

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 Llorca, 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

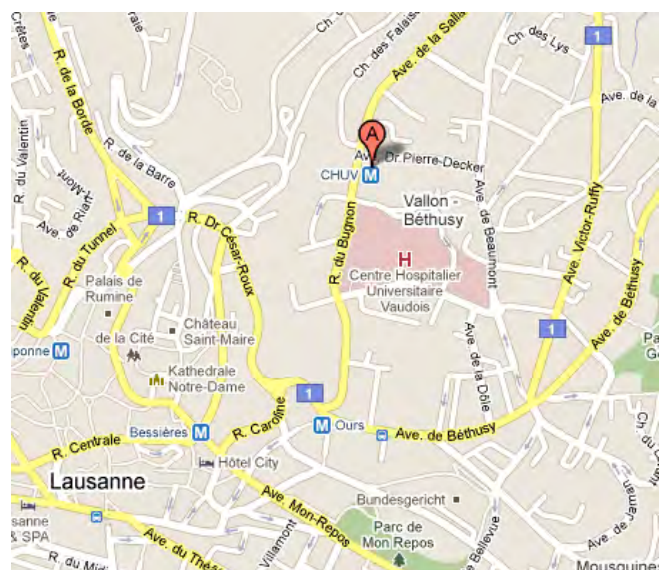
Jean-Blaise Wasserfallen, président du comité local
 Béatrice Schaad Noble, responsable de la communication
 Olivia Chatelan, secrétaire

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 Neiryneck, 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 Daga, 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 : PLateforme 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.

Négociier 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 tunisien 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 efficient 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'usager 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 matriciales del Centro de Atención Psicosocial 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 red 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 psicosocial.

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 estaduais 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 estaduais 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, Sílvia Matumoto et Cinira Magali Fortuna, Brasil. zezebis@eerp.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 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 Karpíuck, 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 de 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 I 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 (ÉTMIS).

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'ÉTMIS 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'ÉTMIS. 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'ÉTMIS. Suite à une revue systématique des études sur les expériences rapportées à travers le monde d'implication des patients en ÉTMIS, et à des entrevues individuelles et de groupe réalisées auprès de patients, de gestionnaires hospitaliers, de producteurs d'ÉTMIS et de professionnels impliqués dans l'ÉTMIS, 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 ÉTMIS.

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, Valéry 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 média 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 dechets 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 optima, 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. drmartinezz@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 recommandons 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 façonne 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 relies 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 o 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 poblaciones 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 décroquer 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 cientificação 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.