

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 Jourdan 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.

Antonieta 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 Fábila 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-assistenziale 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 employée : 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 frequente 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.

Analizando-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 le 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 - EBSEH. 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 EBSEH 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 - EBSEH. 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, Hilson 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 pole medico 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

Indicateurs

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* ReLink 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 transversale 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 Tofolli et Sílvia 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 intégré 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 coûts 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 Succi, Università di Macerata, Maurizio Ciaschini, Rosita Pretaroli et Francesca Severini, Italia. succi_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-IOLE 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 770 usuários 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.