho dos quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBS) e naquelas que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família (ESF) em um grande centro urbano no Brasil. Os atributos foram comparados a partir da percepção de 770 usuários em um distrito de saúde, no ano de 2007. As análises foram realizadas por meio dos testes t de “Student”. As Unidades da ESF tiveram, na avaliação dos entrevistados, melhores características organizacionais e de desempenho em 03 dos 04 atributos avaliados.

Resumen

Este estudio objetivó comparar el desempeño de cuatro atributos esenciales de la Atención Primaria de Salud en Unidades Básicas de Salud Tradicionales (UBS) y aquellas que desarrollan la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en un gran centro urbano en Brasil. Atributos fueron comparados a partir de la percepción de 770 usuarios del distrito de salud en el año 2007. Análisis se realizaron mediante testes t de “Student”. Las Unidades de ESF, de acuerdo con entrevistados, presentaron características organizacionales y mejor desempeño en 03 de los 04 atributos

evaluados.

Educación para la salud: apuntes sobre una experiencia práctica.

Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México Camila Pereira Abagaro, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa et Esteban Jaime Camacho Ruiz, México. geoland@web.de

Resumen :

Objetivo. La presente es una experiencia docente y presenta un nuevo programa educativo que se está ofertando a nivel superior llamado Educación para la Salud, el cual tiene como objeto de estudio los estilos de vida de la población resultado de los determinantes de la salud.

Contexto y descripción del problema. La licenciatura de Educación para la Salud es una nueva oferta se suma al enfoque preventivo que dentro del área de la salud se está impulsando dentro de las actuales políticas de salud en México y específicamente del Estado de México. La característica diferencial por la cual se presenta como novedosa es que se está ubicada dentro del área de ciencias sociales y visualiza a la salud como el resultado de los hábitos que presenta el individuo, la familia y la comunidad. De esta forma, el objeto de estudio es la promoción de estilos de vida saludable considerando para ellos los factores sociales involucrados y el proceso pedagógico. Se ofertó por primera vez en el año 2007 y en el mes de julio del presente año egresa la primera generación. Durante estos cuatro años se han podido identificar distintos elementos y problemáticas relacionados a esta nueva perspectiva de ver a la salud, por ejemplo el cambio de paradigma de ver al proceso salud-enfermedad desde el modelo biologicista, aunado a este y por ser una propuesta novedosa es que no existe un marco de referencia considere a los determinantes de la salud.

Resumo:

Objeto. O presente trabalho refere-se a uma experiência docente e apresenta um novo programa educativo que se está oferecendo como curso superior denominado Educação para a Saúde.

Contexto e descrição do problema. Esta nova oferta se soma ao enfoque preventivo que dentro da área da saúde se está promovendo dentro das atuais políticas de saúde no México e, especificamente, do Estado do México. A característica distintiva pela qual se apresenta como recente é que está situada dentro da área de Ciências Sociais e visualiza à saúde como o resultado dos hábitos do indivíduo, da família e da comunidade. Desta forma, o objeto de estudo é a promoção dos estilos de vida saudáveis considerando, para isso, os fatores sociais envolvidos e o processo pedagógico. Por ser uma graduação de recente criação, em julho deste ano diplomou-se a primeira geração de Licenciados em Educação para a Saúde.

Tal situação tem permitido identificar distintos elementos e problemáticas relacionados à referida graduação, como os que se mencionam a seguir: a tentativa permanente de ruptura com um modelo biologicista de estudo do processo de saúde-doença e a necessidade de um marco de referência que observe os determinantes sociais da saúde dentro dos estudos realizados na graduação; por outro lado, os problemas práticos enfrentados pelos/as estudantes no sentido de formar parte do mercado de trabalho no contexto político que, tem adotado com grande veemência uma política marcadamente neoliberal, especialmente no que se refere ao setor saúde; também observar-se, em algumas situações, certa dificuldade na compreensão do significado da tarefa do Educador/a para a Saúde e sua importância para a sociedade em general.

Acesso a tratamento de alto custo no sistema pública de saúde brasileiro.

Erenilde Marques de Cerqueira, Universidade Estadual de Feira de Santana, et Raymundo Paraná Filho, Brasil. eremarques@fsonline.com.br

Introdução: Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) o governo brasileiro estabelece a máxima constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e deve ser garantida através de um conjunto organizado capaz de articular ações de prevenção, cura e reabilitação. Nesse sentido, são de responsabilidade do SUS as ações e serviços da atenção primária, da média e da alta complexidade. Entre as ações de alta complexidade, o Ministério da Saúde instituiu o Protocolo Clínico que dispõe sobre o tratamento da hepatite viral C no SUS, uma vez que a doença apresenta uma prevalência de 2% no país e o diagnóstico e tratamento são procedimentos de custo elevado para os padrões de renda da maioria dos cidadãos brasileiros.

Objetivo: identificar as facilidades e dificuldades vivenciadas durante o tratamento de pacientes portadores do vírus C da hepatite na rede pública de saúde brasileira. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa. O campo empírico da pesquisa é a rede pública de serviços de saúde na Bahia-Brasil que oferece assistência aos portadores do vírus C (HCV), incluindo a aplicação semanal do Interferon Peguilado. A população do estudo foi constituída por 121 portadores de hepatite C crônica, em tratamento nas unidades de referência para hepatites virais em três cenários de estudo. Os pacientes foram estimulados a falar sobre as facilidades e as dificuldades no seu acesso ao tratamento. A análise dos depoimentos foi realizada com base na Análise de Conteúdo. A síntese das falas possibilitou identificar a Unidade Temática Central “Facilidades e dificuldades no caminho trilhado rumo ao tratamento”, subdividida em duas subunidades temáticas: “O acolhimento da equipe e o acesso ao medicamento como facilitadores do tratamento” e “O desconhecimento sobre a doença e o tratamento”.

SESSION 28

16:00 – 17:30

Planification

Planejamento em saúde na secretaria do Estado da Bahia (SESAB), Brasil: uma análise de swot.

Sisse Santana, Universidade Estadual de Feira de Santana, Washington Luiz Abreu de Jesus et Marluce Maria Araújo Assis, Brasil. sissesan@hotmail.com

Resumo

Buscou-se neste artigo analisar a viabilidade do planejamento da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil, no período 2007/2009, utilizando-se da matriz SWOT, articulada a uma análise documental crítica. Foram identificadas fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças do ponto de vista político, técnico e administrativo. Os resultados apontaram para uma legitimação progressiva do processo e um dado crescimento institucional, apesar dos limites identificados; e revelaram a importância da utilização de ferramentas de análise estratégica para nortear processos de planejamento e avaliação em sistemas governamentais de saúde.

Resumen

En este artículo se trató de examinar la viabilidad de la planificación de la Secretaría de Salud de Bahía, Brasil, durante 2007/2009, utilizando la matriz FODA, vinculada a un análisis crítico de los documentos. Fueron identificados, oportunidades, debilidades y amenazas en términos de política, técnica y administrativa. Los resultados mostraron una progresiva legitimación de un determinado proceso y el crecimiento institucional, a pesar de las limitaciones identificadas, y puso de manifiesto la importancia de utilizar herramientas de análisis para orientar los procesos de planificación estratégica y la evaluación de los sistemas de salud del gobierno.

La qualità delle regole per una buona sanità.

Maurizio Campagna, Università Cattolica del S.C. di Milano, et Guerino Fares, Italia. maurizio.campagna@unicatt.it

Riassunto

La sanità rappresenta la punta avanzata del fenomeno della frammentazione delle fonti del diritto. Sulla definizione chiara del confine tra legislazione politica e legislazione tecnica si gioca l'impatto (positivo) delle regole sulla *governance* nel settore. Il grado di specializzazione ormai raggiunto implica che le regole non possono che essere il frutto dell'integrazione tra saperi e che tra diritto tecnico e diritto politico vi sia un rapporto di sussidiarietà: la regolazione ordinaria dovrebbe, cioè, spettare al diritto dei professionisti sino alla tutela di valori e interessi superiori, da lasciare all'interno del circuito della decisione politica.

Resumé

Dans le secteur de la santé il y a l'exemple le plus significatif du phénomène de la fragmentation des sources du droit. C'est sur la définition claire des limites entre la législation politique et la législation technique que se joue l'impact positif des règles sur la gouvernance du secteur. Désormais, le degré atteint de spécialisation implique (non seulement) que la régulation corresponde au fruit d'une intégration du savoir et aussi qu'il y ait entre le droit technique et le droit politique un rapport de subsidiarité: la régulation ordinaire devrait appartenir au droit des professionnels tout en soumettant les valeurs et intérêts supérieurs à la tutelle de la décision politique.

As Agendas Mediática, Pública e Política da Saúde em Portugal num contexto de Governação Crítica.

Maria Vitória Mourão, ISCSP-UTL et Clara Michele Bruheim, Portugal. vitoria.mourao@gmail.com

Objectivos: A investigação procura traçar caminhos de governação crítica e no sentido do reforço de um contrato social para a Saúde em Portugal, tendo em conta as agendas mediática, pública e política e encontrar regularidades no tratamento dos temas de Saúde em alguns meios de Comunicação Social, nomeadamente na imprensa diária e semanária.

Contexto e descrição do problema: Portugal, como outros países do mundo, debate-se com a crise económica e social que implica tomadas de decisão políticas estratégicas. Apesar das contingências, a Saúde, sector sempre sensível e de múltiplas implicações, não pode ser descurada.

O envelhecimento demográfico, a necessidade de otimizar recursos materiais e humanos, a boa articulação entre o Estado, privados e sociedade civil, a qualidade das prestações, são desafios que não se podem travar sem ter em conta as necessidades de uma cidadania responsável e informada que implica a literacia do cidadão, no centro do sistema eficaz e humanizado, mas com expectativas razoáveis.

Teorias, Métodos, Modelos e Materiais: As agendas podem contribuir para a consciencialização do cidadão e para a eficaz resolução de problemas de governação. A partir das respostas de interlocutores privilegiados da Saúde e da análise quantitativa e qualitativa de alguma imprensa encontram-se caminhos para melhores tomadas de decisão.

Resultados e discussão: É importante que a governação assegure o financiamento do Serviço Nacional de Saúde e, sem esquecer a necessidade de crescimento económico do país, apresente uma estratégia que tenha em conta o uso óptimo e racional de recursos, o acesso universal, o bem estar, literacia e empowerment do cidadão, consciente e informado, no centro do sistema, mas também a qualidade de serviços.

A agenda mediática, nomeadamente as notícias de jornais diários e semanários, reflecte a agenda política e determina-a. A importância de que certos factos se revestem em detrimento de outros, conquistando o interesse público e o seu espaço na imprensa, reflecte-se no tratamento dado aos assuntos mas também no lugar ocupado pelas notícias.

Tanto em jornais diários como nos semanários, o tema Saúde é tratado, com destaque, nas primeiras páginas ou nas páginas centrais do jornal. Em termos de estilo e género, predominam as notícias deste tema havendo menos artigos de opinião.

Contribuições e Interesse : A pesquisa permite um melhor conhecimento da teoria, mecanismos de formação e conteúdo das agendas política, mediática e pública da Saúde em Portugal bem como concluir sobre caminhos a tomar na determinação das agendas e políticas de Saúde.

XXIIème Congrès de l' ALASS. 1-3 Septembre 2011

Thème principal du congrès : La gouvernance dans tous ses états : de la gestion des systèmes de santé à la prise en charge du patient.

Samedi, 3 septembre

SESSION 29
09:00 – 10:30

Acréditation. Qualité

Aporte de los sistemas de gestión de calidad a la seguridad del paciente: panorama internacional.

Diana Alexandra Camargo Rojas, Universidad Nacional de Colombia, et Yúber Liliana Rodríguez Rojas, Colombia. ylrodriguezr@gmail.com

Resumen

Los sistemas de gestión (SG) permiten generar, mantener y mejorar continuamente la calidad en la prestación de los servicios. En la actualidad se observa incremento de la prevalencia de los eventos adversos (EA) generados en los procedimientos asistenciales, obligando a crear estrategias para intervenir esta problemática. Por ello, se planteó una revisión sistemática, que buscó identificar los aportes de los SG de calidad a la seguridad del paciente. Ésta arrojó 774 artículos, de los cuales se seleccionaron 39. Se concluyó que todos los principios de la calidad se vieron reflejados y aportan elementos para garantizar la seguridad del paciente.

Résumé

Les systèmes de gestion (SG) permettent générer, maintenir et l'amélioration continue de la qualité dans la prestation des services. L'augmentation de la prévalence des services adverses (SA) génères a l'intérieur des procédures d'assistance ont demandé la création de stratégies pour l'intervention de cette problématique. La proposition d'une révision systématique permettre identifier la contribution des SG en qualité pour la sécurité des patients. Sur 774 articles trouvés, 39 ont été sélectionnés. Il est possible conclure que tous les principes de qualité ont été reflétés et ils apportent des éléments pour garantir la sécurité des patient.

La calidad en el servicio de los servicios locales de salud dentro de la reforma a las políticas de Salud en México.

Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México, et Carolina Tetelboin, México. geoland@web.de

Objetivo. Describir los servicios que se otorgan a la población abierta en los servicios locales de salud a través del programa Seguro Popular de Salud como parte de la Reforma a las políticas de Salud en México.

Contexto y descripción del problema. Desde los años setentas del siglo pasado, iniciaron las reformas al Estado en la región de América Latina. En cada país esta reforma ha tenido tiempos y comportamientos diferentes considerando las características propias de cada uno, pero en esencia la reforma se ha aplicado. En México inició con modificaciones a la Constitución Políticas al reconocer en ella el derecho a la salud de todos los mexicanos, continuó con la emisión de normatividad que contribuyó a la descentralización a las diferentes entidades federativas de los servicios de salud y los protocolos de atención por los integrantes del ahora sistema nacional de salud descentralizado. Dentro de las últimas reformas está el surgimiento de un programa denominado Sistema de Protección Social en Salud denominado operativamente Seguro Popular de Salud (SPS) y es el que a través de él se continúa haciendo adecuaciones a la operación del Sistema de Salud considerando para ello los criterios establecidos a nivel internacional.

Marco teórico metodológico. Considerando el criterio de calidad, se procedió a conocer cómo se lleva a cabo la implementación del SPS en los servicios locales de salud ubicados en la zona oriente del Estado de México. Se revisó la normatividad del programa emitida a nivel nacional y estatal la cual se sistematizó y se formuló una guía de preguntas que se aplicaron a los funcionarios y prestadores del servicio dentro del programa. Se analizaron las respuestas identificando cuáles han sido las modificaciones que se han introducido en los servicios locales de salud con la implementación del programa sacando conclusiones.

Accreditação Hospitalar: Um estudo de caso nas Unidades de Atendimento Integrado (UAI) de Uberlândia (MG) – Brasil.

Vidigal Martins Fernandes, Universidade Federal de Uberlândia, Renata Rodrigues Daher Paulo, Peterson E. Gandolfi, Nathália Oliveira Peixoto, Felipe Gomes Monteiro et Túlio Bonifácio Guimarães, Brasil. vidigalfgv@gmail.com

O presente trabalho é um estudo de caso das Unidades de Atendimento Integrado (UAI) que discorre sobre o processo de Accreditação e tem como finalidade analisar quais são os benefícios para os usuários do sistema de saúde das UAIs com a nova conquista do certificado de acreditação. Segunda a Organização Nacional de Accreditação (ONA), esse processo é um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, que visa o aprimoramento permanente dos serviços prestados pelas unidades de atendimento. Malik e Schieasari (2011) inferem que ter sucesso no processo de acreditação é provocar melhorias no processo de informações e que é importante ter elementos que possam possibilitar a comparação. Esta comparação pode ser entendida entre o ex-ante e o ex-post, desta forma é possível medir a evolução da melhoria dos antes e depois da certificação. Neste sentido a pesquisa tem como objetivos específicos comparar uma unidade já certificada com as demais que ainda não conseguiram a certificação; e analisar os impactos nacionais e regionais dessa melhoria no sistema de saúde para a cidade de Uberlândia [MG] Brasil. A metodologia utilizada foi um estudo de caso comparativo entre uma unidade acreditada, outra em processo de Accreditação e uma terceira sem implantação no período de 2007 a 2011, com coleta de dados, entrevistas e questionários. Espera-se que a unidade acreditada seja modelo para as demais e que o processo de Accreditação provoque uma satisfação dos usuários e um reconhecimento tanto nacional quanto regional da qualidade dos serviços prestados pelas UAIs da cidade de Uberlândia.

Comparación de la pertinencia de dos instrumentos de evaluación para medir calidad de la atención hospitalaria aplicada a personas.

Mónica Arévalo Bugueño, Hospital Carlos Van Buren, et Mario Parada Lezcano, Chile. monica.arevalo@redsalud.gov.cl

La investigación se desarrolla dentro del proyecto denominado Proexcel de desarrollo multinacional de un instrumento de evaluación e información multidimensional de la calidad de atención hospitalaria para la excelencia, en el cual participaron instituciones de Brasil, Uruguay, México, España, Cuba, Chile, Argentina y Colombia.

Los ámbitos de aplicación del proyecto, considerando la estructura particular de los hospitales, fueron:

1. Atención del paciente en su camino dentro del hospital.
2. Niveles de atención prestada por las personas en sus jerarquías de actuación y balance entre los clientes y proveedores internos en las prestaciones de los servicios hospitalarios. (Personas)
3. El grado de organización del hospital.

El objetivo del trabajo fue comparar la pertinencia dos instrumentos de evaluación de la calidad hospitalaria (Proexcel y un instrumento técnico del Ministerio de Salud de Chile) en el área de usuario interno y externo (personas).

Se definió como universo de estudio los instrumentos de evaluación para la calidad de la atención hospitalaria: Proexcel y el Instrumento Técnico de certificación de cumplimiento de requisitos para la obtención de la calidad de establecimientos autogestionados en red y evaluación anual de mantención de requisitos para la autogestión (MINSAL).

Para este efecto, se define pertinencia, como a aquellas mediciones que deben ser tomadas en cuenta y tienen importancia en las decisiones que se toman sobre la base de la misma. Señala cuán bien un resultado obtenido (producto de la aplicación del instrumento de medición) refleja al

fenómeno bajo estudio o la capacidad del instrumento para medir la cualidad para la que fue construido.

En una primera etapa se elaboró un cuestionario para la medición de pertinencia de la calidad en la atención Hospitalaria, para lo cual se utilizaron dimensiones de estudio para usuario interno y externo obtenidas de revisiones bibliográficas del tema. En una segunda etapa, se aplicó el cuestionario a los dos instrumentos a comparar. En una etapa final se evaluaron los resultados de la aplicación del cuestionario.

De la Certification ISO 9001 à la démarche d'Accréditation ISO 15189 au Laboratoire de Biologie Clinique.

Danielle Govaerts, CHU de Charleroi, Anne Courbe et Raphaël Lequeu, Belgique.
danielle.govaerts@chu-charleroi.be

La maîtrise des processus pré-analytique, analytique et post-analytique est un enjeu important pour les Laboratoires de Biologie Clinique (LBC), afin d'assurer la fiabilité des résultats d'analyses et donc du service rendu aux clients (patients et cliniciens). Les Directives Pratiques (exigences nationales belges), ainsi que la Certification et l'Accréditation imposent un contrôle permanent de l'ensemble des processus du LBC.

Afin d'améliorer la qualité de ses services, le LBC a décidé de renforcer son expertise technique par une démarche Qualité volontaire. Cette dernière est issue d'un modèle organisationnel hybride répondant conjointement aux dispositions légales et aux exigences relatives à la norme ISO 9001 et à la norme ISO 15189 (norme spécifique au LBC).

La méthodologie utilisée à la mise en place d'un Système de gestion de la Qualité inclut l'intégration du concept d'amélioration continue au pilotage des processus ainsi qu'un Système d'information décisionnel basé sur des indicateurs de performance. Depuis 2006, ce Système de gestion de la Qualité est intégré à la pratique quotidienne du LBC et est décrit à travers l'expérience menée en Belgique au LBC de l'Hôpital A. Vésale du CHU de Charleroi.

SESSION 30

09:00 – 10:30

Réseaux et conflits

Avaliação da rede de unidades de saúde da família com foco na integralidade em Salvador, Bahia, Brasil.

Handerson Silva Santos, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Melissa Almeida Silva, Cristina Maria Meira de Melo et Heloniza Oliveira Gonçalves Costa, Brasil.
handerson_bahia@yahoo.com.br

O Programa Saúde da Família representa a proposta mais consistente alcançada pelo governo brasileiro para a organização da Atenção Primária à Saúde. Soma-se a isso o fato de o ministério da Saúde adotar em 2006 a Estratégia Saúde da Família como a estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no País, através da Política Nacional da Atenção Básica. A partir dessa estratégia busca-se o respaldo para a mudança do modelo de atenção da assistência à saúde. Considera-se a integralidade como princípio constitucional, compondo como parte de uma imagem objetivo utilizada para indicar a direção do sistema de saúde, buscando articular demandas com a oferta de ações e serviços. Neste estudo assumimos a integralidade em três dimensões: a partir da formulação de políticas de saúde, da organização dos serviços e dos atributos das práticas que buscam sua operacionalização no cotidiano dos serviços de saúde. O objetivo desse estudo foi avaliar a rede de unidades de saúde da família do município de Salvador com foco no princípio da Integralidade. O lócus da investigação foi a cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Em 2008, Salvador apresentava uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 13,5%. Segundo dados do ministério da Saúde em 2010 essa taxa alcançou 15,4% da população, muito aquém da média nacional de 51,81%, e da estadual, que corresponde a 57,67% da população coberta. Outras características contextuais da atenção primária à saúde da cidade reforçam a importância desta investigação, uma vez que 77% da população dependem dos serviços básicos de saúde que são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde local; o vínculo empregatício precário dos profissionais desse nível de atenção também é outra fragilidade.

Trata-se de um estudo avaliativo-descritivo, com abordagem quantitativa, de corte transversal, tomando como eixo norteador o princípio da Integralidade, originado a partir de um projeto guarda-chuva intitulado Avaliação das práticas de saúde na atenção básica à criança com foco na Integralidade, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), através do Projeto PPSUS n. 0029/2007. A população-alvo deste estudo foi composta pelos gestores das unidades de saúde da família, pelos profissionais de saúde que compõem a equipe de saúde da família e os usuários dos serviços das unidades de saúde da família. Para a variabilidade foi estimada a proporção máxima ($P=0,50$), sob o nível de confiança de 95%, admitindo-se um erro máximo de 1% ($d=0,01$). O total de elementos da população (N) foi obtido com base no total de famílias cadastradas em fevereiro de 2009 pelo Programa Saúde da Família ($N=94.152$). O n encontrado ($n=1.720$) foi alocado proporcionalmente por distrito sanitário de acordo com a capacidade de atendimentos/dia da unidade. Este estudo utilizou apenas o n relativo aos usuários das USF ($n=732$). Os usuários foram alocados proporcionalmente por unidade de acordo com a capacidade de atendimentos de cada uma. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com os informantes e aplicação de um questionário estruturado, específico por informante. Durante a etapa de coleta de dados houve recusas e perdas, ficando ao final 494 usuários, 91 profissionais e 13 gestores. Para verificar as associações foi utilizado o teste estatístico *Teste Exato de Fischer*, considerando um nível de confiança de 95% ($\alpha \leq 0,05$), para a análise também foram utilizados *softwares* com programas estatísticos.

Desarrollo de un cuestionario de valoración de la coordinación entre organizaciones sanitarias de distintos niveles de atención desde un enfoque de colaboración entre profesionales.

Regina Sauto Arce, O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria, Nuria Toro Polanco, Roberto Nuño Solinis, Iñaki Berraondo Zabalegui, Itziar Pérez Irazust et Leticia San Martín Rodríguez, País Vasco. regina@bioef.org

Resumen

OBJETIVO: Desarrollar un cuestionario que permita evaluar, a partir de la opinión de los profesionales, la colaboración interprofesional entre organizaciones sanitarias inmersas en procesos de integración asistencial, para su aplicación en el sistema sanitario vasco.

MODELO: Se ha tomado como referencia el modelo de colaboración interprofesional desarrollado por D'Amour (1997) en Quebec. Este modelo identifica cuatro dimensiones de los procesos de colaboración: a) Visión y objetivos compartidos, b) Interiorización, c) Gobernanza, d) Formalización. A partir de estas dimensiones, D'Amour et al. (2008) identifican 10 indicadores que permiten operacionalizar el modelo.

RESULTADOS: El cuestionario de valoración de la colaboración entre niveles y profesionales desarrollado en Euskadi (España) cuenta con 10 ítems, que son: 1) Objetivos Comunes, 2) Orientación al Paciente, 3) Conocimiento Mutuo, 4) Confianza, 5) Directrices Estratégicas, 6) Liderazgo Compartido, 7) Apoyo a la Innovación, 8) Espacios de Encuentro, 9) Protocolización, 10) Sistema de Información.

Cada uno de estos ítems corresponde a uno de los 10 indicadores del modelo D'Amour, adaptados al contexto del sistema sanitario vasco. El cuestionario recoge la opinión de los profesionales sanitarios sobre la situación en su organización y área sanitaria en cada uno de sus 10 ítems, en una escala Likert del 1 al 5.

Résumé

OBJECTIF: Développement d'un questionnaire pour l'évaluation, selon la perspective des professionnels, de la collaboration interprofessionnelle entre les organisations impliquées dans des processus d'intégration des soins.

MODÈLE: Le questionnaire a été développé à partir du modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour (1997). Selon ce modèle il y a quatre dimensions dans les processus de collaboration: a) la finalisation, qui concerne l'existence de buts communs, 2) l'intériorisation, 3) la délégation et 4) la formalisation. À partir de ces dimensions, D'Amour et al. (2008) ont identifié 10 indicateurs pour opérationnaliser le modèle.

RÉSULTATS: Le questionnaire d'évaluation de l'intensité de collaboration entre professionnels des différents niveaux de soins développé au Pays Basque (Espagne) comporte 10 questions, à

l'égard de: 1) les objectifs communs, 2) l'orientation au patient, 3) la connaissance mutuelle, 4) la confiance, 5) les orientations stratégiques, 6) le partage de leadership, 7) le soutien à l'innovation, 8) l'existence des lieux de rencontre, 9) les modalités de formalisation et 10) les systèmes d'information.

Chacun de ces questions correspond à l'un des 10 indicateurs du modèle de D'Amour, adapté au contexte du système de santé basque. Ce questionnaire utilise une échelle Likert avec un gradient de 5 points pour connaître la perspective des professionnels.

La conciliazione in sanità: criticità e prime esperienze.

Monica De Angelis, *CRISS - Dipartimento di Scienze sociali, Giovanni Mazzoni, Italia.*

m.deangelis@univpm.it

Riassunto

L'efficacia che l'*alternative dispute resolution* (ADR) ha avuto in molti paesi riguardo alla risoluzione dei conflitti ha indotto l'Italia a prevederne in alcuni casi l'utilizzo obbligatorio, come nel settore della sanità. L'applicazione della conciliazione - uno dei modelli ADR - in sanità è ancora all'inizio ma si deve comunque far notare che il successo dell'opera conciliativa sarà tanto maggiore quanto più vi sia una convinzione generale nella bontà di questi strumenti, un coinvolgimento diretto e indiretto delle strutture sanitarie, la volontà concreta delle parti di contribuire alla soluzione della lite.

Résumé

L'efficacité que la résolution alternative des conflits (ADR) a eu dans de nombreux pays a conduit l'Italie à prévoir dans certains cas son utilisation obligatoire, comme dans le secteur de la santé. L'application de la conciliation - un modèle de ADR - en le domaine sanitaire est encore au début, mais nous devons souligner cependant que le succès de l'activité de conciliation est lié au croyance générale dans la bonté de ces outils, au implication des établissements de santé, au réel volonté des parties pour aider à résoudre le différend.

La mediazione trasformativa dei conflitti in sanità: l'esperienza dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

Carmen Tereanu, *Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Silvia Bettiga, Enrico Regalia, Roberto Mazza, Paolo Viganò, Claudia Borreani, Margherita Greco, Luigi Saita, Giuseppe Capri et Laura Lozza, Italia et Romania.* carmen.tereanu@istitutotumori.mi.it

Introduzione: Negli ultimi anni, i conflitti tra paziente (o familiari) e personale medico-infermieristico e le richieste di risarcimento danni sono in continuo aumento. I conflitti sono distruttivi: il medico soffre per le accuse considerate "ingiuste" e il paziente (o la sua famiglia) per il danno procurato dalla così detta "malasanità". La mediazione trasformativa è un approccio che permette alle parti di incontrarsi, fuori dal sistema giudiziale, ed esprimere quei valori, punti di vista e sentimenti che alimentano il loro conflitto. Partendo anche dall'esperienza positiva di altre strutture ospedaliere del Nord Italia (Modena e Lecco) iniziata nel 2005, l'Istituto Nazionale dei Tumori (INT) ha ritenuto importante adottare questo nuovo modello di gestione del conflitto e, nel 2008, è iniziata la formazione di un gruppo di professionisti dell'INT al metodo (160 ore). A dicembre 2010, a seguito di una determina interna, è stato formalmente costituito il Gruppo di Ascolto & Mediazione, costituito da 10 persone.

Obiettivi: 1) descrivere la procedura per il funzionamento del Servizio di Ascolto & Mediazione dell'INT e 2) illustrare lo strumento della mediazione trasformativa attraverso un caso concreto selezionato.

Metodi: I mediatori sono professionisti che già lavorano nell'INT e che hanno espresso il loro interesse e motivazione alla formazione (gruppo auto selezionato). I mediatori lavorano in stretto rapporto di collaborazione con il Risk Manager. I responsabili dell'URP e dell'Ufficio Affari Generali e Legali, inviano ai coordinatori del Gruppo, tramite e-mail istituzionale o posta interna, i reclami e le richieste di risarcimento danni prevenute ai loro uffici. La mediazione consiste di 1 fino a 3 colloqui individuali con ciascuna delle parti, l'incontro di mediazione (non obbligatorio, se le parti

non accettano di confrontarsi) e il *follow-up* post-mediazione (per valutare l'efficacia dell'intero processo). La mediazione trasformativa è basata su due principi: *empowerment* e riconoscimento reciproco. L'*empowerment* porta le parti a definire i propri problemi e a trovare le proprie soluzioni mentre il riconoscimento reciproco porta ogni parte ad ascoltare e capire il punto di vista de l'altra parte. Il percorso di mediazione è un percorso parallelo a quello di richiesta di risarcimento danno.

SESSION 31

09:00 – 10:30

Posters

1.- La Direction du Département Infirmier dans la gouvernance par pôles. Expérience aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Myriam Hubinon, Belgique

2.- Formation pour favoriser l'entraide des personnes touchées par le cancer de la prostate.

Anne-Claude Griesser, Association pour la promotion de la santé par l'éducation et la recherche, et Vincent Griesser, Suisse. anne-claude.griesser@chuv.ch

Objectifs : Concevoir et dispenser une formation permettant à un groupe de personnes touchées par le cancer de la prostate d'acquérir des compétences en communication pour animer des groupes de soutien et prodiguer du support à de nouveaux patients et à leurs proches.

Contexte et exposé du problème : Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, sachant que 2 hommes européens sur 5 en seront touchés au cours de leur vie. Comme tout cancer, l'annonce du diagnostic constitue un bouleversement tant par la crainte d'une issue fatale que par les effets adverses des traitements que sont en particulier l'incontinence urinaire et la dysfonction érectile. Les hommes qui en sont affectés recherchent souvent du soutien auprès des professionnels mais aussi auprès des personnes qui souffrent de la même maladie. Le soutien par les pairs, appelé aussi parrainage, réunit un patient souhaitant être aidé et un patient souffrant lui aussi du cancer de la prostate désireux d'apporter son aide et partager son expérience. Ce dernier agit alors comme parrain. Ce type de soutien n'est pas toujours encouragé par les professionnels de santé inquiets que les informations et les attitudes des parrains génèrent de l'anxiété chez des patients fragilisés. Si la volonté d'aider part d'un sentiment généreux, il est néanmoins nécessaire que le parrain présente des compétences pour gérer la relation avec le patient et répondre à ses attentes de manière adéquate.

Méthode : Un concept de formation a été élaboré avec pour objectifs de développer les capacités d'écoute, identifier les mécanismes de projection, gérer ses émotions et animer des groupes. La formation dure 20 heures réparties en 8 sessions comprenant une partie théorique et des ateliers. Après la formation initiale, le concept prévoit des séances d'intervention toutes les 6 semaines permettant de discuter des situations difficiles rencontrées par les parrains et de soutenir ainsi leur motivation. Les cours et les séances d'intervention sont animés par deux formateurs bénévoles, professionnels de la santé, dont l'un est expert en communication et animation de groupe.

3.- De la prise en charge des patients au pilotage du système sanitaire - projet IndiCAteurs des REseaux de soins (ICARE).

Aurélie Rosemberg, ARCOS, Vincent Matthys, Sylviane Fellay et Serge Bignens, Suisse. Aurelie.Rosemberg@arcos.vd.ch

Resumen:

Las cuatro redes de cuidado del cantón de Vaud, para una población de 700.000 habitantes, tienen como misión principal mejorar la coordinación de la atención y la orientación de los usuarios en el sistema de salud. También son consultadas por el Gobierno cantonal para todo proyecto que afecte a la organización regional de salud o la colaboración interinstitucional.

El objetivo del proyecto ICARE (indicadores de atención médica administrada) es definir indicadores comunes para redes de atención y ayudar así en la demostración de los problemas del sistema de salud, permitiendo comparar actividades, recursos y proporcionar un enfoque proactivo en relación con periodos de crisis.

Tras el estudio que recogió tanto la situación actual como las carencias, se definieron 20 indicadores inspirados principalmente en los modelos teóricos de Donabedian o del Instituto de Economía y Gestión de la Salud. Los indicadores, son alimentados con datos de la orientación médica y social de los pacientes recogidos durante 10 años en las redes de atención médica. A largo plazo, los indicadores se vincularán con los producidos por las instituciones para lograr un flujo de pacientes con enfoque predictivo.

Résumé :

Les réseaux de soins vaudois (au nombre de quatre pour un bassin de population de 700 000 habitants) ont pour mission principale l'amélioration de la coordination des soins et de l'orientation des usagers dans le système de santé. Ils sont également consultés par l'Etat pour tous les projets ayant un impact sur l'organisation sanitaire régionale ou sur la collaboration inter-institutionnelle. Le but du projet ICARE (Indicateurs des Réseaux de soins) est de définir des indicateurs communs aux réseaux de soins afin d'assister au pilotage avec la mise en évidence de problématiques du système sanitaire et de permettre des comparaisons d'activité, de ressources ainsi qu'une démarche pro active vis-à-vis des situations de crise. Suite à l'étude de l'existant et au recueil des besoins, 20 indicateurs ont été définis en privilégiant les modèles théoriques tel que Donabian ou de l'Institut Economie et de Management de la Santé pour la construction. Les indicateurs sont alimentés grâce aux données d'orientation médico-sociale des patients recueillies depuis 10 ans dans les réseaux de soins. A terme les indicateurs seront mis en relation avec ceux produits par les institutions en vue de réaliser une approche prédictive des flux patients.

4.- Contribution de la gestion du médicament à la performance de l'hôpital : Cas d'une pharmacie à usage intérieur d'un site de CHU.

Marc Frachette, ISEOR-Lyon 3, Isabelle Barth, Docteur Rieutord et Younès Benanteur, France.
mfrachet@its.jnj.com

L'activité hospitalière française est inscrite depuis plusieurs années dans un régime de réformes qui amène à repenser en profondeurs les pratiques, les méthodes, les procédures, les outils et les métiers. C'est tout particulièrement le cas de l'activité pharmaceutique hospitalière, fonction à faible visibilité et dont la valorisation n'est pensée que de façon récente. Une recherche-intervention menée dans un grand hôpital de la Région parisienne met au jour les gisements de performances tant humaines que financières que recèle la pharmacie à usage intérieure. Elle permet d'identifier les leviers d'appui pour une conduite du changement ayant le double objectif de la promotion des personnes y travaillant et d'un service optimisé aux différentes parties prenantes ; la pharmacie hospitalière se doit de mieux maîtriser l'organisation et la gestion du médicament pour dégager des ressources au service d'activités cliniques telle que l'éducation thérapeutique du patient.

La transformation de l'hôpital dessine un cadre de recherche continue d'efficacité et d'efficience des multiples activités qui constituent l'offre hospitalière. Les réformes engagées exigent donc de cette institution une vision stratégique et un pilotage de la performance en prenant en compte la part importante du potentiel humain et de sa performance sociale, qui caractérisent ce secteur d'activité.

L'hypothèse de cette recherche est que la transformation de ce service peut contribuer de façon significative à l'amélioration de la prestation globale des établissements de santé.

Une recherche-intervention de type socio-économique (Savall, Zardet, 2004) menée au sein de la pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un grand hôpital de la Région Parisienne, a permis de diagnostiquer les principaux dysfonctionnements de cette pharmacie. Elle permet aussi de définir quelques leviers d'action pour conduire un changement ayant pour finalité l'optimisation de la contribution de la gestion du médicament à l'activité hospitalière.

L'objectif est de passer à une gestion plus managériale et partagée du médicament afin d'améliorer la coopération entre médecins et pharmaciens et mieux reconnaître la légitimité de l'activité pharmaceutique.

Après avoir rappelé le contexte économique de la santé en France et les changements que connaissent tout particulièrement les établissements hospitaliers et la pharmacie hospitalière soumis à un régime de réformes, nous présenterons dans un deuxième temps les cadres théoriques envisagés. Dans une troisième partie, nous livrerons les résultats de la recherche intervention menée au sein d'une pharmacie à usage intérieure d'un grand hôpital de la Région

Parisienne, en en tirant quelques pistes de préconisations pour la conduite du changement attendu.

5.- Dati preliminari circa l'introduzione e la sperimentazione di un nuovo dispositivo medicale di Classe I atto alla prevenzione degli infortuni dovuti a puntura accidentale da ago.

Carlo Giubertio, Ttpenso, Eleonora Zennaro, Giuliano Grignaschi, Stefano Denicolaic et Riccardo Fortind, Italia. info@tpenso.it

Obiettivi della ricerca: L'obiettivo della sperimentazione effettuata è quello di verificare:

- il gradimento da parte degli operatori in termini di facilità e praticità di utilizzo del dispositivo;
- l'eventuale riduzione del numero di contenitori rigidi per taglienti smaltiti dai laboratori con i rifiuti sanitari pericolosi;
- l'eventuale riduzione delle punture accidentali.

Contesto e descrizione del problema: Pungersi accidentalmente le dita, il dorso od il palmo della mano o qualsiasi altra parte del corpo, con una siringa infetta significa fronteggiare la concreta evenienza di trasmissione di malattie, talvolta anche gravi, come l'epatite, l'HIV, ecc. La grande rilevanza di tale problematica è testimoniata anche dal contenuto dell'ex-DLgs 626/94.

Questa grave problematica implica costi ingenti per le strutture ed il sistema sanitario. Si hanno costi direttamente legati all'infortunio e costi da sostenere una volta verificatosi l'infortunio e costi rilevanti connessi ad uno smaltimento rifiuti non efficiente. Sono infatti stati ideati degli appositi contenitori ove gettare gli aghi già utilizzati, una volta separati dal corpo della siringa. Quando questi recipienti risultano pieni, vengono sigillati e gettati. Il problema è che, poiché molti operatori ritengono che tale pratica sia piuttosto scomoda e poiché la pressione sul tempo è sempre elevata, molti gettano in questi contenitori l'intera siringa. Contenitori pensati per contenere centinaia di aghi singoli finiscono con il riempirsi dopo poche iniezioni.

Si tratta di un problema rilevante ed attuale, che genera costi per l'individuo e per le strutture sanitarie e di ricerca pubbliche e private e che ha anche portato la Comunità Europea ad interessarsene ed ad emettere nel 2010 una Direttiva sul tema (2010/32/UE).

Teorie, metodi, modelli, materiali utilizzati: La sperimentazione ha avuto la durata di un mese presso 5 laboratori dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano. E' stato coinvolto 1 operatore per ciascun laboratorio il quale è stato istruito all'utilizzo del dispositivo da testare: "Margherita Salvadita", un dispositivo brevettato atto a ridurre drasticamente il rischio di puntura accidentale con aghi da siringa. Esso fornisce idonea protezione agli operatori durante le fasi di estrazione e riposizionamento dell'ago nel suo cappuccio protettivo.

6.- La prédisposition organisationnelle au transfert des connaissances dans les soins de santé chroniques.

Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche du CHUQ, France Légaré, Mathieu Ouimet, Carole A Estabrooks Geneviève Roch, Jenni Labarthe, El Kebir Ghandour et Jeremy Grimshaw, Québec. Marie-Pierre.Gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectif de la recherche : Évaluer l'influence de la prédisposition organisationnelle au transfert de connaissances dans les soins de santé chroniques. Cette étude vise à développer, en se basant sur les données probantes disponibles, un instrument de mesure valide et fidèle pour évaluer la prédisposition organisationnelle au changement dans le domaine du transfert des connaissances. Cet outil sera essentiellement destiné aux soins chroniques.

Contexte et description du problème : L'intégration des pratiques basées sur des données probantes dans le quotidien des professionnels de la santé va permettre de faire face aux nombreux défis et à la complexité liés aux problèmes de santé, plus particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques nécessitant des soins de santé de longue durée. Or, la mise en place de recommandations optimales fondées sur des données probantes pour les soins de longue durée dans divers milieux cliniques a été incomplète du fait de la difficulté du transfert des connaissances dans le contexte concret des soins. En effet, les organisations qui aspirent offrir ou améliorer ces soins pour leurs usagers doivent disposer d'un niveau adéquat de prédisposition pour une approche de transfert de connaissance pour le changement. Cependant, les connaissances disponibles sur les théories et les modèles de la prédisposition organisationnelle au changement ne font pas consensus parmi les chercheurs. De plus, les instruments de mesure disponibles présentent des qualités psychométriques dont la validité et la fidélité sont très limitées.

Méthodes, modèles et matériaux utilisés : Dans une première étape, une revue systématique de la littérature a été réalisée sur les cadres conceptuels, les modèles théoriques et les instruments de mesure de la prédisposition organisationnelle au changement afin d'identifier les principaux concepts de la mesure du transfert de connaissance. Les modèles théoriques de cette revue systématique seront synthétisés graphiquement au moyen d'une carte conceptuelle. Une base de données des instruments de mesure de la prédisposition organisationnelle au changement sera établie après évaluation de leurs propriétés psychométriques. Dans la deuxième étape, une étude Delphi sera effectuée en ligne auprès de décideurs de partout au Canada pour évaluer l'importance des concepts et des mesures identifiés dans la revue de la littérature et retenir celles qui font consensus (un taux d'accord de 70%).

La deuxième phase renferme le développement d'un instrument de mesure en français et en anglais, sa validation et son application. Pour cela, des entrevues individuelles et collectives seront menées auprès d'informateurs clés pour explorer la pertinence et l'applicabilité de l'outil de mesure proposé dans le contexte des soins de longue durée. Les qualités psychométriques de l'outil seront ensuite évaluées dans un échantillon d'organisations de soins de santé dans trois provinces canadiennes (Alberta, Ontario, Québec). Un cas pertinent de transfert de connaissances pour l'amélioration de la qualité des soins chroniques sera identifié dans chaque province afin de valider le questionnaire mis au point dans ses versions française et anglaise.

7.- La formazione indispensabile fondamento per la gestione del rischio clinico trasfusionale.

Laura Bensi, Ospedale "Parini, P.Berti, M.Dujany, F.Tousco, M.Marana et G.Vuillermin, Italia.
lbensi@ausl.vda.it

Con l'aumento delle conoscenze scientifiche e della complessità del processo assistenziale si è passati da una visione di rischio clinico esclusivamente operatore-dipendente, alla definizione di un ruolo di corresponsabilità del contesto organizzativo dell'Azienda Sanitaria sede dell'incidente o del near miss. Nel processo di aziendalizzazione le strategie direzionali si sono focalizzate prioritariamente su efficienza, efficacia ed economicità in un contesto in cui la gestione dei processi assistenziali e del rischio clinico correlato non sono neppure oggetto di studio universitario specifico. Obiettivo del progetto di gestione del rischio clinico dell'Azienda USL Valle d'Aosta è quello di fornire conoscenze e competenze sugli strumenti di analisi di processo, sulla gestione dei piani di contenimento con PDCA e sulla metodologia Failure modes and effects analysis (FMEA) su base multiprofessionale e multidisciplinare. In ambito trasfusionale la carenza della "cultura del rischio" è aggravata dalla mancanza di percorsi formativi teorico-pratici specialistici, che forniscono conoscenze e competenze in una branca specialistica che va dalla clinica, alla microbiologia, alle norme fino alle Good Manufacturing Practices.

Dal 2005 ad oggi l'Azienda USL Valle d'Aosta ha seguito un percorso formativo sistemico di gestione del rischio clinico: sono stati organizzati eventi residenziali sull'analisi dei processi, sulla gestione dei piani di contenimento con PDCA e sulla metodologia FMEA rivolto a tutti i Direttori ed i Coordinatori di Struttura Complessa (SC), che hanno ricevuto il mandato aziendale di applicare tali strumenti ai processi critici interni con gruppi di lavoro multiprofessionali. A supporto di tali iniziative l'Azienda ha previsto un percorso di Formazione Sul Campo (FSC) per formatori interni alle SC su audit clinico, gruppi di miglioramento, addestramento, tirocinio, stage e ricerca clinica al fine di fornire loro conoscenze/competenze sulla lettura del fabbisogno formativo, sulla gestione di tali strumenti e sulle modalità di accreditamento ECM.

Parallelamente, in collaborazione con il Comitato Buon Uso Sangue, sono stati organizzati eventi residenziali trasversali su tematiche critiche meritevoli aggiornamento scientifico.

Analisi di processo: formati 139 operatori e analizzati 47 processi; Azioni di miglioramento: formati 139 operatori in aula e circa 1000 con FSC; attivate 45 azioni di miglioramento; Gestione del rischio clinico attraverso la FMEA: formati 178 operatori nel 2007 e 197 nel 2008 in aula; 441 nel 2007 e 641 nel 2008 attraverso FSC, analizzati 93 processi critici e prodotti 286 documenti volti al contenimento del rischio.

Dal 2009 si sono svolti 10 eventi per formatori interni (5 residenziali e 5 FSC) con circa 200 operatori formati per organizzare ed accreditare le diverse tipologie di FSC.

La SC Trasfusionale ha partecipato attivamente al progetto aziendale dal 2005 con 12 operatori formati, analizzato 2 processi critici (assegnazione/distribuzione e produzione emocomponenti), elaborati 46 piani di contenimento; dal 2005 ha organizzato 17 eventi formativi di cui 7 residenziali (6 trasversali ed 1 interno) e 10 FSC (5 gruppi di miglioramento interni, 2 audit clinici interdepartimentali, 2 tirocini ed 1 addestramento interno). L'evento formativo residenziale interno

per infermieri e tecnici di laboratorio ha risposto al fabbisogno di omogeneizzare le conoscenze in ambito immunoematologico e microbiologico ed è stato frequentato da 14 operatori. Dei 5 gruppi di miglioramento interni, 2 si sono occupati esclusivamente di analisi dei processi di raccolta e qualificazione emocomponenti con metodologia FMEA, a completamento del progetto aziendale; 1 di standard della Società Italiana Medicina Trasfusionale ed Immunoematologia delle figure professionali, 1 di norma ISO 9001/2008 ed 1 di sistemi di raccolta e produzione interfacciati con gestionale; ogni evento ha coinvolto una media di 22 operatori. I 2 audit clinici sull'appropriato uso delle emotrasfusioni nella gestione del rischio hanno coinvolto 65 operatori.

La gestione del rischio trasfusionale rientra in un piano strategico sistemico di clinical governance aziendale, fortemente mandatorio, in un'ottica non colpevolizzante e costruttiva dell'errore. La sensibilizzazione capillare degli operatori sulle problematiche della sicurezza del paziente è indispensabile ed è mediata dalla cultura collettiva proattiva dell'errore che, accompagnata da un sistema di Incident Reporting, permette di monitorare eventi o near miss e di rivedere fasi critiche di processo. La presenza di basi culturali comuni sugli strumenti utilizzati consente di studiare processi trasversali ed intraprendere piani di contenimento finalizzati alla riduzione del rischio clinico aziendale in un contesto di risorse sempre più scarse

8.- Condiciones laborales y de salud de los choferes del Estado de México.

Luis David Berrones Sanz et Roselia Arminda Rosales Flores, México

9.- Histoire de la régionalisation du système de santé portugais: entre nécessité et craintes.

Catherine Dos Santos, France

10.- Introdução de mecanismos concorrenciais no sistema de saúde português : para que resultados?

Catherine Dos Santos, France

11.- Système d'enregistrement informatisé quotidien des évènements potentiellement indésirables.

Brigitte Jolles, F. Nicolas et N. Fleury, Suisse

12.- Modelo integral de atención a la salud (MIAS).

Hilda Santos Padrón, Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco, Silvia Martínez Calvo, Clara Magdalena Martínez Hernández, Víctor Castro Georgana et Beatriz Pedrero Villafuerte, México. drahsp@yahoo.com

Introducción: En las instituciones de seguridad social del país, las prestaciones médicas constituyen la base para la atención de la salud de los derechohabientes, aunque no siempre esas prestaciones responden a los reales perfiles de morbilidad y mortalidad, que reflejen la situación de salud de esa población. Por otro lado, considerar al trabajador y su ambiente laboral, como el centro de interés de los Institutos de Seguridad Social del país, incentivó al equipo de dirección del ISSET a proponer al gobierno del Estado, el desarrollo de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud, orientado hacia dos poderosos componentes: la salud del trabajador y la salud de la familia.

Objetivo: describir el proceso de diseño del modelo y mostrar los resultados del pilotaje territorial en su componente de Salud del Trabajador.

Material y método: Se diseñó un Modelo de Atención Integral de Salud, en el período comprendido de febrero 2008 a octubre 2009. Se detallan las técnicas utilizadas, así como los procedimientos previos requeridos para implementar el modelo. Durante tres meses, se ejecutaron algunas actividades del programa Salud del Trabajador (componente del modelo) en forma experimental, ya que resultaba el más innovador, dadas las características del ISSET. (96)

14.- Indicateurs cliniques en psychiatrie : difficultés et limites.

Stephane Kolly, Suisse

15.- Mise en réseau des hôpitaux et développement des pôles de compétence: impact sur les transferts inter-hospitaliers de patients.

Pierre-Nicolas Carron, Nicolas Meylan, Laurent Vallotton, Jean-Blaise Wasserfallen et Bertrand Yersin, Suisse

16.- Partage des connaissances avec les acteurs des systèmes de santé du Maghreb : nouveaux enjeux

Georges Borges Da Silva, Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés France. borgesdasilva@orange.fr

Depuis la fin du XXe siècle, nous sommes entrés dans une période de bouleversements.

Jusqu'au siècle dernier, la connaissance se percevait comme un stock. Chaque professionnel se constituait son fond documentaire. L'accroissement des échanges et du renouvellement des connaissances conduit à une inflation informative. La connaissance est devenue un flux.

Partout, les processus de production se dématérialisent. La connaissance constitue un capital immatériel. L'archivage des articles dans les bases de données bibliographiques assure l'accès continu, pour tous, à la connaissance.

La connaissance était principalement une production individuelle ou d'une équipe. Nos travaux (2005) montrent qu'elle devient une production globale du corpus professionnel.

Cette production globale ne peut se limiter à un pays ou à un continent. Les expériences des différents systèmes de santé constituent une richesse dont nous pouvons nous passer.

Proche de nous, le Maghreb est dans une phase de renouveau démocratique ouvrant des opportunités d'échanges notamment avec l'Europe et de participation au développement des connaissances sur les systèmes de santé.

En collaboration avec l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, nous initions des espaces de rencontre et d'échanges avec les acteurs de santé du Maghreb.

Nous vous invitons à participer à une première rencontre, à l'occasion d'une formation à la recherche bibliographique et à la communication scientifique, en Tunisie.

Cette formation s'insérera dans le cadre général de la semaine des Dixièmes Cours du Nord d'hygiène et de sécurité des soins. Ce cours, organisé par le Service régional d'hygiène du milieu de Bizerte, a une notoriété et une attractivité sur tout le Maghreb. Notre formation se déroulera pendant deux jours, les 7 et 8 décembre 2011, à Bizerte (Tunisie).

Pour faciliter le partage des connaissances entre les acteurs de santé, l'objectif de cette formation de deux jours est de maîtriser la constitution de bibliographies pertinentes et la communication scientifique dans les congrès dans le domaine de la santé.

Les standards de la communication scientifique étant universels, les gestionnaires, les professions médicales et paramédicales peuvent en bénéficier quel que soit leur champ d'activité.

Pour les participants internationaux, les organisateurs ont prévu leur accueil depuis l'aéroport de Tunis ainsi que leur installation dans un hôtel de grand confort proche du lieu de formation et leur retour à l'aéroport.

Durant ces deux jours, différents moments seront aménagés pour favoriser les échanges avec les participants venant de tout le Maghreb.

17.- Open source ed imaging diagnostico.

Giovanni Mazzoni, Università Politecnica delle Marche, Daniele Aramini, Simonetta Cercaci, Luigi La Riccia, Federica Marchetti, Gabriella Pascucci et Tommaso Rossini, Italia. g.mazzoni@univpm.it

Riassunto

Il software open source (OSS) è un modello di sviluppo, di diffusione e di cooperazione nel campo della information technology per il quale un software deve essere rilasciato completo dei codici sorgenti e delle informazioni necessarie per la compilazione.

Gli Autori hanno voluto verificare la consistenza numerica e descrivere le funzionalità offerte dagli applicativi OSS liberamente disponibili e fruibili, nonché la loro capacità di assicurare lo svolgimento di quelle funzioni che consentono la gestione (produzione, archiviazione, elaborazione e trasmissione) delle immagini biomediche al fine di valutare la loro capacità di garantire prestazioni sovrapponibili a quelle offerte dai software proprietari (closed source).

Sono stati selezionati gli applicativi relativi alla piattaforma Macintosh (in totale 21), fra i quali Osirix risulta essere l'unico software in grado di eseguire e garantire tutte le operazioni prese in esame, al pari delle workstation dotate di software proprietario.

18.- La planification des besoins en Ressources Humaines.

Le 22 juin 2011 s'est tenu à Genève, aux Hôpitaux Universitaires de Genève, un atelier ALASS sur le thème de la planification des besoins en ressources humaines. Qu'il s'agisse de gestion prévisionnelle, de relève ou de planification des besoins RH, cette problématique devient un enjeu majeur pour la fonction RH tout particulièrement dans le domaine de la santé qui relève plus que tout autre environnement professionnel et économique d'un consensus politique et social. Lors de cet atelier, quatre intervenants ont abordé ce thème au travers de leur présentation, apportant chacune un éclairage différent. Qu'il s'agisse de la présentation d'un projet institutionnel « Planification des besoins en ressources humaines » par Catherine Citherlet, responsable de soins, d'un exemple illustrant la thématique « Batlab, les laboratoires enfin réunis en 2014 » par Pascale Lécuyer-Gauthier, responsable ressources humaines aux HUG, d'un concept externe aux HUG « Pool de la relève » par Robert Tanner, responsable projets & processus RH aux TPG ou enfin d'une réflexion sur la planification des besoins RH, « Planification des besoins RH dans les hôpitaux » par Carlo di Pietro, professeur à l'université de Milan, chaque intervenant a évoqué les conditions de réussite d'une planification RH ainsi que les difficultés rencontrées autour des mêmes axes. D'emblée, ils soulignent les facteurs clés de succès que sont d'abord l'importance du consensus et de la vision politique, puis du soutien de l'autorité ou de la hiérarchie pour initier et mener à bien les actions entreprises pour anticiper l'avenir en matière de besoins RH.. La volonté et le degré d'identification des besoins futurs pour aller au-delà des changements sociaux-démographiques connus sont en résonance avec l'environnement économique et social tout en donnant la mesure de l'engagement des différents partenaires. Le domaine de la santé est particulièrement révélateur de ce consensus politique de par la nature des besoins qui ne sont pas prioritairement conditionnés par des exigences économiques, et celle de ses acteurs particuliers (monopoles légaux). Il n'est donc pas possible d'avoir une approche technocratique ou d'assumer une responsabilité exclusivement financière. La qualité (compétences d'aujourd'hui et de demain) et la quantité (besoins populationnels, ressources disponibles) émergeront du contrôle social, de la stratégie et de la conscience politique.

Les conditions de réussite sont unanimement reprises dans chaque présentation qui s'entendent en premier lieu sur la nécessité d'avoir une connaissance approfondie de la réalité afin d'acquérir une compréhension de la problématique y compris de la manière dont les situations peuvent évoluer. Les indicateurs RH restent donc un outil indispensable qu'il est cependant nécessaire d'adapter aux changements conjoncturels pour obtenir des analyses prospectives fiables ainsi qu'une cohérence entre les projections à court et à long terme. A titre d'exemple, il n'est plus possible aujourd'hui d'évaluer l'importance d'un hôpital en calculant simplement le nombre de lits. Cette connaissance va permettre de définir soit une méthodologie, soit un concept (outil prospectif) selon le modèle et les exigences des différents cadres professionnels. L'exemple des Transports Publics Genevois montre que la planification des besoins RH s'oriente principalement vers une problématique de relève à la fois des postes (postes-clés) mais aussi des compétences qui évoluent avec les technologies. Dans le domaine de la santé, et l'exemple de Batlab (bâtiment des laboratoires) l'illustre clairement, la méthodologie a été développée autour de quatre axes qui en plus des compétences et des ressources, doivent anticiper les évolutions technologiques et leurs incidences sur les coûts globaux. Il ne s'agit plus principalement de relève mais de changements structurels et organisationnels majeurs. La planification des besoins RH doit alors intégrer tous les acteurs et les paramètres pour ne pas saboter la réussite du projet. Il n'en reste pas moins que dans tous les environnements, la fonction RH joue un rôle majeur. Il lui appartient de comprendre, d'anticiper et d'accompagner chaque étape de la planification pour gagner l'adhésion voire la collaboration des différents acteurs (y compris par exemple des syndicats). A travers une communication régulière et cohérente, l'enjeu consiste à instaurer dans l'entreprise un climat de confiance qui favorise de manière constructive l'implication des parties prenantes. L'absence de confiance dans l'environnement de travail et vis-à-vis des différents acteurs opacifie l'identification des besoins en compromettant la compréhension de l'avenir. Un avenir dans lequel chacun doit trouver sa place grâce à la formation, interne ou externe, qu'il s'agisse de relève ou de développer de nouvelles compétences subordonnées aux nouvelles technologies. Détecter les potentiels actuels et futurs à l'interne, établir des partenariats avec les instituts de formation en tenant compte des besoins à venir ou même proposer des formations certifiantes permettant la transversalité des compétences dans un même domaine d'activités, apportent d'ors et déjà des éléments de réponse à une planification des besoins RH réussie.

SESSION 32
09:00 – 10:30

Gouvernance en santé publique - II

A implementação do sistema integrado de saúde nas fronteiras – sis fronteiras na região sul do Brasil.

Vera Maria Nogueira, Universidade Federal de Santa Catarina, Helenara Silveira Fagundes et Carla Gabriela Cavini Bontempo, Brasil. vera.nogueira@pq.cnpq.br

Este texto analisa a implementação do Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras – SIS Fronteiras, instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil, nas cidades gêmeas na linha de fronteira entre Brasil e Argentina, Paraguai (Tríplice Fronteira) e Uruguai.

Os resultados de investigações anteriores sobre a proteção social em saúde região da fronteira entre Brasil e demais países do MERCOSUL apontam o aspecto financeiro como o mais significativo obstáculo assinalado pelos gestores e profissionais de saúde para garantir o atendimento aos estrangeiros que demandam ao Sistema Único de Saúde brasileiro. Ou seja, no plano ético-político há o reconhecimento do direito universal e integral à saúde, entretanto, no transito para a sua institucionalização como política pública, há forte restrição em decorrência da insuficiência de aportes financeiros para fazer face ao acréscimo de gastos derivados da ampliação e qualificação do atendimento.

Experiências de cooperação entre sistemas e serviços de saúde em linha de fronteira.

Vera Maria Nogueira, Universidade Federal de Santa Catarina , Roser Pérez Giménez, Helenara Silveira Fagundes et Carla Gabriela Cavini Bontempo, Brasil y Espana. vera.nogueira@pq.cnpq.br

O trabalho sintetiza parte dos resultados do projeto de pesquisa *Ampliando o direito à saúde - experiências de cooperação entre sistemas e serviços de saúde em linha de fronteira* desenvolvido com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. Aborda experiências consideradas como bem sucedidas de cooperação/integração/harmonização dos sistemas e/ou serviços de saúde em linhas de fronteira, destacando os antecedentes, a trajetória recente, os atores políticos envolvidos, a institucionalidade atual, o patamar de resultados alcançado e principais obstáculos e facilidades. Considera-se bem sucedidos “uma política ou programa que produziram resultados e impactos esperados dentro de um determinado projeto de mudança, numa dada situação socialmente problemática” (CASTRO; BARROS; BIASOTO, 2008, p. 11). Torna-se ainda importante “diferenciar os sistemas de saúde (SSs) dos sistemas de serviços de saúde, uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido amplo, isto é, à manifestação objetiva das condições de vida de uma população determinada, o que é resultante da ação intersectorial de diferentes sistemas, mais ou menos complexos. Quanto aos sistemas de serviços de saúde, integram os Serviços de Saúde, mas sua ação se efetua nas instituições prestadoras de serviços, eminentemente internas ao setor...” (VIACAVA et all, 2004, p. 713).

Implantación de un modelo de gestión multidimensional orientado a la eficiencia, en un hospital comarcal de agudos. Balance 2008-2011 y perspectivas.

M^a Emilia Gil Girbau, Mútua Terrassa, Picola, A.Casagran y J. López, España. egil@mutuaterrassa.es

Resumen

Objetivo: Presentar la experiencia de tres años en la implantación de un modelo de gestión multidimensional en el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelona (HSMJ)

Método: Se estableció un abordaje estratégico incorporando un enfoque multidimensional. Como producto, el plan estratégico de empresa 2008-2012 contenía los compromisos para hacer posible y sostenible el HSJM.

Resultados: Hoy el Hospital Sant Joan de Déu de Martorell tiene credibilidad, por su calidad y eficiencia y dispone de las condiciones óptimas para afrontar nuevos retos. Destacamos que el abordaje multidimensional de este plan nos ha permitido un recorrido más ambicioso.

Résumé

Objectif: Présenter l'expérience de trois ans dans l'implantation d'un modèle de gestion multidimensionnel à l'Hôpital Sant Joan de Déu de Martorell, Barcelone (HSMJ).

Méthodes: Nous avons établi un abord stratégique intégrant une mise au point multidimensionnelle. En conséquence, le plan stratégique d'entreprise 2008-2012 contenait les engagements pour faire possible et soutenable l'HSJM.

Résultats: Actuellement, l'Hôpital Sant Joan de Déu de Martorell a de la crédibilité grâce à sa qualité et son efficience et il dispose des conditions optimales pour affronter de nouveaux défis. Nous soulignons que cette approche multidimensionnelle nous a permis un itinéraire plus ambitieux.

El fortalecimiento de la profesión de enfermería en Etiopía: un proyecto piloto en tres hospitales públicos etíopes: St. Paul, Ammanuel y ALERT.

Marie Berta Iradier, Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social, Alfredo Rivas, España. biradier@fcsai.es

El objetivo de esta comunicación es dar a conocer el Proyecto de Cooperación que el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (ambos de España) están llevando a cabo en Etiopía, a través de la Fundación Española para la Cooperación Internacional, Salud y Política Social. y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

El objetivo del Proyecto se dirige al fortalecimiento del sector salud en Etiopía mediante la mejora de los servicios de enfermería de tres Hospitales de Addis Abeba, cuyos principales elementos de apoyo serán incidir en la adquisición de conocimientos en el área de formador de formadores, gestión y administración de enfermería, así como en la atención directa de enfermería en áreas concretas de cuidados.

Para ello se prevé la realización de una serie de actividades docentes de acompañamiento enmarcadas en tres fórmulas de aprendizaje:

1. Para poder llevar a cabo con éxito este objetivo se formará previamente a las/os supervisoras/es en las técnicas de la Formación de Formadores dotándolas/es de las herramientas docentes necesarias para que sean capaces de enseñar lo, que posteriormente en la segunda actividad aprenderán, con orden y método.

Una acción secundaria a esta iniciativa será el establecimiento de los servicios de Formación Continuada en los tres hospitales participantes en el proyecto, de tal manera que les permitirá, de forma continuada, mejorar la formación del personal de enfermería en cada centro sanitario, desarrollando las competencias profesionales de las/os enfermeras/os como garantía de la mejora de los cuidados.

2. Formar a las/os supervisoras/es y mandos intermedios en Administración y Gestión de los servicios de enfermería así como, de acuerdo con la demanda elaborada por los hospitales, en áreas concretas de cuidados especiales. La formación, atendiendo a la solicitud expresada por los hospitales, se realizará por medio de un sistema mixto de aprendizaje, que se caracteriza por aprender haciendo en el mismo en servicio en el que desarrollan su trabajo habitual, a través de una tutorización continua llevada a cabo por dos expertas/os españolas/es.

Esta formación en servicio adquiere su base de conocimientos por medio de una metodología activo-participativa, trabajando con estudios de casos, trabajos individuales y grupales, haciendo especial énfasis en la necesidad de que el alumno experimente sobre una amplia gama de situaciones habituales que surgen en el ámbito de la gestión y de los cuidados. Para ello se seguirán técnicas de enseñanza activa.

La formación teórica que en ningún caso supondrá una formación aulística ni tampoco un porcentaje mayor del 30% del total del programa, se complementará, como se ha indicado anteriormente, con las sesiones prácticas en el servicio para poder integrar lo aprendido y transferir al puesto de trabajo la formación adquirida. para conseguir desarrollar de forma

individual las habilidades, actitudes y aptitudes, es decir, las competencias necesarias que garanticen una mejor asistencia.

3. En esta tercera fase estas/os supervisoras/es, reforzados sus conocimientos por los expertos españoles, se convertirán, a su vez, en las profesoras/es que seguirán formando al resto de enfermeras de cada hospital, con la supervisión de un experto español. Pudiendo incorporarse otros expertos etíopes o de otros países. Esta fase denominada formación en cascada o en cadena, permite una rentabilización muy alta de los recursos así como una gran implicación y apropiación de la formación por parte de las enfermeras implicadas, habiendo dado ya excelentes resultados en otros países como Egipto o Jordania.

De esta manera se contribuiría a mejorar la satisfacción y la seguridad de los usuarios de los servicios de enfermería, incrementando, así mismo, la satisfacción de los propios profesionales y un mayor reconocimiento social.

Session Plénière V

11:00 – 12:00

Y a-t-il une gouvernance du système de santé en Suisse ?

Ignazio Cassis, Suisse

Veillez consulter les actualisations du programme sur notre site : www.lass.org

ALASS

Fax : +34 93 202 33 17

Apartado de Correos 12098

E-mail : alass@alass.org

E-08006 Barcelona