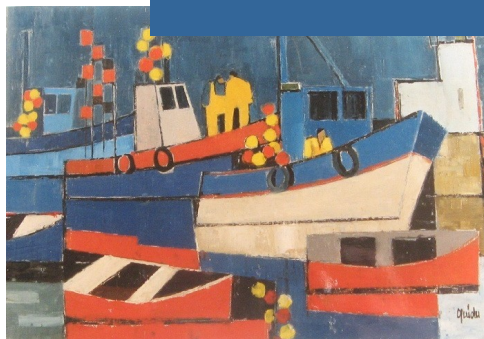


XXIV Congrès de l' ALASS. 29, 30 et 31 août 2013



Thème principal : « Les maladies chroniques, un enjeu pour les systèmes de santé, un enjeu de société »

ALASS bénéficie du support de...

Belgique

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

Canada

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

España

- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.

France

- IRDES. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Paris
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes
- Université Jean Moulin Lyon 3 - IAE Lyon
- France Accréditation. Paris

Italia

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

Luxembourg

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

México

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

République de Moldova

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

România

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

Suisse / Svizzera

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

Comité scientifique du programme

Antonio Alfano, Italia
Joan Barrubés, España
Georges Borges da Silva, France
Ennio Cocco, France
Monica De Angelis, Italia
Carlo De Pietro, Italia
Gianfranco Domenighetti, Svizzera
Guy Durant, Belgique
Ana Alexandre Fernandes, Portugal
Cécile Fontaine, Belgique
Marie-Pierre Gagnon, Canada
Berta Maria Iradier, España
Marie Lise Lair-Hillion, Luxembourg

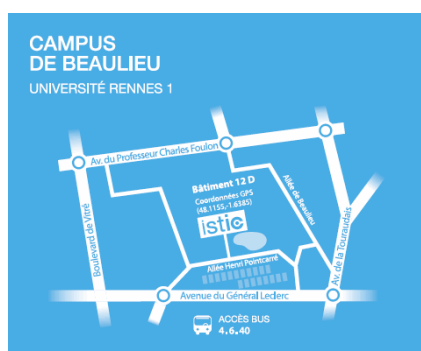
Ana Maria Malik, Brasil
Catherine Maurain, France
Luca Merlini, Svizzera
Jean-Claude Praet, Belgique
Frédérique Quidu, France
Alfredo Rivas, España
Magda Scherer, Brasil
Carmen Tereanu, România
Carolina Tetelboin Henrion, México
Paula Vasconcelos, Portugal
Hubert Wallot, Québec
Véronique Zardet, France

Comité d'organisation Rennes

Franck Burellier, France
Jean-Pierre Escaffre, France
Sabrina Grenier, France
Chrystelle Lagadec, France
Nicolas Petit, France
Frédérique Quidu, France
Catherine Toupé, France

Lieu du congrès et institutions accueillantes

I.S.T.I.C – Université de Rennes 1 - Campus des Sciences Beaulieu
Bâtiment 12D
263 avenue du Général Leclerc
CS 74205 - 35042 RENNES CEDEX



Itinéraire depuis l'aéroport de Saint Jacques de la lande
L'aéroport le plus proche est celui de Rennes Saint-Jacques (<http://www.rennes.aeroport.fr>).

Prendre le bus 57 jusqu'à l'arrêt République, puis les bus 4 ou 6 ou 40 en direction du Campus de Beaulieu (arrêt Tournebride : entrée sud du campus)

En train

Rennes est relié par TGV à Paris, Lille, Lyon ... (<http://www.voyages-sncf.com>). Environ un TGV toutes les 60 minutes en provenance de Paris, trajet 2 h environ. Depuis la gare SNCF, prendre le métro, direction Kennedy jusqu'à la station République, puis les bus (4 ou 6 ou 40) vers le campus de Beaulieu (arrêt Tournebride : entrée sud du campus).

Un seul ticket pour métro + bus.

En Bus

Depuis la place de la République à Rennes, prendre les bus 4 ou 6 ou 40 (arrêt Tournebride: entrée sud du campus). Informations sur les bus et le métro: www.star.fr

Jeudi 29 août

Horaire : 11:00 - 12:30

SESSION 1 - Salle 1

Thème : Parcours de santé des personnes âgées: bilan des expérimentations en cours.

Session organisé par : Joan Barrubés, Antares Consulting, Barcelona

Analyser les flux et objectiver les parcours de santé des personnes.

Emilie Duchange, France

La cartographie des flux permet d'objectiver, sur un territoire, le parcours de santé des personnes âgées. Elle nécessite de mener parallèlement une analyse quantitative et qualitative de la population avec l'aide des professionnels de terrain.

Dans la conduite du projet de l'ANAP, l'équipe a travaillé sur la base des données collectées auprès de différents acteurs. Concrètement, pour chaque étape de la prise en charge (médecine de ville, urgences, hospitalisation, soins de suite, etc.), l'équipe a récolté le nombre de cas, leur provenance et destination, ainsi que la durée de prise en charge et les réadmission. Ensuite, ces données ont été « chaînées » à partir de l'extrapolation sur le territoire de santé.

La photographie des flux permet de répondre aux questions suivantes : Quel est le mode d'entrée au SAU Quelle est la part de personnes hospitalisées relative à celles retournant à domicile Quel est le principal mode d'entrée à l'hôpital Quel est le parcours à travers les unités médicales au sein de l'hôpital Quel est l'orientation en sortie de l'hôpital Quelle est la fréquence du recours aux alternatives à l'hospitalisation (HAD, SSIAD ...)

Parallèlement, au cours d'entretiens avec les professionnels de terrain, les pratiques organisationnelles, les modalités de coordination et de coopération entre les différents intervenants ainsi que les difficultés d'orientation selon les motifs de recours sont identifiées pour renforcer la bonne compréhension transversale des parcours.

La segmentation de la population et la construction de profils de besoins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques et en perte d'autonomie.

Marie-Dominique Lussier, France

En vue de mieux cartographier les besoins pour adapter l'organisation approprié du parcours de santé des personnes âgées, l'ANAP a animé un groupe d'expert pour construire une classification de profils de besoins. La classification des profils de besoins recherchée et/ou à construire poursuit deux finalités:

- Faciliter l'orientation des personnes âgées (75+) vers les dispositifs appropriés à tout moment pour améliorer « l'efficacité longitudinale » de leurs parcours rendue possible par une évaluation du type de ressources qu'elles nécessitent
- Planifier le déploiement de l'offre sanitaire et médico-sociale dans un territoire en fonction des besoins de cette sous population et des propositions des professionnels

Le groupe de travail a examiné différentes classifications des profils de besoins qui existent aujourd'hui au niveau national et international, en fonction de leur finalité. Ensuite le groupe a proposé une classification en 6 groupes, à partir de la combinaison de trois dimensions : pathologie, perte d'autonomie et vulnérabilité/fragilité.

Afin de quantifier les profils, et par conséquent, valider la pertinence de la classification une première travail a été réalisé à partir d'un échantillon de dossiers de patients de réseaux de soins, et classer les patients de cet échantillon dans les différents profils.

Cette communication examinera les résultats de cette analyse, la pertinence des résultats et la suite des travaux à réaliser.

Le programme d'amélioration du parcours des personnes âgées dans le sud-ouest Mayennais.

S.Kieffer, France

Le programme mis en place vise à répondre à trois problématiques identifiées sur le territoire du sud-ouest mayennais en matière d'usage des urgences pour les personnes âgées :

- Le recours aux urgences suite à une difficulté de maintien à domicile

- Les urgences ne devraient pas être la solution à une difficulté de prise en charge à domicile car il existe des structures d'hébergement alternatives.
- La prise en charge à domicile n'est pas toujours bien adaptée à l'état de la personne âgée, en particulier lorsque les retours à domicile suite à une hospitalisation ne sont pas bien préparés en amont.
- La coordination des acteurs et la supervision de la prise en charge globale à domicile pourraient être améliorées pour garantir une adaptation de la prise en charge à l'état des personnes âgées.
- Le recours aux urgences comme plateforme d'orientation pour accéder aux avis spécialisés et au court séjour.
 - Peu d'admission directe en urgence (manque de lits dans le service de médecine, premiers examens effectués aux urgences, difficulté à joindre les médecins des services).
 - L'hôpital local peut passer par les urgences pour demander un avis spécialisé complémentaire qui pourra aboutir à une prise en charge en court séjour.
- Le recours aux urgences pour une prise en charge non assurée sur le territoire
 - Les urgences utilisées comme un moyen d'accès à une expertise qui n'existe pas sur le territoire (spécialistes)
 - Pendant la période de permanence des soins, les recours aux urgences sont plus systématiques en cas de problèmes de la personne âgée

Ce programme s'articule autour de trois axes :

- Axe 1 – Une gouvernance des acteurs garante de l'échange, du partage des objectifs et de coordination tant sur le plan stratégique qu'opérationnel ;
- Axe 2 – Des systèmes d'information renforcés pour assurer la mutualisation d'outils, la diffusion de référentiels de pratique pluri-professionnels et une information partagée de l'ensemble du parcours, soignant et social, de la personne âgée ;
- Axe 3 – Des solutions de proximité définies et mises en œuvre par les acteurs locaux en matière de coordination et de suivi des "trajets de santé". Cet axe s'articule :
 - En amont d'une hospitalisation pour essayer de la prévenir,
 - En aval de l'hôpital pour améliorer la gestion de la sortie et des suites d'une hospitalisation.

Le programme d'expérimentation du parcours des personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque aux arrondissements 9,10, 19 de Paris.

Joan Barrubés, España

Ce programme vise à suivre de façon active les patients atteints d'insuffisance cardiaque en leur proposant un projet thérapeutique approprié, selon une logique qui se décompose en 3 étapes :

- Repérer les patients afin d'identifier ceux qui sont éligibles au programme. Ce repérage peut se réaliser aussi bien dans la sphère sociale que sanitaire à l'aide de critères différenciés en fonction des acteurs ;
- Permettre une évaluation diagnostique ;
- Permettre une stratification pronostique par l'évaluation multidisciplinaire (co morbidité, vulnérabilité socio-économique).

Cette stratification en 3 niveaux permet de segmenter, en fonction des résultats de l'évaluation, la population incluse dans le programme pour chacun, une stratégie différenciée de prise en charge en continue.

La définition du programme conduit à la mise en œuvre de 3 stratégies différenciées de prise en charge en continue :

- Stratégie 1 : Promouvoir l'éducation à la santé et l'auto-soin ;
- Stratégie 2 : Proposer des protocoles cliniques et sociaux adaptés aux besoins du patient afin de stabiliser leur état de santé ou de réduire le risque d'aggravation de la maladie ;
- Stratégie 3 : Mettre en place une structure de coordination pour les patients insuffisants cardiaques complexes (complexité médicale et médico-sociale).

SESSION SPÉCIALE 1 – Salle 2

Thème : La globalisation et impacts sur les systèmes de santé dans les pays latins.

Session spécial organisé par : Jean-Pierre Escaffre, Université de Rennes 1, France

Protection sociale et santé en Europe méridionale : note brève sur l'impact de la crise actuelle.

Jean-Olivier Mallet, France

Taux et modes de violence contre les autres et soi-même: un révélateur de crise?

Jean-Olivier Mallet, France

Menaces sur les missions de services publics des hôpitaux publics bruxellois – Comment garantir leur rôle dans la cohésion sociale de la Capitale de l'Europe alors que la paupérisation s'accroît ?

André Coclé, Belgique

En Belgique, les hôpitaux publics et privés sont régis par la même loi et les mêmes règles de financement. Mais répondent-ils aux besoins de diagnostic, de traitement et de soins ?

A Bruxelles, les hôpitaux publics ont été depuis 1996 autonomisés. Ils ont chacun une gestion autonome avec des objectifs financiers afin d'équilibrer leurs comptes annuels. La population bruxelloise est de plus en plus internationale, du fait de la présence de plusieurs organisations internationales, dont les institutions européennes et l'OTAN, mais surtout à la suite de la concentration d'une immigration magrébaine, subsaharienne, turque et européenne de l'est et du sud. Il faut constater une grande paupérisation de cette population immigrée.

Les hôpitaux bruxellois privés et publics n'ont pas la même patientèle. Pour la quatrième fois depuis 1996, iris a entrepris une étude sur les conditions socio-économiques des patients des 5 hôpitaux publics bruxellois, en tentant de démontrer et de prouver que leurs patients sont en situation de précarité, voire de pauvreté, bien plus fragile que ceux qui fréquentent les hôpitaux privés. Il y a des transferts de patients des hôpitaux privés vers les hôpitaux publics pour des raisons sociales et financières. Et il y a également des personnes qui immigreront pour avoir droit à des soins qui ne leur sont accessibles dans leur pays. Un tiers des prises en charge des « sans papier » est constitué de parturientes.

Cette différence de patientèle exige que les hôpitaux publics déploient des moyens qui ne sont pas financés en fonction des caractéristiques sociales, économiques et de langues des patients. Les patients précaires ne peuvent pas payer leurs quotes-parts ; il faut recruter des assistants sociaux, des traducteurs, des médiateurs interculturels, etc.

Alors que le code pénal impose aux hôpitaux et à leurs médecins de porter assistance à personne en danger et que le Code de déontologie médicale contraint les médecins à diagnostiquer et à traiter les personnes qui se présentent à eux, la législation est de plus en plus restrictive pour financer les soins octroyés aux personnes pauvres, en demande de régularisation, candidates réfugiées politique et en situation illégale. Une loi belge du 19 janvier 2012 interdit aux autorités chargées de l'aide sociale de couvrir les soins des européens pendant leurs trois premiers mois de séjour.

L'Union européenne considère que les financements des hôpitaux sont des aides d'Etat et la Commission impose aux Etats de contractualiser les dotations finançant les missions d'intérêt général. Si les missions d'intérêt général sont considérées à caractère économique, les dotations devraient être soumises au contrôle de la Direction générale de la Concurrence de la Commission. Néanmoins celle-ci ne les a pas encore qualifiées d'économiques ou non à la suite de plaintes que les hôpitaux privés lui ont transmises.

iris a donc procédé à une analyse des coûts que les hôpitaux publics bruxellois supportent pour remplir leurs missions de service public : l'accueil de tous les patients quelles que soient leurs situations sociales et économiques et quelles que soient leurs pathologies. Certaines données sont comparées avec celles des hôpitaux privés afin de démontrer le sous-financement de l'hôpital public.

Malgré toutes les contraintes qui réduisent leurs moyens, malgré la croissance de la patientèle précaire et pauvre, malgré le refus de la reconnaissance de cette mission de service public dans leur financement, les hôpitaux publics bruxellois veulent poursuivre leurs missions, c'est-à-dire ne pas sélectionner leurs patients, prodiguer une médecine de haute qualité, développer des centres d'excellence, s'inscrire dans des processus d'amélioration constante des soins médicaux, infirmiers et paramédicaux, promouvoir la recherche translationnelle car ils sont conscients qu'ils contribuent à garantir la cohésion sociale.

La discussion doit permettre aux participants des autres pays de comparer les menaces auxquelles les hôpitaux publics sont confrontés et de comprendre les stratégies qu'ils développent pour les contrer.

Santé et système de soins en France : quel impact sur les inégalités sociales de santé et la qualité des soins depuis 2000 ?

Laure Com-Ruelle, France

Objectif de cette recherche : Le but de cette recherche est d'identifier en quoi et dans quelle mesure les évolutions récentes du système de santé français agissent sur l'état de santé. Quelles sont en sont les caractéristiques majeures ayant un impact en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) ainsi qu'en termes de qualité des soins, notamment à l'hôpital ?

Contexte et description du problème : En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait placé le système de santé français comme le plus performant au monde (OMS 2000) considérant son influence sur la vie quotidienne des gens. Mais elle recule constamment depuis 2005. La principale explication tient à la détérioration de l'accès aux soins de santé. A côté de nombre de déterminants de la santé de la population, parmi lesquels les facteurs génétiques, socio-économiques, environnementaux, comportementaux et « psychosociaux », le système de soins en lui-même n'explique qu'une part de l'état de santé des personnes. Quelles sont les caractéristiques de notre système de santé ayant un impact, positif ou négatif, qu'il s'agisse de son financement ou plus largement de l'organisation et de la qualité des soins, sur l'état de santé en France ?

Les matériels employés : L'analyse est documentée par le recensement des différentes réformes du système de santé français au cours de la dernière décennie et par une revue d'articles scientifiques, de rapports d'agences institutionnelles et d'ouvrages traitant de l'évaluation des politiques publiques. Les données chiffrées sont issues du logiciel Eco-Santé France développé par l'IRDES (<http://www.irdes.fr/EcoSante/France.htm>).

Les méthodes : Une lecture critique des différents documents cités permet d'en extraire les éléments marquants pouvant avoir un impact sur la santé. Ainsi, l'analyse vise à définir les problèmes du système de santé français aujourd'hui et les caractéristiques majeures de son évolution récente. Parallèlement, elle s'attache aux effets en termes d'inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) et interroge la performance de l'hôpital et les principes de la médecine libérale.

Les résultats . En 2008, la France était en tête des pays de l'Union européenne en termes de poids de dépenses de santé dans le Produit intérieur brut (PIB) mais son niveau de dépenses par habitant ne la classait qu'en sixième position. L'augmentation du poids de la dépense de santé dans le PIB (12 % en 2011, +14,3 % depuis 2000) reflète surtout la déformation des structures démographiques et l'effet du progrès des techniques médicales. La part remboursée par l'Assurance maladie obligatoire reste globalement aux environs de 75 % car le déremboursement progressif des soins de ville est compensé par la montée des affections de longue durée. Les inégalités sociales d'accès et de recours aux soins se creusent, le poids de l'effort portant essentiellement sur les patients, et le renoncement aux soins dégrade la santé des plus pauvres. Parallèlement, la régulation a préservé les professionnels de santé libéraux qui conservent leur liberté d'installation et augmentent leurs dépassements d'honoraires. Du côté de l'hôpital, si le passage à la tarification à l'activité (T3A) incite à une meilleure efficacité, la qualité des prestations doit être contrôlée et des indicateurs comparatifs non contestables désormais disponibles. La contrainte budgétaire peut aussi pousser à la surproduction ou la non pertinence des soins, voire à des événements indésirables graves (EIG).

La discussion : Nous sommes confrontés à des choix cruciaux. Quelles évolutions pour le système de remboursement ? Quel taux de prélèvements obligatoires sommes-nous prêts à accepter ? Comment rationaliser l'offre de soins et son pilotage ? Des gains d'efficacité doivent être recherchés, à la ville, comme à l'hôpital. Pour préserver un système de soins unique au monde, certains en appellent à une révolution de la régulation de la santé qui inclut la remise à plat des principes de la médecine libérale (liberté d'installation, nouveaux modes de rémunération en favorisant notamment la télémedecine). Au moment où le gouvernement met en place une « stratégie nationale de santé », la question de la priorité à donner au financement de la santé comparativement à d'autres secteurs reste posée.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques : Cette analyse synthétise l'évolution récente du système de santé en France en mettant en lumière certains impacts qui le rendent moins équitable. Des recommandations sont faites par certains auteurs de façon à ce que l'effort de régulation des dépenses de santé ne pèse pas que sur le seul côté de la demande mais aussi du côté de l'offre. L'accès à la santé pour tous peut être renforcé par une place accrue de la prévention et de l'éducation à la santé et une meilleure articulation des parcours de soins. Enfin, la participation des usagers devrait être favorisée.

O efeito da globalização sobre o sistema de proteção social: o caso do sistema de saúde brasileiro.

Janice Dornelles De Castro, Brasil

Os anos 1980 foram da redemocratização no Brasil, no final da década, em 1988, foi aprovada a Constituição Federal chamada de cidadã que previu criação de diversos direitos sociais, entre eles o Sistema Único de Saúde, determinando que "A saúde é um direito de todos e dever do Estado". As principais características do Sistema Único de Saúde são a universalidade do direito, a integralidade da atenção, o financiamento tripartite (União, estados e municípios), com a descentralização das ações para o nível local, controle social através dos conselhos e com a participação do setor privado (Gallo, 2005, Vianna, 2007). O Brasil é composto por 26 estados, o Distrito federal e 5.500 municípios, que possuem autonomia política, administrativa e financeira, são 180 milhões de habitantes distribuídos em um território de 8, 5 milhões de km².

Houveram inúmeros obstáculos para a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, pois o período de sua criação coincidiu com o momento de recessão econômica, hiperinflação, crise do balanço de pagamentos (dívida externa), resultado da imposição de políticas de estabilização e de ajustamento estrutural por organismos internacionais que levaram ao agravamento das desigualdades sociais. O contexto econômico hegemônico dos anos 1990 foi o neoliberalismo e suas políticas de privatizações, abertura mercados, desregulamentação, flexibilização, estabilidade monetária, contenção dos gastos públicos, que levaram a um baixo crescimento econômico. Nos anos 2000, mantiveram-se as políticas cujo propósito era a estabilidade macroeconômica e monetária com elevadas taxas de juros, contenção de gastos públicos, busca de superávit primário e da atração de capitais estrangeiros, foi um período de crescimento econômico pífio, mas que iniciaram-se algumas políticas de combate a pobreza pela transferência de renda, ainda com muita resistência ao avanço das políticas sociais universais (Souza, 2008)

Esse foi o cenário em que foi implementado os SUS, com muitas dificuldades, especialmente aquelas relacionadas com as graves crises de financiamento, a disputa de poder entre as diversas instituições que compunham o sistema de saúde, a descentralização sem construção da infraestrutura adequada, e a ainda, com um intenso movimento de migração para os centros urbanos. Outra dificuldade é relacionada com a transição epidemiológica e o envelhecimento da população, exigindo a necessidade garantir serviços para tratar de questões referentes as enfermidades infecciosas, parasitárias e as doenças crônicas. Ainda, a complexa relação com o setor privado nacional provedor de serviços de saúde e o setor privado internacional, representado pelas industria produtora de medicamentos e equipamentos de saúde que geraram um déficit comercial importante. E por fim, a ampliação de setor de seguros de saúde e medicina de grupo exigindo atuação forte do estado na regulação de seus serviços. Desse período foram as primeiras políticas para a constituição de um complexo produtivo nacional com capacidade de geração de inovação. Atualmente 70% da população é atendida no SUS e 30%, vinculada aos Seguros e medicinas de grupo. O SUS realizou entre maio 2012 – junho 2013, 3,6 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 130 milhões de doses de vacinas, 12 milhões internações hospitalares e atendeu 87 milhões de pessoas.

A globalização em seus efeitos positivos, cria oportunidades quando o conhecimento do processo de geração e uso das inovações são distribuídos entre todos e, de alguma maneira, permitem o aumento da liberdade, da riqueza e da eficiência, assim como da produtividade, sendo uma alternativa de distribuição da riqueza. No entanto, têm efeitos negativos, quando a inserção assimétrica dos países, intensifica os desequilíbrios de forças na arena internacional, proporcionando aos grupos mais articulados e poderosos uma influencia desproporcional na agenda global, e gerando a desigualdade entre os Estados, com a dominância dos países desenvolvidos que recebem as vantagens financeiras e econômicas no processo de conhecimento e geração uso e difusão de inovação. (Soares, 2013)

A construção de alternativas para uma inserção mais simétrica entre os países depende da existência de uma forte atuação dos Estados, em articulação com as dimensões econômicas e sociais criando estratégias produtivas racionalizadoras, orientadas para os benefícios sociais coletivos, levando em consideração as diferenças de poder entre atores globais e a definição autônoma da incorporação de temas às agendas nacionais, nesse aspecto a saúde possui um caráter estratégico.

Referências Bibliográficas

Buss, Paulo. Brasil: Cooperação estrutural na saúde. The Lancet, maio de 2011.

Gallo, Edmundo et al. Saúde, Desenvolvimento e Globalização. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.29,n.71, set/dez 2005.

Soares, Sandra Pereira et al. Globalizacao, inovação e desenvolvimento: o complexo economico e industrial da saúde (CEIS) e o papel do Estado nos cenários nacional e internacional. *RECISSS - R. Eletr. de Com. Inf., Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.7,n1,Mar. 2013.

Sousa, Fernando Pires. Protección Social, Mercado de trabajo e Desigualdades en Brasil. *II Congreso de Economía de la Salud de America Latina Y el Caribe*. Habana, Cuba, Out. 2008.

Viana, Ana L. & Elias, Paulo E. Saúde e Desenvolvimento. *Ciencia & Saúde Coletiva*, v.12, 2007.

SESSION 2 – Salle 3

Thème : Prises en charge de pathologies spécifiques : Hypertension, diabète, obésité 1

Padrão dietético obesogénico: impacto na saúde bucal de crianças e adolescentes do recôncavo baiano – Bahia – Brasil.

Maria Cristina Teixeira Cangussu, Rita de Cássia Ribeiro Silva, Sandra Maria Ferraz Mello, Roberto Paulo Correia de Araújo et Felipe Fagundes Soares, Brasil

La contraloría ciudadana sobre el suministro de medicamentos: Una política pública para mejorar la atención a pacientes con diabetes tipo II en Veracruz.

Angélica Ivonne Cisneros Luján, Yazmin Ramírez González, México

Objetivo de la investigación.- Sustentar la factibilidad de involucrar a la ciudadanía como contralor social de los procesos de organización de abasto de los medicamentos necesarios para la atención de la diabetes mellitus tipo II, que acuden a los Centros de Salud de Veracruz, como política para **mejorar la atención de esa enfermedad.**

El contexto y la descripción del problema.- La diabetes mellitus tipo II es la segunda causa de mortalidad general en México y en el Estado de Veracruz. Le corresponde a los Centros de Salud como instancias de primer contacto con la población sin seguridad social dar tratamiento integral a las personas diagnosticadas con esta enfermedad. Como parte de dicho tratamiento se ha incluido una lista de 21 medicamentos que no siempre están disponibles por deficiencias de la cadena de abasto, dejando a la población que los requiere sin acceso a los mismos, lo que ocasiona que en muchos casos se interrumpa el tratamiento y se afecte el control de la enfermedad, por lo que el propósito de este trabajo es coadyuvar desde un modelo de participación social a atender esta problemática.

Considerando que la participación social en salud, ha tenido diversas modalidades a lo largo de las últimas décadas dependiendo de los propósitos que ésta persiga, para efectos del presente estudio se ha seleccionado a la contraloría social, ya que su propósito es coincidente con el objetivo que se pretende, es decir incidir en el control y mejora de la gestión pública bajo un esquema de corresponsabilidad ciudadana, ya que el seguimiento y vigilancia del surtimiento de recetas a los pacientes con diabetes mellitus tipo II, puede evitar las complicaciones derivadas de la falta de tratamiento farmacológico oportuno.

Teoría y método.- La investigación se sustenta en las teorías contemporáneas de la democracia y uno de sus componentes sustantivos: la participación social y la corresponsabilidad ciudadana en el ejercicio del gobierno, y justifica una acción en salud pública desde el ámbito de la participación social en salud. Es un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo toda vez que explica la situación del suministro de medicamentos para diabetes mellitus tipo II y las acciones de los comités de contraloría social. El Universo lo conforman los 60 Comités de contraloría ciudadana que en 2012 estuvieron formalmente conformados en los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria de Xalapa del Estado de Veracruz y la muestra se integra por siete comités de los cuales seis reportaron falta de medicamento y uno que no reportó esa irregularidad. Los procedimientos y técnicas incluyeron, el trabajo de gabinete y la aplicación de un cuestionario.

Resultados.- Existe un interés de la ciudadanía en participar como contralor ciudadano, lo que se demostró con la integración en 2012 de 474 comités de contraloría ciudadana en centros de salud del estado de Veracruz, sin embargo, esta participación no tuvo un impacto favorable en el control del surtimiento de medicamentos para pacientes con diabetes mellitus tipo II, ya que no existió un método para vigilar el acceso a esos medicamentos, por lo que las quejas que se llegaron a presentar no fueron representativas de la problemática presentada, ni estuvieron priorizadas por la gravedad y las consecuencias en la salud de los pacientes a los que no se les surtieron medicamentos.

Discusión.- Es factible que la participación social en salud, bajo el mecanismo de contraloría social tenga un impacto favorable en la mejora a la atención de los enfermos de diabetes mellitus tipo II, siempre que se establezca e institucionalice un modelo para la vigilancia del surtimiento de recetas en las farmacias de los Centros de Salud, respecto de los medicamentos para la atención de esa enfermedad.

Avaliação das práticas de cuidado aos hipertensos no Sistema Único de Saúde brasileiro, segundo o Modelo de Cuidados Crônicos, na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde.

Fabiana Raynal Floriano, Luis Eugênio Portela, Madalena De Castro Passos, Breno Santos Amaral, Augusto Conti et Isaac Andrade Matos Junior, España, Brasil

Contexto/descrição do problema: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grande problema de saúde pública, devido à sua alta prevalência. Compromete a qualidade de vida das pessoas e gera custos elevados para os sistemas de saúde, além de ser importante causa de morte em todo o mundo. Seu controle envolve um elenco diverso de ações de

saúde, as quais incluem a prática regular de exercícios físicos, terapias medicamentosas, dietas hipossódicas, hipoglicêmicas e pouco calóricas, e exigem a atuação multiprofissional. O acesso e a adesão do usuário podem controlar as manifestações clínicas das doenças, bem como melhorar a sua qualidade de vida. O Programa de Saúde da Família, criado em 1994, atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem a finalidade de reorientar o modelo assistencial da saúde, através da reorganização da atenção básica. Nesse sentido, a estratégia objetiva reestruturar a atenção primária como parte de uma rede de serviços de saúde, possibilitando o acesso à atenção integral e a racionalidade da utilização dos serviços. Entretanto, convivem, no SUS, duas estratégias de organização da atenção básica: a ESF e a atenção básica tradicional. De acordo com os manuais do Ministério da Saúde, compete à atenção básica desenvolver ações para a prevenção e o controle da HAS e DM, contribuindo ainda para a redução da morbimortalidade por suas complicações. Essas ações devem promover o controle de fatores de risco, a identificação precoce de portadores, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes. Entretanto, esses manuais ainda precisam ser traduzidos em práticas concretas de cuidados nas unidades de saúde. Por isso, tem sido proposta a adoção de modelos de cuidados crônicos, como mudança estratégica capaz de melhorar a efetividade das ações de saúde dirigidas às condições crônicas (Schmittiel et al.; 2008, Baker et al.; 2005, Parchman et al.; 2007, Vargas et al., 2007; Tylee & Walters, 2007). Os modelos de cuidados crônicos (MCC) pretendem centrar a atenção no paciente. Partem do pressuposto de que o controle da condição patológica crônica depende de cuidados continuados e da participação ativa do paciente. Em geral, estruturam-se em seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas (1) na organização da atenção à saúde, (2) no desenho do sistema de prestação de serviços, (3) no suporte às decisões, (4) nos sistemas de informação clínica e (5) no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Este Modelo também sugere que uma rede de serviços bem organizada garanta que os pacientes recebam regularmente uma terapia clínica e de suporte baseada em evidências, um efetivo apoio ao autocuidado e um seguimento adequado às suas necessidades (Wagner, 2010).

Metodologia: Estudo transversal, observacional e analítico, envolvendo profissionais e pacientes das oito Unidades Básicas Tradicionais (UBT) existentes e das oito Unidades de Saúde da Família (USF) sorteadas, do município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. Entre maio a julho de 2012, foram entrevistados os profissionais que realizavam atividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento da HAS, e pacientes com diagnóstico de HAS acompanhados há pelo menos seis meses. A amostra foi realizada por conveniência consecutiva, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados coletados contemplaram informações dos usuários sobre condições socioeconômicas, demográficas (sexo, faixa etária, cor da pele, situação conjugal, grau de instrução, estado laboral, condição de pensionista, moradia solitária, posse de casa e/ou carro) e clínicas (número de doenças crônicas diagnosticadas, tempo de diagnóstico da HAS, condição autopercebida de saúde no último ano e registros de risco cardiovascular e de estratificação do risco na ficha de atendimento). Os dados da avaliação dos cuidados às condições crônicas, pelos usuários e pelos profissionais, foram coletados através de dois instrumentos: Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas pelos Profissionais (ACIC) e Avaliação do Cuidado às Condições Crônicas pelos Usuários (PACIC), ambos traduzidos e validados para o Brasil. O ACIC foi utilizado para coletar informações sobre o grau de aproximação das práticas de cuidado aos hipertensos com o Modelo de Cuidados Crônicos (MCC), como proposto por Wagner (1998) e o PACIC para avaliar se as ações específicas de cuidado que os pacientes referem ter recebido nos serviços de saúde estão coerentes com o MCC. A validade dos instrumentos foi assegurada através do teste piloto. A caracterização socioeconômica e demográfica foram realizadas a partir das frequências simples e relativas das variáveis de interesse. As diferenças entre as UBT e as USF foram testadas através do teste do qui-quadrado de Pearson, com um nível de significância de 5%. Os escores médios e respectivos desvios-padrão da UBT e USF foram comparados através do teste T de Student, com um valor de $p < 0,05$. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq.

Resultados/Discussão: As características socioeconômica e demográfica dos usuários foram bem parecidas entre as unidades. Quanto ao perfil clínico apenas o registro de risco cardiovascular ($p < 0,05$) apresentou diferenças estatisticamente significante entre as unidades. Os escores totais nas UBT e nas USF são de $6,06 \pm 1,78$ e $5,94 \pm 0,66$, respectivamente, classificando-as como serviços com capacidade razoável de cuidado às condições crônicas. A dimensão melhor avaliada nas UBT foi a organização da atenção à saúde ($7,24 \pm 1,88$) e nas USF, o apoio ao autocuidado ($7,46 \pm 1,09$). O sistema de informação clínica e a integração dos componentes são as dimensões com piores médias, respectivamente, nas UBT ($4,76 \pm 2,06$) e nas USF ($3,77 \pm 1,29$), indicando capacidades básicas de cuidado às condições crônicas. De acordo com os usuários, as USF apresentam um escore de $2,24 \pm 0,68$, enquanto as UBT de $2,02 \pm 0,69$, valores que apresentaram diferença no limite da significância estatística ($p = 0,05$). As USF apresentam escores mais altos, com diferenças estatisticamente significantes nas dimensões da definição de metas personalizadas ($2,43 \pm 0,92$ contra $2,09 \pm 0,79$; $p = 0,02$) e da continuidade e coordenação do cuidado ($2,44 \pm 0,84$ contra $2,11 \pm 0,88$; $p = 0,02$). Quando avaliados os cinco A, as USF apresentam um escore total maior ($2,35 \pm 0,72$) do que as UBT ($2,11 \pm 0,69$) ($p = 0,04$), entretanto ambas se situam no ponto médio da escala de 1 a 5, caracterizadas pela baixa frequência da realização das ações de cuidado adequadas à hipertensão. As médias em três dimensões A foram maiores nas USF do que nas UBT, com diferenças estatisticamente significantes.

Contribuições: A capacidade de atenção às condições crônicas, na visão dos profissionais, foi razoável em ambos os tipos de unidade, entretanto os usuários consideram que as USF têm um desempenho ligeiramente melhor do que as UBT, seja na média geral, seja em três das cinco dimensões do cuidado. Ambas unidades foram consideradas como que realizam poucas vezes as atividades avaliadas para serem consideradas como em consonância com o modelo de cuidados crônicos. Essa pesquisa contribui com os serviços públicos de saúde, em especial a rede de atenção básica, no aprimoramento das ações voltadas aos portadores de hipertensão e na formação de recursos humanos no desenvolvimento de pesquisas voltadas a avaliação de programas de saúde.

Demandas judiciais para o acesso à saúde nas doenças crônico-degenerativas no sistema único de saúde (SUS). BAHIA, BRASIL.

Marluce Maria Araújo Assis et Aliana Ferreira de Souza Simões, Brasil

Introdução: com o delineamento dos direitos humanos na Declaração Universal de 1948, que reconhece a dignidade como inerente à pessoa humana e que promove a aplicação efetiva desses direitos de forma universal, estes constituem o principal instrumento de defesa, garantia e promoção da liberdade e melhoria das condições de vida dos cidadãos. Os direitos sociais protegidos no ordenamento jurídico brasileiro derivam destes direitos e são considerados históricos, por terem se desenvolvido a partir de processos de lutas em defesa dos direitos e de liberdade, de forma gradual e evolutiva. O sistema de saúde brasileiro é conformado por uma rede complexa e multifacetada de ações e serviços do Estado, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na Carta Magna de 1988, e pelas demais portarias e leis que regulamentam seu funcionamento, configurando sua gestão, que está permeada por limites, avanços e desafios na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos. Para tanto, as demandas judiciais, que buscam a garantia da integralidade das ações e serviços do SUS, iniciaram-se, no país, na década de 1990, para a aquisição de medicamentos para o tratamento de HIV/AIDS, e, posteriormente, evoluíram para o requerimento de medicamentos para outras patologias crônicas e de alto custo, como a Hepatite C, Alzheimer, Parkinson e Renais Crônicos, tratamentos oncológicos. **Objetivo:** discutir as demandas judiciais para o acesso à saúde nas doenças crônico-degenerativas no SUS, Bahia, Brasil. **Método:** estudo de abordagens, quantitativa e qualitativa: a primeira trata de um estudo descritivo e retrospectivo, utilizando fontes primárias como base de dados por meio da consulta eletrônica e de livre acesso, no sítio do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, dos processos judiciais que demandavam por acesso às tecnologias de saúde no SUS. Foi utilizado o software Microsoft Office Excel 2007 para a tabulação, construção de gráficos e tabelas. A análise descritiva foi baseada na distribuição de frequências simples e relativas; e a segunda com estudo de natureza exploratória, que utiliza como fonte de dados, documentos dos processos judiciais para a composição da Análise de Conteúdo Temática, demarcada pela Unidade Temática – o acesso às tecnologias de saúde no SUS, Bahia, Brasil. **Resultados e discussão:** os agravos crônico-degenerativos estão relacionados à maior parte das ações pleiteadas para o acesso ao SUS representando 61,2% do total de demandas que pleiteavam acesso ao SUS. Essa situação coaduna com a transição demográfica que o país enfrenta, a partir do elevado número de adultos e idosos na população e a crescente expectativa de vida. De acordo com o censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 10,8% (1.511.206) da população brasileira é composta por idoso com 60 anos ou mais. Além disso, destacamos que dentre as doenças crônicas, a maioria das ações era proveniente de Neoplasias (36,5%), seguido de Diabetes, Hipertensão e sequelas (23,8%) e, posteriormente, da Obesidade (7,9%). Este dado desperta para o elevado número de casos de obesidade na sociedade que necessitam de tratamento, condição esta, que antes considerada como fator de risco para outras patologias, mas que atualmente necessita ser vista como um agravo que demanda de cuidados. Outro ponto analisado destaca que 70,8% das demandas pleiteiam por acesso dos usuários aos medicamentos necessários para o cuidado de suas condições clínicas. No entanto, para o tratamento destas condições clínicas os usuários deveriam ter acesso aos medicamentos essenciais disponibilizados pela Farmácia Básica, que compõe o nível de Atenção Básica à saúde da Assistência Farmacêutica, responsável pela dispensação de medicamentos, na rede ambulatorial do sistema, referentes aos agravos mais comuns perante o perfil epidemiológico da população de cada localidade que a rede da Assistência Farmacêutica está instalada. **Conclusão:** os resultados obtidos refletem a atual situação de saúde vivenciada no país, com altos índices de doenças crônico-degenerativas elucidadas anteriormente, bem como o demasiado uso de medicamentos caracterizado pela medicalização da sociedade, com detrimento de ações de prevenção e promoção da saúde e valorização de ações características do modelo biológico. Além disso, evidencia que o SUS não consegue contemplar de forma universal e integral todos os cidadãos nas condições que poderiam ser abordadas em níveis de baixa e média complexidade, para a melhoria na qualidade de vida da população e, consequentemente, redução dessas condições que estão permeadas pelos determinantes sociais de saúde presentes no cotidiano da sociedade. Assim, o estudo possui como contribuição a reavaliação das ações e serviços oriundos do sistema de saúde para a redução destas condições clínicas que estão atreladas diretamente às condições de vida da população e a excessiva medicalização da sociedade. Com isso, evidenciamos o imprescindível direcionamento das ações e serviços de saúde para a promoção e prevenção, permitindo ao cidadão que se torne um sujeito ativo e que seja corresponsável no seu cuidado à saúde.

Enfrentamento das hepatites virais crônicas no Brasil: um estudo de caso.

Erenilde Marques de Cerqueira, Raymundo Paraná Filho, Matheus Farias da Silva Cruz et Waldenize Maria Lima Mendes, Brasil

Introdução: O comportamento epidemiológico das hepatites virais (HV) tem demonstrado nas últimas décadas, tanto no Brasil como no mundo, um aumento considerável na ocorrência de casos, configurando um importante problema de saúde pública. O Inquérito Nacional de Soroprevalência das Hepatites Virais, realizado nas capitais brasileiras, financiado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde, identificou uma prevalência de 0.19 a 0.6% do HBsAg na população de 13 a 69 anos. Para o HCV a prevalência é de aproximadamente 2% para a população geral. Neste sentido, o governo brasileiro tem investido em ações para manter estes agravos sob controle. Através das Portarias Ministeriais Nº 2561 de 28 de outubro de 2009 e Nº 221 de 13 de julho de 2011, respectivamente, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica C, os portadores dos vírus B e C tem garantido o acesso às ações de tratamento e controle das HV pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O **objetivo** do estudo é analisar as ações de controle das hepatites B e C em um município brasileiro, à luz das diretrizes do Ministério da Saúde.

Método: É um estudo de caso, do tipo descritivo, no qual se pretende mostrar os avanços, os limites e as perspectivas do Programa Municipal de Hepatites Virais (PMHV) de um município de grande porte do estado da Bahia, nordeste do Brasil. Foram analisados dados do PMHV, desde a sua implantação em 2007 até 2012.

Resultados e Discussão: O PMHV foi implantado através da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e conta com uma equipe multidisciplinar composta por dois hepatologistas, quatro enfermeiros, um farmacêutico, uma nutricionista, um psicólogo, três técnicas de enfermagem, duas técnicas de laboratório, três assistentes administrativos e uma coordenadora, responsável pela gestão do programa. O programa está estruturado para a assistência integral aos pacientes, incluindo a medicação assistida que consiste na aplicação do Interferon Peguilado no próprio serviço. Além de custear todo o tratamento com os medicamentos de alto custo disponibilizados gratuitamente aos pacientes, o governo federal envia para o município, através do SUS, recursos financeiros para as ações de tratamento e controle das HV. Estes recursos possibilitaram uma melhor estrutura física e ambiência do programa. A instalação de uma sala de coleta de amostras para exames laboratoriais no serviço foi fundamental para agilizar o diagnóstico e consequentemente o tratamento, uma vez que uma das maiores queixas dos pacientes era a demora no retorno dos resultados dos exames. São coletadas amostras para os marcadores sorológicos, biologia molecular e as análises bioquímicas. Outro grande avanço é a qualificação dos hepatologistas da equipe para a realização das biópsias hepáticas, o que evita o deslocamento dos pacientes para a capital do estado para realizar este procedimento. No período estudado foram registrados 570 casos de HV, sendo 297 (52.1%) do vírus B, 265 (46.5%) do vírus C e 8 (1.4%) coinfectados pelos vírus B e C. Nesta série histórica não se verifica discrepância entre o gênero para o VHB: 52.9% para o masculino e 47.1% para o feminino. Já para o HCV a predominância é do sexo masculino (72.1%). Atualmente, 72 pacientes estão em tratamento para a hepatite B e 40 para a hepatite C. Recentemente foi incorporado ao SUS a nova tecnologia da terapia tríplice para tratamento de monoinfectados pelo genótipo 1 do HCV e com fibrose avançada, que consiste em associar o alfa peginterferona e ribavirina com os Inibidores de Protease (IP) que tem ação direta contra o vírus da hepatite C. No PMHV já estão selecionados nove pacientes para iniciar a nova terapia. Como parte das ações de controle e de educação em saúde, foi criado o Grupo de Apoio aos Portadores dos Vírus B e C. Trata-se de uma Organização não Governamental (ONG) cuja finalidade é agregar os pacientes, difundir informações sobre a doença, buscar o apoio das instituições públicas e privadas para o desenvolvimento de estudos, pesquisas e ações de controle das hepatites. A ONG está sediada nas instalações do PMHV e conta com o apoio da equipe do serviço e com recursos financeiros para a elaboração de material educativo e realização de eventos.

Conclusão: O estudo aponta avanços no acesso dos portadores dos VHB e VHC ao tratamento, haja vista que o governo municipal foi capaz de implantar o programa de acordo às diretrizes do governo federal e tem se pautado no avanço das ações de controle destes agravos. No entanto, ainda pode-se dizer que o acesso é limitado, uma vez que o número de pacientes em tratamento ainda não traduz a realidade das pessoas que possivelmente estão infectadas por um dos dois vírus, mas não tem conhecimento disto. É necessário, portanto, promover ações educativas de divulgação e informação sobre as hepatites para que estas deixem de ser consideradas doenças silenciosas e silenciadas.

SESSION 4 – Salle 4

Thème : Télé-assistance, télémedecine : impacts sur les prises en charges et les pratiques professionnelles

Impact d'un service de téléassistance en soins de plaies sur la pratique professionnelle, le recrutement et le maintien en poste des infirmières.

Eric Breton, François Courcyb, Marie-Pierre Gagnon et Sonia Quiriond, Québec

Objectif de la recherche : L'objectif de cette communication est de diffuser les résultats d'une étude de cas concernant le service de la téléassistance en soins de plaies (TASP), notamment en ce qui concerne son influence sur la pratique professionnelle, le recrutement et le maintien des infirmières.

Contexte : Au Québec, peu d'études ont abordé la télésanté dans le milieu infirmier et son influence sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier. L'introduction récente de la TASP, un service déployé dans 65 établissements sur le territoire du Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université de Sherbrooke, permet d'explorer l'influence de ce service sur la pratique infirmière et éventuellement sur les facteurs influençant le recrutement et le maintien en poste du personnel. Ce questionnaire prend tout son sens dans le contexte de la pénurie de main-d'œuvre affectant le secteur de la santé au Québec et de ses répercussions actuelles et futures sur l'accès à des services de qualité.

Méthodologie : Nous avons utilisé une carte conceptuelle illustrant l'influence des technologies de l'information et des communications (TIC) sur le maintien en poste des professionnels de la santé et sur certains facteurs intermédiaires. Cette influence constitue notre proposition de recherche adaptée au milieu infirmier. Elle est inspirée d'études locales et internationales et d'une revue systématique de la littérature scientifique concernant l'impact de la télésanté chez les professionnels de la santé. Cette carte conceptuelle recense également la documentation faisant état des facteurs généraux de maintien en poste des infirmières pouvant être affectés par les TIC.

Afin de mieux comprendre le rôle de ces facteurs, seize entrevues individuelles ont été réalisées, douze en face-à-face et quatre par téléphone. Tous les participants ont accordé leur consentement de manière libre et éclairée. La codification s'est basée sur l'utilisation du modèle conceptuel de l'influence des TIC sur les pratiques infirmières, tout en tenant compte des thèmes émergeant des entrevues et de la vision des participants.

Résultats et discussion : Parmi les participants, nous retrouvons deux promoteurs de la TASP, cinq membres de trois Directions des soins infirmiers, ainsi que neuf infirmières représentant les trois niveaux d'expertise associés à ce service (deux infirmières expertes, cinq infirmières ressources et deux infirmières soignantes).

Cette étude de cas a permis de faire ressortir l'impact positif de la TASP sur plusieurs dimensions de la pratique des infirmières, dont son rôle essentiel pour améliorer la qualité des soins et favoriser le transfert des connaissances entre les niveaux d'expertise infirmière. Cependant, il importe de tenir compte des risques possibles, notamment une surcharge de travail associée au déploiement de ce service.

D'autre part, des facteurs favorisant l'usage du service furent identifiés tels que les besoins liés à l'actualisation des connaissances dans le domaine des soins de plaies ainsi qu'un soutien des gestionnaires ayant plusieurs formes telles que l'encadrement général, des ateliers de formation et des activités de reconnaissance des infirmières. Une barrière importante à une intégration plus accentuée du service dans la pratique infirmière concerne les difficultés des infirmières pour concilier leur rôle dans la TASP avec leurs conditions de travail lesquelles sont tributaires des formes et de l'intensité de la pénurie de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé.

En somme, le service de la TASP s'avère un moyen important pour soutenir la pratique des infirmières, mais la portée de son impact sur leur recrutement et leur maintien en poste se doit d'être nuancée.

Apports de la communication : Peu de recherches ont analysé des applications de la télésanté au-delà de leur phase préliminaire d'implantation. La mise en opération de la TASP, un des rares projets de télésanté devenu opérationnel dans le milieu des soins infirmiers, et son incorporation dans les services courants constituent une opportunité pour mieux comprendre les défis rencontrés par les infirmières pour intégrer ce service dans leur pratique clinique et son impact éventuel sur leur maintien en poste.

Impacto de la telemonitorización de pacientes crónicos domiciliarios desde la atención primaria sobre la utilización de recursos sanitarios (estudio telbil).

José Asua Batarrita, Iñaki Martín-Lesende, Estibalitz Orruño, Juan Carlos Bayón, Jesús Larrañaga Garitano, Elizabete Recalde Polo, Amaia Bilbao et Itziar Vergara, España.

Objetivo: Determinar el impacto de una intervención de telemonitorización domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y/o broncopatía crónica (BC) desde atención primaria, sobre el número de ingresos hospitalarios y la duración de la estancia hospitalaria.

Contexto: Como consecuencia de una situación de envejecimiento poblacional, se prevé un aumento importante de las patologías crónicas. En este contexto, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) a través de la telemonitorización de pacientes crónicos podría ser de gran utilidad. Esta tecnología puede potenciar la capacidad del paciente y sus familiares para la autogestión del cuidado, manejo y control de su propia enfermedad, mejorar el cumplimiento terapéutico, facilitar la detección y actuación precoz en las descompensaciones o exacerbaciones de sus patologías y facilitar la recuperación en el domicilio tras episodios que requieran ingresos hospitalarios. Además parece mejorar la calidad de vida de los/las pacientes y personas cuidadoras.

Metodología: Se llevó a cabo un ensayo clínico controlado y aleatorizado en 20 Centros de Salud de Atención Primaria de la Comarca Bilbao (Bizkaia) para evaluar el impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes domiciliarios en comparación con la práctica clínica habitual. La duración del estudio fue de un año de seguimiento.

Cincuenta y ocho pacientes domiciliarios diagnosticados con insuficiencia cardíaca (IC) y/o broncopatía crónica (BC), con dos ingresos durante el año anterior y al menos uno de los mismos relacionado con alguna de las dos patologías consideradas fueron reclutados para el estudio. El grupo de intervención (GI), además del seguimiento habitual, recibió cuidados mediante la telemonitorización que consistió en la medición y envío diario por el paciente desde su domicilio de la frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, tensión arterial, saturación de oxígeno en sangre mediante pulsioximetría, peso y temperatura, mediante una PDA y dispositivos con Bluetooth.

Además rellenaron un breve cuestionario de percepción de su situación clínica y funcional respecto al día anterior. Se generaron alertas cuando se superaron los límites pre-establecidos. El grupo control (GC) recibió el tratamiento habitual consistente en controles clínicos periódicos según los programas de control al paciente inmovilizado. La medida de resultado principal fue el número de hospitalizaciones por cualquier motivo en el periodo de 12 meses tras el inicio del estudio. Se exploraron también el número de hospitalizaciones debido a IC o BC, días de estancia hospitalaria, tasa de mortalidad, y nivel de utilización de servicios sanitarios en el periodo de 12 meses. Los datos obtenidos se analizaron a los 3, 6 y 12 meses desde la aleatorización. Se compararon las medidas resultado, tanto primarias como secundarias, entre los dos grupos de pacientes.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes en el GI y 30 en el GC, con características basales similares. De los 21 pacientes del GI a los que se les realizó el seguimiento durante un año, 12 tuvieron algún ingreso hospitalario (57,1%), en comparación con 19 pacientes de los 22 que completaron el seguimiento en el GC (86,4%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,033$, RR 0,66; IC95% 0,44 a 0,99). La estancia hospitalaria media por cualquier causa fue de 9 (DE 4,3) días en el GI versus 10,7 (DE 11,2) días en el GC, y para los ingresos específicos por IC o BC fue de 9 (DE 4,5) días en el GI vs. 11,2 (DE 11,8) días en el GC, aunque las diferencias en ambos casos no fueron estadísticamente significativas ($p=0,891$ y $0,927$, respectivamente). Es necesario monitorizar a cuatro pacientes durante un año para prevenir un ingreso (NNT). Hubo más contactos telefónicos en el GI que en el GC (22,6 -DE 16,1- vs. 8,6 -DE 7,2-, $p=0,001$), pero menos visitas domiciliarias de enfermería (15,3 -DE 11,6- vs. 25,4 -DE 26,3-, respectivamente), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,360$).

Conclusión: Los resultados del estudio TELBIL señalan un menor número de individuos con ningún ingreso durante el año de seguimiento para los pacientes del GI frente a los del GC; además de mostrar una tendencia tanto a tener un menor número de ingresos hospitalarios por cualquier causa y específicos, como a disminuir la estancia hospitalaria. En consumo de recursos: aumento del número de contactos telefónicos y disminución de las visitas domiciliarias por enfermería en el GI frente al GC.

Los datos "brutos" del análisis coste-efectividad son beneficiosos tanto en costes económicos, como considerando la CVRS (AVAC, según el cuestionario EuroQol 5D).

La telemonitorización domiciliaria puede constituir un modelo alternativo beneficioso para la provisión de cuidados a pacientes crónicos inestables de avanzada edad.

Discusión: Efectividad en variables principales (hospitalización), y secundarias (satisfacción, sobrecarga del cuidador, CVRS), con tendencia al coste-efectividad. Un estudio con muestra limitada pero con amplia capacidad exploratoria y de análisis que, cuando menos, alienta a una implantación evaluada y profundización de la telemonitorización en pacientes complejos y con esta orientación a la atención primaria.

TEKI-Plataforma de teleasistencia a ala cronicidad del Servicio Vasco de Salud.

Angel José Faria Rodríguez, N. González, Sobradillo et M. Segura, España

Contexto y Descripción del problema: Los datos sobre cronicidad en el País Vasco nos muestran detalles como:

- 80% de las interacciones con el sistema son fruto de patologías crónicas
- Los enfermos crónicos consumen alrededor del 77 % del gasto sanitario global
- En los últimos 10 años se ha producido un envejecimiento progresivo de la población y un aumento de las patologías crónicas y la previsión es que el gasto sanitario se duplique en 2020

Ante esta situación, Osakidetza decide crear una plataforma de teleasistencia que además de proporcionar las prestaciones habituales de un sistema de teleasistencia que cambie el paradigma de relación del paciente con su sistema de teleasistencia y por consiguiente con su servicio de salud. Para ello se utiliza un lenguaje natural basado en la voz y movimientos de sus manos basándose en la implementación utilizando la tecnología Kinect de Microsoft y valiéndose de un entorno amigable como es la TV del paciente.

Objetivos: Los objetivos marcados para este proyecto son:

- Realzar la responsabilidad del paciente en cuanto a la mejora o atenuación de su patología
- Mejora de la condición de salud y calidad de vida de los pacientes
- Seguimiento eficiente y diario de cambios en el estado de salud

- Gestão multipatológica de la evolución clínica de pacientes crónicos
- Evitar en la medida de lo posible el traslado físico de pacientes a los centros sanitarios
- Reducción en el gasto sanitario y aprovechamiento eficiente de recursos

Materiales y Métodos: La primera patología piloto tratada con esta plataforma ha sido EPOC. El método seguido para la selección de pacientes en la fase piloto ha sido con las siguientes premisas:

- 30 pacientes de EPOC que hayan tenido uno o más ingresos en el año previo.
- Se establece una primera sesión grupal informativa y posteriormente de forma individual en el manejo de la plataforma de teleasistencia (TEKI)

En cuanto al material necesario para la puesta en marcha del proyecto:

- SW, el software desarrollado es una aplicación cliente / servidor, que consta de dos tipos de consola
 - Consola de Paciente: Destinada al seguimiento por parte del paciente del tratamiento prescrito de cara a su enfermedad.
 - Consola Médica: Destinada al uso por parte de los profesionales clínicos
- HW
 - Kit casa Paciente: En casa del paciente (PC, Web Cam, Dispositivo Kinect, Dispositivos externos (pulsioxímetro, espirómetro...))

Resultados: La edad media de los pacientes introducidos es de 71.8 ± 6.7 y su FEV1 medio 46.7 ± 14.5 , en el mes de mayo dispondremos de datos sobre la optimización de recursos sanitarios. En este momento disponemos de datos acerca de la Satisfacción del paciente y de los clínicos involucrados en el proyecto, obteniendo una nota media superior al 8.

Conclusiones: Tanto los resultados sobre la satisfacción de los usuarios como las primeras impresiones de los clínicos involucrados en el piloto arrojan las siguientes conclusiones

- El paciente se siente más seguro ante crisis con su enfermedad y tiene un mayor conocimiento de cómo ayudar a mejorar su estado de salud
- Hemos conseguido que el paciente tome un rol activo en el cuidado de su salud
- La impresión clínica de los profesionales
 - Decremento en la severidad del estado de salud en los ingresos, reduciéndose el tiempo de permanencia en el ingreso
 - Altas hospitalarias en menos tiempo al sentirse más seguros los pacientes para afrontar sus cuidados en domicilio
- La utilización de la televisión como medio de relación no presencial entre pacientes, sus familias y los clínicos que le atienden, es una herramienta bien valorada y puede ser fundamental para un mejor control de la enfermedad.

Implantação da Telessaúde na Atenção à Saúde Indígena no Brasil.

Magda Duarte dos Anjos Scherer et Zaira Zambelli Taveira, Brasil

O presente estudo analisou a implantação da telessaúde na atenção à saúde indígena no Brasil, identificando suas dificuldades e facilidades. Componente do Sistema Único de Saúde, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi pensado de modo a contemplar as especificidades dos povos indígenas e está sob a gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde desde 2010. Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) são as unidades gestoras descentralizadas, que contam com unidades básicas de saúde nas aldeias ou nos polos-base. Desde sua criação, o Subsistema vem enfrentando problemas de falta de preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contextos interculturais, rotatividade dos profissionais e dificuldade de instalação da educação permanente em saúde (EPS). A telessaúde é estratégia promissora para expansão da EPS. Além disso, pode auxiliar na fixação dos profissionais de saúde em áreas de difícil acesso geográfico. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007, vem apoiar a consolidação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, ordenadas pela Atenção Primária - APS, com serviços de tele-educação, teleconsultoria, telediagnóstico e segunda opinião formativa. Em 2009, foram implantados dois Pontos de Telessaúde voltados à saúde indígena: um no Pelotão Especial de Fronteira de Iauaretê, próximo ao Polo-base Yauaretê, Dsei Alto do Rio Negro, e outro no Polo-base Umirituba, Dsei Parintins, ambos situados na região amazônica. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e entrevistas não estruturadas no ano de 2012. Foram entrevistados dez gestores dos Dsei Alto do Rio Negro e Parintins, onde estava a população indígena atendida pelo Programa, e do Núcleo de Telessaúde do Amazonas, que elaborou o projeto de implantação dos dois Pontos, hoje inativos. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, aprovado sob o Parecer N° 97/2012. Os resultados indicam que dificuldades na implantação do Programa relacionam-se às fragilidades da articulação interinstitucional na gestão do programa, à rotatividade dos profissionais de saúde, ao uso da tecnologia e à presença de infraestrutura inadequada à tecnologia. As facilidades, em sua maioria, são relatadas pelos gestores como potencialidades e expectativas de apoio à fixação dos profissionais, ao uso da educação permanente e à redução dos encaminhamentos dos indígenas. Sugere-se o monitoramento, a avaliação e o planejamento para implementação da

telessaúde nos Pontos de Telessaúde inativos, considerando-se as dificuldades apresentadas neste estudo e envolvendo todos os sujeitos no processo.

Impacto de un programa de telemedicina en pacientes con EPOC.

Patricia Sobradillo Ecenarro, A. Faria, N. González, M. Inchausti et M. Segura, España

Contexto y Descripción del problema : La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se caracteriza por la existencia de una limitación del flujo de aire que no es totalmente reversible. Esta limitación suele ser progresiva y asociarse a una respuesta inflamatoria anormal del pulmón a gases o partículas nocivas (la más habitual el humo del tabaco). Generalmente suele producir disnea (sensación de falta de aire), tos y expectoración. Se trata de una enfermedad con alta prevalencia (10.2%). Actualmente es la cuarta causa global de mortalidad y se prevee que sea la tercera en 2020). Se estima que el coste global de la EPOC en España oscila entre 675 y 775M€ al año.

La enfermedad se caracteriza por periodos de empeoramiento de la enfermedad, las agudizaciones que conllevan deterioro de la función pulmonar, del estado de salud del paciente y que suponen un aumento del riesgo de hospitalizaciones y de muerte.

La telemonitorización domiciliaria permite el control exhaustivo y continuado de la salud de los pacientes crónicos, en cualquier lugar y en todo momento. Una herramienta que permitiese el control diario, la interacción del paciente con sus profesionales sanitarios y la rehabilitación física podría mejorar el estado de salud de dichos pacientes y reducir el consumo de recursos.

Objetivos

- a. Probar la aceptabilidad y usabilidad de un sistema para pacientes con EPOC basado en tecnología Kinect®. Permitiendo un cambio en el paradigma de relación del paciente con su herramienta de teleasistencia
- b. Describir las intervenciones derivadas de las alarmas generadas.

Materiales y Métodos

- c. Se han incluido pacientes EPOC con al menos un ingreso por agudización en el año previo. Primero se realizó una sesión de información grupal con los cuidadores principales. Aquellos que aceptaron participar recibieron tantas sesiones formativas como fueran necesarias. Se les equipó con una televisión adaptada a las necesidades de Kinect®. Diariamente contestaban un cuestionario de síntomas, enviaban datos de saturación, frecuencia cardíaca (mediante pulsioxímetro) y temperatura y realizaban ejercicios de miembros superiores bajo la guía de kinect®.

Resultados

- d. Se han incluido 30 pacientes. Las principales características en Tabla 1.
- e. Objetivo 1: El número medio de sesiones fue de 3 ± 1.34 . La estancia media en el proyecto actualmente es de 174 ± 45.2 (42-294) días. Ningún paciente fue excluido por no saber utilizar la tecnología. La adherencia diaria fue del 99%. La valoración por parte del paciente del sistema fue de 8.8 sobre 10.
- f. Objetivo 2: Agudizaciones leves: 15; moderadas: 32, Visitas a urgencias: 8 (3 de ellas sin indicación por parte de TEK1); ingresos en planta: 14, y uno de ellos precisó reingreso en las primeras 24 horas; ingresos en Hospitalización a Domicilio: 2. Estancia media en planta: 4.33 ± 1.1 días

Conclusiones: Un programa de telemedicina basado en tecnología Kinect® es viable y bien aceptado por los pacientes. La mayoría de las agudizaciones son tratadas extra hospitalariamente.

Horaire : 14:00 - 15:30

SESSION 5 – Salle 1

Thème : Multimorbidité : regards croisés sur les défis d'adaptation des pratiques

Session organisée par : Lise Lamothe, Université de Montréal et Chantal Sylvain, Université de Sherbrooke

Discutants : Magda Scherer, Universidade de Brasília et Dominique Somme, Université Rennes 1

Au Canada, comme dans la plupart des pays industrialisés, les maladies chroniques constituent une cause croissante de mortalité ainsi qu'un fardeau de plus en plus important pour les systèmes de santé. En 2008, elles étaient responsables de 63% de tous les décès (36 sur 57 millions). Les maladies cardiovasculaires (48%), les maladies respiratoires chroniques (12%) et le diabète (4%) sont responsables d'une grande part des décès attribuables aux maladies chroniques (Données

répertoriées dans Lamothe *et al.*, 2013). En outre, ces maladies ne surviennent généralement pas de façon isolée. En effet, on reconnaît de plus en plus que les personnes présentant une maladie chronique sont souvent aux prises avec une multimorbidité, soit la co-occurrence de plusieurs conditions médicales chroniques (Fortin *et al.*, 2005).

Les personnes atteintes de maladies chroniques tendent à utiliser les services de soins plus régulièrement et à en utiliser un plus grand nombre que le reste de la population. Ainsi, par exemple, tandis que la proportion des Canadiens ayant au moins une maladie chronique est de 33%, ces derniers comptent pour 51% des consultations chez un médecin de famille, 55% des consultations chez un spécialiste, 66% des consultations infirmières et 72% des séjours hospitaliers. Plus encore, tandis que les cas de comorbidité ne représentent que 12% de la population canadienne, ces patients comptent néanmoins pour environ le quart des consultations chez un médecin de famille ou chez un spécialiste, pour 36% des consultations infirmières et pour 44% des séjours hospitaliers (Données répertoriées dans Lamothe *et al.*, 2013). Une telle utilisation du système de soins par les personnes souffrant de maladies chroniques est considérée symptomatique de l'incapacité des modes de fonctionnement actuels à répondre aux besoins (CSBE, 2010; Tsasis & Bains, 2008; Wagner, Austin & Von Korff, 1996).

Nos travaux antérieurs portant sur l'intégration des soins et services offerts à des personnes souffrant de multimorbidité, nous ont permis d'illustrer comment la transformation de l'offre de soins et services résultait d'une dynamique d'intégration à quatre niveaux interreliés : les clientèles, les pratiques professionnelles, l'encadrement structurel et les relations interorganisationnelles. Nos résultats montrent les stratégies et les moyens qui sont mis graduellement en place à chacun de ces niveaux pour influencer conjointement le processus d'intégration. Il apparaît que (1) rapprocher des services ne conduit pas nécessairement à l'intégration (2) le processus d'intégration est imprévisible et fortement lié aux facteurs contextuels (3) les multiples niveaux par lesquels l'intégration s'opère sont interdépendants, et (4) l'intégration progresse sous la forme d'oscillations entre des pôles qui ne sont pas fixes, mais évoluent à travers les différents niveaux d'intégration (Lamothe, Brousselle, Sylvain & Foro, 2010). Ces processus de transformation permettent l'émergence d'une grande variété dans les modes de production.

Une analyse fine des conditions menant à cette variété suggère que la variable à l'origine est l'incertitude, laquelle varie avec la quantité d'information à traiter. Trois sources d'incertitude ont été identifiées: les patients eux-mêmes, les professionnels et les technologies utilisées. Ces sources sont interreliées et forment un cycle de l'incertitude.

La première source d'incertitude est inhérente au processus et provient des patients eux-mêmes. Elle émane de la complexité relative de la condition de santé des patients, notamment du nombre de pathologies dont ils sont atteints. Selon le degré de connaissance et de compréhension qu'en ont les professionnels, la condition de santé des patients va engendrer une incertitude en regard du ou des traitements à apporter. Bien que chaque traitement individuel puisse générer de l'incertitude par la haute sophistication de son application, l'incertitude considérée ici réfère plutôt au nombre de traitements et au réseau formé par leurs interrelations. Ainsi, plus les traitements requis sont nombreux et interreliés, plus grande est l'incertitude, mais aussi la pression pour parvenir à une prise en compte globale des patients.

La seconde source d'incertitude provient des professionnels. Ainsi, une augmentation de la quantité d'information à traiter pour un patient donné entraîne généralement une augmentation du nombre de professionnels impliqués. En raison du cloisonnement relatif de leur domaine respectif d'intervention, chacun ne contrôle qu'une partie de l'incertitude. Les interdépendances qui en découlent conséquemment deviennent elles-mêmes sources d'incertitude.

Enfin, dans l'exercice de leurs fonctions, chacun des intervenants utilise des technologies qui, selon leur type, peuvent être sources additionnelles d'incertitude. En effet, en permettant le traitement d'une plus grande quantité d'information concernant les patients, elles peuvent mener à l'identification de nouvelles pathologies et entraîner la participation de professionnels additionnels. Ainsi tourne le cycle de l'incertitude (Lamothe, 1999).

La session que nous proposons s'appuie sur ces réflexions et cherche à les approfondir. Pour ce faire, nous proposons de croiser différentes perspectives sur l'enjeu important de l'adaptation des pratiques professionnelles et organisationnelles face aux défis soulevés par la multimorbidité. La première perspective est clinique; elle amènera à réfléchir à cet enjeu à la lumière de divers travaux de recherche concernant une variété de clientèles et de milieux de soins et services au sein d'un même système de santé, celui du Québec. Ces travaux sont en outre le fruit de collaborations inter-universitaires, ce qui permet une lecture diversifiée sur le plan des ancrages théoriques et conceptuels. La seconde perspective adoptée propose d'enrichir la réflexion sur les défis d'adaptation des pratiques à la multimorbidité, mais cette fois, par une comparaison entre pays. La France, le Brésil et le Québec seront considérés. L'ensemble de ces réflexions permettront de réviser certains a priori concernant la définition même de cette clientèle complexe, la nature des défis posés et les stratégies d'adaptation.

Adaptation des pratiques en soins primaires. Multimorbidité et soins primaires : conditions d'émergence de nouvelles formes d'organisation en réseau.

Lise Lamothe, Vanessa Sit, Claude Sicotte et Chantal Sylvain, Québec

Elle permet d'identifier les enjeux et défis rencontrés par une organisation de soins et services de première ligne et les stratégies que les professionnels (médecins, infirmières et autres professionnels) mettent en œuvre pour adapter l'offre de services aux impératifs associés à la condition clinique des patients avec une multimorbidité. Cette étude permet d'exposer

la variété des clientèles (âge, type de multimorbidité, éventail des services requis, etc.) et les pressions qu'elles exercent au sein de l'organisation mais aussi dans ses liens avec les autres prestataires de services. Nous verrons comment cette dynamique d'adaptation laisse émerger une forme d'organisation en réseau, souple et évolutive.

Adaptation des pratiques en services spécialisés ambulatoires. Dynamiques d'intégration des services de santé mentale et de dépendance.

Chantal Sylvain et Lise Lamothe, Québec

L'étude présentée se situe dans une organisation offrant des services spécialisés ambulatoires à des personnes ayant à la fois un problème grave de santé mentale et de dépendance. Elle adopte la perspective théorique du sensemaking organisationnel pour mieux comprendre comment les professionnels de la santé participent collectivement à la construction progressive d'une offre de services visant l'intégration des services de santé mentale et de dépendance. Cette étude permet de cerner et décrire quatre défis associés à la différenciation des services et découlant des dynamiques professionnelles. Ceci nous permet de mieux comprendre les difficultés persistantes observées lorsque l'intégration des services tente de pénétrer la sphère clinique.

Adaptation des pratiques en services spécialisés hospitaliers. Dépistage et traitement du diabète lié à la fibrose kystique : enjeux d'adaptation des pratiques au carrefour des représentations des patients et des professionnels.

Lise Lamothe, Chantal Sylvain, Yves Berthiaume et Rémi Rabasa-Lhoret, Québec

Cette étude se situe en milieu hospitalier spécialisé et porte sur les services offerts aux personnes avec un diabète lié à la fibrose kystique, une complication fréquente de la fibrose kystique. Six cliniques spécialisées offrant des services aux adultes et aux enfants atteints de fibrose kystique ont participé à cette étude. Il apparaît que les représentations des patients et des spécialistes, tant en ce qui concerne la comorbidité que la manière de l'aborder, ont une influence directe sur le fonctionnement des équipes de soins et l'organisation du travail. Divers scénarios et formes d'organisation en émergent, chacun soulevant des défis d'adaptation cliniques et organisationnels propres.

Adaptation des pratiques en soins à domicile. L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques.

Lise Lamothe, Marie-Andrée Paquette, Jean-Paul Fortin, Françoise Labbé, Djamel Messikh et Julie Duplantie, Québec

Cette présentation permet de rendre compte de l'intérêt de la contribution de la technologie des télésoins à domicile pour soutenir l'adaptation de l'offre de services. L'étude se situe dans 3 organisations offrant des services professionnels à domicile dans deux provinces canadiennes. La technologie a été utilisée par des personnes âgées ayant des maladies chroniques (maladie pulmonaire obstructive chronique ou MPOC, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, diabète). Il apparaît que l'utilisation de cette technologie permet de mettre en place plusieurs conditions auxquelles l'organisation des services doit répondre pour améliorer l'offre de services aux personnes atteintes de maladies chroniques, notamment en termes de collaboration interprofessionnelle, d'accès des professionnels à l'information et à l'expertise nécessaires ou de participation active du patient. Le succès de son implantation dépend toutefois d'une analyse détaillée du contexte local dans lequel elle est introduite.

SESSION 6 – Salle 2

Thème : Prises en charge de pathologies spécifiques 2 : Hypertension, diabète, obésité 2

Renforcer les partenariats pour lutter ensemble contre les maladies chroniques : l'exemple du Programme cantonal Diabète.

Isabelle Hagon-Traub et Léonie Chinot, Suisse

Le diabète est une des maladies chroniques pour laquelle l'Organisation mondiale de la santé a mis en garde contre le risque d'une « épidémie mondiale ». Celle-ci n'épargne pas la Suisse. Dans le canton de Vaud, une personne sur 15 environ est concernée, dont un tiers l'ignore.

Le Programme cantonal Diabète (PcD) est un projet novateur élaboré à la demande des autorités sanitaires afin de diminuer l'impact du diabète sur la population. Basé sur le modèle des maladies chroniques de Wagner et sur une double stratégie visant à freiner la progression de l'incidence de la maladie (prévention primaire) et améliorer la prise en charge des patients diabétiques, il s'articule autour de 5 axes : prévention primaire et promotion de la santé, autogestion et soutien aux patients, formation des soignants, mise sur pied de filières et amélioration de la communication et de la coordination.

Nous avons évalué les attentes et besoins des patients diabétiques d'une part, et les pratiques professionnelles d'autre part, pour élaborer et prioriser les projets. Les patients exprimaient notamment le besoin d'un suivi mieux organisé et coordonné, répondant tant à leurs problèmes médicaux que sociaux, ainsi qu'une meilleure information sur leur maladie. Sur le plan des pratiques professionnelles, la dimension du suivi et de la collaboration interdisciplinaire était la moins bien développée : trop peu de patients avaient bénéficié des contrôles périodiques préconisés et moins de 40% avaient été orientés vers des professionnels de la santé non médecins.

Afin de permettre au patient de devenir acteur de sa santé, le PcD vise à renforcer ses compétences par l'accès aux cours – activité physique adaptée, alimentation, cours d'éducation thérapeutique, « Evivo, ou comment vivre mieux avec une maladie chronique ». Développé par l'Université de Stanford, Evivo vise à accompagner le patient avec sa maladie au quotidien. Le rattachement du PcD à l'association de patients diabétiques « Association Vaudoise du Diabète » (AVD), permet en outre d'améliorer le lien avec les prestations psychosociales et de placer les intérêts des patients au centre de chaque projet comme au centre du Programme dans son ensemble.

Partant du constat que pour travailler ensemble il faut se connaître et parler la même langue, nous avons organisé des forums régionaux permettant aux professionnels de la santé concernés par le diabète de se rencontrer et d'échanger sur leur pratique. Une adaptation des recommandations de pratique clinique basées sur la littérature a été élaborée de manière interdisciplinaire par des représentants des métiers de la santé impliqués dans les soins aux diabétiques. Accessibles à tous, ces recommandations sont le langage commun indispensable à une prise en charge partagée. Elles permettent de stratifier les patients en fonction des problèmes identifiés, de systématiser les processus de prise en charge interdisciplinaire et coordonnée et, finalement, d'orienter la prise en charge sur différents soignants. Enfin, un répertoire des prestataires et prestations de soins et de soutien est élaboré à l'attention des professionnels et des patients.

Accès aux prestations et prestataires disponibles, rencontre entre soignants et recommandations de pratique clinique permettant d'organiser la prise en charge sont les ingrédients indispensables pour améliorer le travail interdisciplinaire. Cependant, la mise sur pied de filières nécessite en plus une consolidation des structures de proximité et l'amélioration de la communication et de la coordination par des outils adaptés. Plusieurs filières régionales se sont développées ces dernières années sur des modèles différents. Elles sont le fruit du « génie local » qui tient compte des ressources intéressées à collaborer et des besoins régionaux identifiés par les patients et leurs soignants. Le PcD privilégie une double approche « Top-down » et « Bottom-up » visant à la fois à fournir de façon univoque et centralisée les éléments nécessaires au changement des pratiques tout en soutenant les différentes initiatives locales et leur permettant de mutualiser leurs expériences entre elles.

Enfin, le PcD est occupé à réfléchir aux outils de communication et de coordination qui sont indispensables au travail en filière. Les technologies de l'information sont en pleine expansion et il s'agira de choisir lesquelles nous allons déployer pour les patients mais également pour les professionnels qui les soignent.

Le positionnement du PcD, bénéficiant d'une double légitimité en tant que programme cantonal soutenu par les autorités sanitaires et en tant qu'organe fédérateur de projets au service du patient, de par son rattachement à l'AVD, lui fournit un cadre privilégié pour inscrire les changements dans la continuité et avoir un impact positif sur la santé de la population ainsi que sur la qualité de vie des patients diabétiques.

L'approche novatrice du Programme cantonal Diabète, qui vise à resserrer les partenariats en renforçant l'autonomie des patients et le travail interdisciplinaire entre soignants, pourrait servir de modèle à d'autres maladies chroniques.

Impacto do diabetes nos gastos familiares com saúde na população brasileira.

Wendy Beatriz Witt Haddad Carraro, Bruce Duncan, Roger dos Santos Rosa et Anamaria Zaccolo, Brasil

Segundo o *Global Status Report on Noncommunicable Diseases* doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas são as maiores ameaças à saúde global, com peso semelhante às doenças infecciosas; seu impacto compromete o desenvolvimento social e econômico na comunidade, no país e no mundo. Embora a magnitude desses desafios relacionados à saúde seja crescente em todo o mundo, durante as últimas três décadas, há melhorias substanciais no conhecimento e compreensão sobre a sua prevenção e controle.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) vêm aumentando a sua importância, com destaque para o crescimento dos óbitos causados pelo diabetes e por neoplasias e para os níveis elevadíssimos das doenças do aparelho circulatório. Isto remete obrigatoriamente para uma mudança na intervenção da política pública de saúde, que também deverá ser cada vez mais preventiva e educativa, promovendo novos e melhores hábitos cotidianos na população. O diabetes é líder em perda de produtividade e crescimento econômico. O maior ônus econômico causado pelo diabetes é o valor monetário associado à ineficiência e à perda de vidas como resultado da própria doença e suas complicações.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento do diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, valor que depende da prevalência local da doença e da complexidade de tratamento disponível. Em estudo realizado nos Estados Unidos se verificou que as pessoas com diabetes apresentam gastos em saúde cerca de 2,4 vezes mais elevados do que os gastos em saúde de pessoas sem a doença.

Objetivos da investigação:

Estimar os gastos familiares em saúde das famílias com pelo menos uma pessoa com diabetes e comparar esses com os de famílias sem a doença.

Teorias, métodos, modelos e materiais utilizados:

Para o cálculo das despesas em saúde de famílias com ou sem diabetes optamos por utilizar diversas fontes de dados complementares a fim de obter uma maior precisão das estimativas. A principal base utilizada é a Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 (POF). A POF é uma pesquisa detalhada sobre as aquisições e despesas familiares, não só com saúde, mas todas as classes de despesas, da alimentação ao transporte, passando pelo vestuário, pelo lazer e mesmo pelos impostos e que possui uma abrangência nacional. A POF atual tem abrangência nacional. Na última edição realizada foram pesquisados 59 548 domicílios. Para a seleção desta amostra foi adotado um plano amostral conglomerado em dois estágios, com estratificação geográfica e estatística das unidades primárias de amostragem correspondentes aos setores da base geográfica do Censo Demográfico 2000. Através da POF, então, podemos calcular as despesas familiares em saúde bem como identificar as famílias que fazem tratamento para o diabetes, indicando que pelo menos um membro desta possui a doença.

Resultados e discussão:

A pesquisa pode estimar os gastos em saúde das famílias com diabetes equivalentes a R\$ 679, 50 no país e R\$ 305,25 o gasto em saúde de famílias sem diabetes. Esses valores nos indicam que as famílias atingidas pela doença apresentam gastos em saúde 2,2 vezes maiores do que o de famílias sem a doença. Na região Norte do país o gasto em saúde das famílias com diabetes foi de R\$ 452,02, e das famílias sem a doença de R\$ 155,92, o que representa uma despesa 2,9 vezes maior em saúde das famílias com diabetes. Nas regiões Sul e Centro-Oeste as despesas em saúde das famílias com diabetes são 1,6 vezes maiores do que as sem diabetes. Estes resultados estão de acordo com o estudo americano onde os gastos per capita em saúde das pessoas com diabetes eram 2,4 vezes mais elevados do que as pessoas sem a doença. Mundialmente se estima que os gastos em saúde das pessoas acometidas pela doença sejam cerca de 2 a 3 vezes mais elevado do que o das pessoas sem diabetes.

Analyse de la qualité de la prise en charge médicale des patients diabétiques.

Ouarda Pereira, D. Cerejo, R. Parjoie, J.L. Simonin et J.P. Mineur, France

Résumé

Objectif : Le suivi médical des patients diabétiques de la région Nord-Est a été analysé au regard des recommandations établies par la Haute Autorité de santé. **Méthodes :** À partir des bases de données de l'Assurance maladie, l'analyse du suivi médical des patients entre 2006 et 2008 a permis de cibler les médecins pour lesquels ce suivi s'est révélé insuffisant au regard des recommandations de bonne pratique. Ces médecins ont fait l'objet d'un échange confraternel (EC) avec les médecins-conseils du Service médical. Le suivi médical des patients a été analysé entre 2008 et 2010 afin de mesurer l'impact de ces EC sur le comportement de consommation de soins des patients. **Résultats :** Quel que soit le type d'examen recommandé, le taux de patients ayant bénéficié d'au moins un examen annuel chez les patients dont le médecin a fait l'objet d'un EC a significativement augmenté. A contrario, les patients dont le médecin n'a pas fait l'objet d'un EC ont vu leur suivi médical inchangé pour certains examens et le suivi était de moins bonne qualité pour d'autres. L'influence d'autres facteurs explicatifs a pu être mise en évidence : le type de traitement suivi par le patient, le fait d'être admis en affection de longue durée et le département de résidence du patient. **Conclusion :** L'effet des EC mis en évidence dans notre étude doit toutefois rester une hypothèse en raison des aléas liés au phénomène de régression vers la moyenne auquel il est exposé.

Des études ultérieures permettront de vérifier cette hypothèse. Dans la mesure où l'efficacité d'un dépistage régulier des complications du diabète est bien établie, le rôle des médecins-conseils revêt toute son importance.

Resumo

Objetivo: O seguimento de pacientes do diabético no nordeste região de França foi examinada usando o método recomendado pela autoridade de saúde alta francesa

Métodos: Os bases de dados do seguro de saúde foram usados para analisar monitoração paciente entre 2006 e 2008, destacando aqueles doutores que não forneciam o cuidado adequado de acordo com diretrizes de boa prática. Um sistema baseado no detalhe acadêmico era estabelecido recentemente entre estes doutores e os consultantes médicos que trabalham para o serviço do seguro de saúde. A continuação paciente foi examinada igualmente entre 2008 e 2010 para avaliar o impacto do detalhe acadêmico no consumo do cuidado.

Resultado : Apesar do tipo de exame recomendado, o número de pacientes que foram examinados pelo menos uma vez por ano por um doutor envolvido em um processo de detalhe acadêmico aumentado significativamente. Pelo contraste, o seguimento dos pacientes cujo doutor não foi envolvido no detalhe acadêmico restante inalterado. Em alguns casos, a qualidade do cuidado da continuação era pobre. Outros fatores explicativos foram destacados igualmente, incluindo o tipo de tratamento recebido pelo paciente, o fato de ter uma doença a longo prazo e a área da residência do paciente.

Conclusão: O impacto do detalhe acadêmico destacado neste estudo permanece hipotético devido à regressão ao fenômeno médio. Uns estudos mais adicionais são necessários verificar esta hipótese. Desde que a eficácia da seleção regular para complicações do diabetes é bem conhecida, os consultantes médicos no serviço do seguro de saúde podem ser ditos jogar um papel crítico.

Mortalidad por diabetes mellitus y su asociación con los niveles de pobreza y carencias sociales en México, 2010.

Oswaldo Sinoe Medina Gómez et Oliva López Arellano, México

Introducción: La diabetes *mellitus* (DM) es un problema de salud pública en México y el mundo debido a su prevalencia. Las determinaciones sociales establecen diferencias en la incidencia, prevalencia y mortalidad de la enfermedad en los distintos grupos sociales.

Objetivo: Conocer la distribución de la mortalidad por diabetes *mellitus* y su asociación con las carencias sociales y económicas en México durante el 2010.

Método: Se realizó un estudio ecológico, a partir de fuentes secundarias de información para los 31 estados y el Distrito Federal. Se estudiaron todas las defunciones registradas en México en el Sistema de Información en Salud, de la Secretaría de Salud Federal durante el 2010, con una causa básica de defunción codificada con los códigos E10-E14 de la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) en personas mayores de 20 años. Se calculó el riesgo relativo (RR) de mortalidad, clasificando por cuartiles cada uno de los componentes carenciales y los grados de pobreza a través de la regresión de *Poisson*.

Resultados: La tasa bruta de mortalidad nacional calculada fue de 57.21 por cada 100 000 habitantes y el promedio de edad de muerte estimado fue de 69 años. La entidad con la mayor tasa de mortalidad ajustada por edad fue Tabasco, mientras que Baja California Sur fue es estado con la menor tasa de mortalidad por diabetes.

Se observó un gradiente que afecta a los estratos más pobres. Las entidades ubicadas en el cuartil más bajo, tienen tres veces mayor riesgo de mortalidad por diabetes en comparación con el cuartil más alto. Lo mismo sucede a mayor vulnerabilidad por ingreso. El cuartil más bajo presenta un riesgo de mortalidad mayor que los demás cuartiles (RR = 2.52; IC95%: 1.90- 3.33).

Discusión y conclusiones: La distribución de las defunciones por diabetes en México está asociada a la pobreza y las carencias sociales. Es necesario reconocer que la reducción de la mortalidad por diabetes involucra el cuidado de la salud y la acción sobre sus determinantes sociales.

El combate a las desigualdades socio-sanitarias se ha convertido en parte de la agenda de salud a nivel global y la propuesta de "Salud en todas las políticas" da contenido a la acción sanitaria que trasciende el ámbito del sector salud e involucra a la sociedad en su conjunto.

En México, el combate a la desigualdad, la reducción de la pobreza y la atención a problemas como la diabetes, deben ser una prioridad. Se requiere desarrollar políticas públicas saludables que impacten diversos planos, entre los que destacan: la reducción de brechas, la atención a las carencias sociales y económicas; así como, el fortalecimiento de la capacidad rectora y reguladora del sistema de salud y la universalización en el acceso a servicios públicos de salud, integrales, equitativos y de calidad.

SESSION 11 – Salle 3

Thème : Management des organisations de santé

Des bébés et du management : la révolution organisationnelle des services de réanimation néonatale à l'hôpital.

Lionel Honoré, France

Des médecins, des puéricultrices, un psychologue sont autour de la table. Ils débattent ensemble du cas d'un enfant né à vingt-huit semaines aménorrhées. Une alarme sonne. Les regards se tournent vers l'écran de contrôle et une puéricultrice se lève, quitte la pièce puis appel. Quelques instants plus tard le médecin pratique des gestes de réanimation sous le regard des parents. A sa sortie de la chambre elle n'aura pas le temps de souffler que déjà un autre bébé réclame d'être

sauvé. Le quotidien d'un service de néonatalogie qui prend en charge de très grands prématurés est marqué par l'urgence et l'incertitude, par la survenance en continu d'événements, par la fragilité de ce sur quoi porte le travail : des enfants nés trop tôt et qui ne pèsent que quelques centaines de grammes.

Cette particularité de ces situations de travail a amené, ces derniers temps à un basculement. D'un travail pensé et organisé en fonction de la logique médicale et des savoirs et savoir-faire du médecin, la réanimation néonatale est passée, d'abord aux Etats-Unis et depuis quelques années maintenant dans les hôpitaux français, à une organisation de l'activité productive centrée sur la situation elle-même et sur l'interaction entre cette situation et l'enfant prématuré. Cela a, bien sûr, impliqué de repenser les répartitions de rôles entre acteurs, les modalités de prise de décisions, la manière dont sont pris en charge les événements, etc. De nouveaux acteurs, les parents notamment, se sont trouvés impliqués directement dans la réalisation de l'activité au côté des médecins et des puéricultrices.

En nous appuyant sur les résultats des études de deux services de réanimation, aux CHU de Nantes et de Rennes, nous proposons d'analyser ici ce basculement et ses conséquences sur l'organisation du travail, sa réalisation et son management. L'idée que nous défendons est que le passage d'une régulation professionnelle à une régulation centrée sur la situation s'accompagne non pas d'un décentrage du travail, au sens où il n'est plus centré sur le rôle de l'expert, ici le médecin et son travail, mais devient a-centré. Comment cela interroge la question de la conception de l'activité comme celle de son pilotage et, de ce fait, problématise l'action managériale et notamment de gestion des ressources humaines ?

Dans une première partie nous présentons notre méthodologie de recherche et la manière dont la problématique émerge du terrain d'étude qui est donc cette transformation du travail et de son organisation en réanimation néonatale. Dans une seconde partie nous en étudions les conséquences pour la régulation de l'activité productive avant de poser, dans la discussion la question de l'impact sur l'activité de management.

Le travail de terrain sur lequel s'appuie la recherche présentée s'est déroulé en trois temps. De juin à août 2011 nous avons réalisé une étude exploratoire à partir d'analyses documentaires, d'observations in situ au CHU de Nantes (avec une fréquence d'une journée entière d'observation par semaine complétée par des séquences d'observation-participante chaque jour), et par cinq entretiens avec les encadrants du service et de l'hôpital Mère-Enfant. De septembre 2011 à juin 2012 nous avons réalisé chaque semaine des observations dans ce même service (40 demi-journées ou demi-nuits) et 41 entretiens avec les différentes catégories de membres de l'équipe. De septembre 2012 à janvier 2013 nous avons réalisé des périodes d'observations hebdomadaires (une journée ou demi-journée par semaine) dans le service de réanimation néonatale du CHU de Rennes, ainsi que onze entretiens. Dans les deux équipes nous avons régulièrement assisté aux staffs médicaux aux réunions de transmission des puéricultrices, à des réunions «éthiques», ainsi qu'à différents types de réunions d'équipe ou de service. Nous avons également assisté à des arrivées d'enfants en salles de naissances. Enfin nous avons assisté à des cours et des formations à destination des médecins, des étudiants de sixième année, et des puéricultrices.

Parallèlement à cela nous avons tout au long de ces trois périodes réalisés dix-sept entretiens avec des élèves de médecine et d'école de puériculture. Et seize entretiens avec des parents d'enfants ayant été pris en charge dans les services de Rennes et de Nantes. Ce travail de terrain doit être achevé à l'été 2013 avec la réalisation d'ici là de nouvelles séries d'entretiens.

Réflexion autour des modes de structuration des réseaux de santé et des organisations en santé.

Bertrand Pauget, France

Résumé

Cette communication s'appuie sur des travaux antérieurs sur les réseaux de santé menés par l'auteur et mène à une généralisation théorique sur une organisation de nature différente. L'idée émise ici est que les organisations du secteur de la santé participent d'une organisation plus relationnelle.

A cette fin, nous déplaçons le thème de la recherche sur les réseaux de santé qui sont souvent situés dans une perspective plus performative (travail sur les outils, les dispositifs de coordination) vers des aspects plus tournés vers la théorie des organisations et la structuration des organisations relationnelles. Nous pensons en effet que celles-ci vont souvent au-delà de l'opposition classique soulignée entre organisations mécanistes et organiques (Burn et Stakler, 1961, Wine et al., 2006) mais les outils de gestion et les cadres de pensée pour interroger les organisations résident toujours dans l'opposition organisation mécaniste et organique

Resumen

Esta comunicación se apoya en trabajos anteriores sobre las redes de salud llevadas por el autor y lleva a una generalización teórica sobre una organización de naturaleza diferente. La idea emitida aquí es que las organizaciones del sector de la salud participan en una organización más relacional. Con este fin desplazamos el tema de la búsqueda sobre las redes de salud que están a menudo situadas en una perspectiva más performative (trabajo sobre las herramientas, los dispositivos de coordinación) hacia aspectos más inclinados hacia la teoría de las organizaciones y la estructuración de las organizaciones relacionales. Pensamos en efecto que éstas a menudo van más allá de la oposición clásica subyacente entre

organizaciones mecanicistas y orgánicas (Burn y Stakler, 1961, Wine y al., 2006) pero las herramientas de gestión y los marcos para interrogar las organizaciones residen siempre en la oposición organización mecanicista y orgánica.

Construction et mise en œuvre d'un plan stratégique de changement organisationnel d'institution prenant en charge la maladie chronique – Cas d'institutions françaises d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap.

Renaud Petit, Frantz Daytry et Mohammed Ennejem, France

RESUME

En France, de nombreuses organisations du secteur sanitaire et social mettent en œuvre des changements organisationnels profonds. Cela est particulièrement le cas des institutions en charge de l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental. Ces changements s'opèrent en fonction d'au moins trois variables interdépendantes : les ressources budgétaires publiques, la conception des modes de prise en charge des personnes en situation de handicap mental qui évolue fortement et les structures organisationnelles. La recherche a été conduite selon une méthode de recherche-intervention réalisée dans une institution associative française d'accueil et d'accompagnement de personnes en situation de handicap mental comportant une triple étude qualitative, quantitative et financière. Cette communication permet avant tout de mieux comprendre la liaison entre les changements organisationnels, et leur vitesse, avec les mutations stratégiques en cours au niveau de ce secteur. Mais elle cherche également à analyser les choix stratégiques du terrain d'observation scientifique et leur mise en œuvre concrète, via un plan stratégique.

RESUMEN

En Francia, muchas organizaciones del sector sanitario y social implementan cambios organizacionales significativos. Este es particularmente el caso de las instituciones a cargo de la recepción y apoyo de las personas con discapacidad. Estos cambios se producen en función de al menos tres variables relacionadas entre sí: los recursos presupuestarios del gobierno, patrones de diseño de apoyar a las personas con discapacidad y en evolución fuertemente las estructuras organizativas. La investigación fue llevada a cabo por un método de investigación de la intervención llevada a cabo en un centro de acogida asociación francesa y el apoyo de las personas con discapacidad con un estudio cualitativo triple, cuantitativo y financiero. Esta comunicación permite principalmente para comprender mejor la relación entre el cambio organizativo y la velocidad, con los cambios estratégicos que se producen en este sector. Pero también se trata de analizar las opciones estratégicas del campo de observación científica y su aplicación práctica a través de un plan estratégico.

Les leviers d'une gouvernance multiniveaux ou comment adapter des organisations de santé complexe à la prise en charge de patients migrants.

Lara Maillet, Paul A Lamarche et Bernard Roy, Québec

Objectif : Cette communication s'intéresse à la gouvernance multiniveaux appliquée aux organisations de santé de première ligne. L'objectif est de cerner les leviers d'action permettant d'adapter les services auprès de personnes migrantes. Ce type de patientèle se révèle un excellent cas traceur pour analyser le processus d'adaptation des organisations de santé de première ligne, sa fractalisation et son implication avec le contexte.

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

Approche : La stratégie adoptée est une recherche synthétique par étude de cas multiples (deux Centres de Santé et de Services Sociaux- CSSS au Québec) avec niveaux d'analyse imbriqués (trois champs d'actions : stratégique, tactique et opérationnel), selon une approche qualitative. Cette étude de cas multiple a permis d'opérationnaliser les dimensions d'un cadre conceptuel développé à partir des théories de la complexité, de la gouvernance clinique et des réseaux. Il en a découlé six propositions de recherches. Dans cette communication, nous nous pencherons sur les 4 premières. Ce cadre faisant une place importante aux acteurs du contexte (Environnement), nous avons réalisé 49 entrevues semi-directives auprès d'acteurs des deux CSSS sélectionnés et de l'Environnement.

Résultats : La dynamique entre les acteurs et leurs auto-organisation participe au développement d'une gouvernance multiniveaux. Les interactions internes et externes, avec l'Environnement, montrent la création de réseaux, émergent du terrain, et repris par la suite aux niveaux stratégiques des organisations. La présence d'*acteurs de connectivité* et d'acteurs récepteurs au sein de l'organisation et de l'Environnement est révélée. Le contexte, les liens de confiance tissés entre les acteurs et la crédibilité des décideurs ressortent comme des facteurs importants. Mais les *acteurs de connectivité* ne peuvent y arriver sans le support et la contribution des acteurs plus « hiérarchiques ». Plusieurs leviers d'actions émergent de l'analyse. Nous les avons classés en trois catégories : les leviers administratifs, les leviers d'habilitation et les leviers émergents.

Conclusion : Les leviers administratifs et émergents ont besoin de leviers d'habilitation crédibles et légitimes, pouvant les supporter, afin que l'adaptation se diffuse à travers l'organisation de santé, qu'elle que soit le champs d'action ou le niveau de prise de décision concerné. La fonction fractale permet ce processus.

Apport et Intérêt de la communication : Implications pratiques : Les résultats indiquent des recommandations pour les acteurs cliniques et administratifs concernant l'adaptation d'une organisation de santé complexe à la prise en charge de patients migrants.

Originalité : Cette étude offre une vision empirique des *Complex Adaptive System*, de la gouvernance multiniveaux et de la fonction fractale.

SESSION 8 – Salle 4

Thème : Évaluation d'un politique de santé mentale

Président: Marie-Lise Lair-Hillion, Santé et Prospectives, Luxembourg

A Rede de Atenção Psicossocial e o enfrentamento das doença crônicas em Saúde Mental no Distrito Federal/Brasil.

Maria da Glória Lima, Maria Aparecida Gussi et Bruna Giane Saidelles Machado, Brasil

Introdução: O Ministério da Saúde do Brasil tem feito investimentos para incrementar a política de atenção a saúde mental, de forma a ratificar as diretrizes do SUS, a Lei Federal 10.216/01 e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, com investimentos financeiros para ampliar a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde, com ênfase na criação de Centro de atenção Psicossocial - CAPS para o atendimento de pacientes psiquiátricos e de dependentes de álcool e drogas. A Portaria nº 3.088/GM/MS, de 23/12/11, define a rede de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas, com ênfase nos serviços com base comunitária, centrado às necessidades dos usuários e familiares e na perspectiva territorial e da reinserção social dos usuários, por meio de acesso ao trabalho, lazer, exercício da cidadania para romper com a cultura manicomial. Os novos serviços de atenção a saúde mental no Distrito Federal tem como desafio criar estratégias, no seu coletivo de trabalhadores, gestores, usuários e familiares, para ultrapassar os limites institucionais e profissionais que possam ampliar o cuidado aos usuários da saúde mental, com ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e reinserção social.

Objetivos: caracterização da rede de atenção psicossocial em saúde mental e os desafios para o enfrentamento das doenças crônicas em saúde mental no Distrito Federal.

Método - Estudo do tipo descritivo-exploratório, com a utilização de análise documental, consulta em sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do DF, entrevistas abertas com gerentes de serviços de saúde na área e entrevistas semiestruturadas com profissionais que atuam nos serviços de saúde mental local. O Projeto recebeu aprovação do Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal/BRASIL, e contou com financiamento da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF), edital PPSUS/2010.

Resultados Preliminares: O Distrito Federal embora possua uma rede de atenção psicossocial com baixa cobertura, tem buscado expandir a sua RAPS, acompanhando as diretrizes nacionais para a atenção integral dos usuários da saúde mental. Os centros de atenção psicossocial são considerados pelos participantes do estudo, dispositivos importantes e com maior resolubilidade no que tange aos princípios da integralidade do cuidado e da cidadania das pessoas com histórico de adoecimento mental e de dependência química. Os participantes ressaltam a necessidade de expansão de uma rede de cuidados de saúde mental de base comunitária, com investimentos na formação profissional e de novas profissões para desenvolvimento de novas práticas psicossociais, maior participação social de usuários, familiares e profissionais que possam favorecer processos de mudanças, que possam valorizar a potência para a vida e a reinserção social dos usuários da saúde mental, articulados a de base comunitária e intersetorial.

Internações Psiquiátricas no século XXI: Uma transição de modelos?

Felipe Szabzon et Fabiola Zioni, Brasil

Resumo

Este trabalho analisa as mudanças no perfil de utilização de leitos psiquiátricos hospitalares no sistema público de saúde na cidade de São Paulo no período de 2000 a 2010. Através desta pesquisa procurou-se evidenciar se o esperado processo de reorientação do modelo de atenção a saúde mental em curso no Brasil. Trata-se de um estudo exploratório de natureza quantitativa. Os dados desta pesquisa foram obtidos a partir de dados públicos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

Resumen

Este artículo analiza los cambios en el perfil de uso de las camas hospitalarias psiquiátricas en el sistema de salud pública en la ciudad de São Paulo en el período 2000-2010. A través de esta investigación hemos tratado de poner de relieve el proceso previsto de reorientación de la atención de salud mental en curso en Brasil. Se trata de un estudio exploratorio de carácter cuantitativo. Los datos de este estudio se obtuvieron a partir de datos públicos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud (SIH-SUS).

L'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Québec en 2012 : comment viser plus d'équité et de résultats en santé mentale?

Jacques E. Girard, Québec

Introduction: Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a été créé par une loi au Québec en 2006. Il a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et des Québécois. En décembre dernier, le rapport du Commissaire sur l'appréciation de la performance, qui portait sur la santé mentale en 2012, a été déposé à l'Assemblée nationale du Québec, comme c'est le cas à chaque année depuis 2009. La périnatalité et petite enfance, les maladies chroniques et la première ligne de soins auront ainsi coloré les précédents rapports thématiques du CSBE.

Les objectifs de la communication : Nous allons considérer la santé mentale comme un secteur participant aux pressions générées par l'ensemble des maladies chroniques sur nos systèmes de santé. Compte tenu de la mission et de la vision du CSBE, la question à laquelle nous aimerions apporter quelques éléments de réponse est celle que pose l'ALASS de la manière suivante : *Quels systèmes d'information stratégiques faut-il mettre en place?* Nous allons y répondre en partageant notre analyse sur comment nous pouvons améliorer la performance du système de santé à partir de l'appréciation que nous en avons faite en santé mentale, avec comme toile de fond le développement d'une culture d'amélioration continue de résultats de santé et de bien-être que nous avons déjà ciblée face aux maladies chroniques en 2010.

Le contexte et la description du problème: Dans son rapport de 2010, l'Organisation mondiale de la Santé estimait que 450 millions de personnes étaient atteintes de troubles mentaux dans l'ensemble des pays du monde. Ce chiffre ne serait toutefois que la pointe de l'iceberg. En effet, la stigmatisation associée aux troubles mentaux ainsi que le manque de services adéquats contribueraient à sous-estimer la prévalence de ces troubles dans une majorité de pays. Le Québec s'est inscrit dans les grandes tendances qui auront jalonné une évolution des approches en santé mentale. Au cours des dernières décennies, le secteur de la santé mentale a connu d'importantes réformes afin de rendre les soins et services plus efficaces et plus humains, avec notamment la possibilité de traiter les personnes atteintes de troubles mentaux dans leur communauté et de consolider les services de première ligne, tant sur l'accès que sur la continuité, pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Le regard qu'aura porté le CSBE sur les travaux, qui se sont étalés sur deux ans, survient ainsi à un moment clé pour faire le bilan des avancées en santé mentale au Québec et proposer des pistes d'amélioration.

Théories, méthodes, modèles et matériels employés: L'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux en matière de santé mentale s'est faite à partir de rapports scientifiques, d'études, de documentation et d'analyses récentes. L'analyse d'indicateurs, qui s'appuie sur des enquêtes de diverses sources pour refléter les avancées et les points sensibles sur lesquels intervenir, est complétée par plusieurs consultations ciblées et un cadre d'analyse pour les inférences. Près de 250 personnes (cliniciens, experts, décideurs, gestionnaires, usagers de services en santé mentale et familles de personnes atteintes) ont été rencontrées, de même que les représentants de 39 associations, groupes et ordres professionnels. La parole citoyenne, notamment par l'intermédiaire du Forum de consultation du Commissaire, et les considérations éthiques ont été prépondérantes dans l'orientation des travaux du Commissaire et l'élaboration de ses recommandations.

Résultats et discussion : Un certain nombre d'acquis et de constats ont été soulignés. Le Commissaire a transmis 5 grandes recommandations au ministre et proposé 15 actions concrètes pour améliorer la performance du système de santé et de

services sociaux dans le secteur de la santé mentale, afin de consolider les acquis des dernières années et de mieux répondre aux besoins des personnes. Certaines lacunes justifient de revoir l'allocation des ressources pour une offre de services optimale. À cette fin, les données probantes sur les meilleures pratiques renforcent la valeur ajoutée de la psychothérapie dans une perspective d'équité, de même que l'importance de mener des actions intersectorielles et de bien mesurer l'effet de ces actions. Il est souligné le rôle-clé que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit jouer afin de transmettre un message clair quant à l'importance que notre société doit accorder à la promotion de la santé et à la prévention des troubles mentaux, à la lutte à la stigmatisation ainsi qu'au déploiement des services efficaces pour soutenir davantage le rétablissement des personnes atteintes.

Les apports de la communication par rapport aux pratiques . Un important défi est celui de rejoindre la participation de l'utilisateur. Les soins de collaboration pour les équipes en santé mentale représentent un autre enjeu majeur pour une plus grande continuité des soins. Mais l'importance d'insuffler une culture d'amélioration continue de la performance du système de santé demeure sans contredit la valeur ajoutée qui est recherchée.

A atenção clínica na produção do cuidado aos usuários de Crack: assistência á saúde e redes sociais de apoio.

Maria Salete Bessa Jorge, Leilson Lira de Lima, Paulo Henrique Dias Quinderé; Milena Lima de Paula et Randson Soares de Souza, Brasil

Contexto e descrição do problema: O uso abusivo do crack tem se configurado como grave problema social e de saúde. No entanto, os cuidados aos usuários ainda estão pautados em modelos tradicionais e punitivos que limitam o acesso aos serviços de saúde. Ademais, a precária formação dos profissionais dificulta intervenções eficazes relacionadas à dependência química. Médicos, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais de saúde ainda exercem assistência limitada apenas ao uso do crack, não avançando na contextualização dos aspectos psicossociais dos usuários.

Resumo

Objetivou-se compreender a produção do cuidado e modelo de clínica construído na atenção aos usuários de crack e identificar as redes de apoio social. Pesquisa qualitativa compreensiva fenomenológica realizada em Fortaleza-CE. Participaram 84 sujeitos. A análise foi orientada pela análise de narrativas. Destaca-se a desresponsabilização para com os usuários; familiares aprenderam a lidar com o usuário devido a ajuda da equipe e existem dificuldades de acesso dos usuários aos serviços de saúde, pois muitos profissionais têm medo de intervir junto aos usuários devido ao preconceito e estigma de violência.

Resumen

Este estudio tuvo como objetivos comprender la producción del cuidado y modelo de clínica conformado en la asistencia a los usuarios de crack e identificar las redes de apoyo social. Investigación cualitativa de comprensión fenomenológica realizada en Fortaleza-CE. Participaron 84 personas. El análisis se basó en el análisis de narrativas. Destaca por la desresponsabilización para los usuarios; la familia aprendió a vivir con usuario a causa de ayuda del equipo y existen dificultades de acceso de los usuarios a los servicios sanitarios, pues profesionales tienen miedo de comprometerse los usuarios a causa de prejuicios y estigmatización de violencia.

SESSION 9– Salle 5

Thème : L'émergence d'une nouvelle technique dans la prise en charge des maladies chroniques : un enjeu pour les patients, un enjeu pour la société

Session organisé par: Marine Aulois-Griot, Laboratoire de droit et Economie pharmaceutiques

La construction d'une archéologie de l'innovation de la radiologie interventionnelle.

Pascal Ragouet et Léo Mignot (doctorant), centre Émile Durkheim, UMR 5116, université de Bordeaux

L'analyse des stratégies de légitimation et de la valorisation de la radiologie interventionnelle.

Béatrice Jacques, MCU, Léo Mignot (doctorant), centre Émile Durkheim, UMR 5116, université de Bordeaux

La reconnaissance de la radiologie interventionnelle sur le plan juridique.

Marine Aulois-Griot, Inserm U 657, université de Bordeaux

L'évaluation des technologies de santé (HTA).

Philippe Gorry, MCU, Gretha UMR 5113, université de Bordeaux

Horaire : 16:00 - 17:30

SESSION 10 – Salle 1

Thème : Stratégies de prévention 1

Programa de promoción de la salud escolar: infancia activa y saludable en cinco territorios sociales colombianos.

Yúber Liliana Rodríguez Rojas, Yuri Marcela Aguirre Mazo, Cindy Nathalia Garcia Lugo, Jineth Carolina Gonzalez Bonilla, Mabel Guevara Tinoco et Katherin Johanna Rodríguez Rodríguez, Colombia

Resumen

En la actualidad, se identifica el sedentarismo y los hábitos de vida inadecuados en la población infantil como un problema de salud pública debido al incremento en la obesidad infantil en las últimas décadas; esta situación conlleva al aumento del riesgo de aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en edades tempranas. Por tanto el objetivo de este estudio fue diseñar un programa de promoción de la salud dirigido a la población infantil escolar de 5-10 años en tres territorios sociales de Colombia. Para ello, en primer lugar se desarrolló una revisión documental en cuatro bases de datos de artículos publicados entre el año 1990 y 2012. En segundo lugar se efectuó un diagnóstico bajo la metodología PRECEDE en los tres territorios sociales abordados. En tercer lugar se estructuró un programa de promoción bajo la metodología PROCEED, teniendo en cuenta los hallazgos reportados en la literatura y los resultados del diagnóstico, los cuales sugirieron que el programa debía orientarse a la población escolar, la cual vincula la participación activa de distintos actores y cuyo eje central es el cuidado y reconocimiento corporal.

Résumé

À l'heure actuelle, identifie l'inactivité physique et les habitudes de vie inadéquates chez les enfants comme un problème de santé publique en raison de l'augmentation de l'obésité infantile au cours des dernières décennies, cette situation conduit à un risque accru de maladies non transmissibles chroniques à un âge précoce. Par conséquent, l'objectif de cette étude était de concevoir un programme de promotion de la santé destinés aux enfants âges 5-10 scolaires des trois territoires sociaux en Colombie. Pour ce faire, nous avons d'abord développé une revue de la littérature dans quatre bases de données d'articles publiés entre 1990 et 2012. Deuxième diagnostic a été fait en utilisant la méthodologie dans les trois territoires PRECEDE sociale abordée. Troisièmement, un programme de développement structuré selon la méthode PROCEED, en tenant compte des résultats rapportés dans la littérature et les résultats du diagnostic, ce qui suggère que le programme devrait viser les écoliers, qui relie la participation active des différents acteurs et dont l'axe central est la prise en charge et la reconnaissance de corps.

Implementación de un programa de promoción, prevención, tratamiento y control de enfermedades crónicas “Los amigos del Hospital Pablo VI”.

Bernardo Castiblanco Torres et Cristian Cortes, Colombia

Desde el año 2012 el Hospital Pablo VI Bosa Empresa Social del Estado de primer nivel de atención, viene desarrollando un modelo de atención en salud denominado “MAS PABLO VI” que orienta sus acciones al reconocimiento de las necesidades de las comunidades en los territorios desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, para así brindar una respuesta integral a los diferentes grupos poblacionales en términos de calidad y eficiencia de acuerdo a los estándares de una institución acreditada en salud. Dentro de sus acciones desarrolla programas orientados a necesidades específicas de acuerdo a la lectura de realidades realizada por las comunidades y al diagnóstico de la localidad realizado también por la institución. Uno de ellos denominado “los amigos del Hospital Pablo VI” pretende generar respuestas articuladas de los equipos para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de las personas con enfermedades crónicas que viven en la localidad, específicamente aquellas con hipertensión arterial.

OBJETIVO: Proporcionar herramientas a la población de Bosa por medio de actividades de promoción de la salud (espacios libres de humo, alimentación saludable y actividad física) y prevención de la enfermedad (adherencia al tratamiento) como estrategia para afectar los determinantes de su aparición y desarrollo.

METODOLOGIA: para el desarrollo de este programa se utilizó una metodología PRECEDE-PROCEED para el desarrollo de programas de prevención y promoción. En este sentido se realizó un proceso de lectura de realidades con las comunidades de los diferentes territorios, identificando los principales elementos a tener en cuenta para el desarrollo de una respuesta integral que favoreciera la promoción de hábitos saludables y la adherencia al tratamiento desde la perspectiva de la determinación social y utilizando estrategias de recolección de información cualitativa para la planeación y

mixtas (cuali – cuanti) para la evaluación. Se desarrollaron acciones en tres ejes para hábitos saludables: actividad física, espacios libres de humo y alimentación saludable además de las acciones de fortalecimiento de la adherencia a través de seguimiento en consulta y asesoría farmacéutica por un químico farmacéutico.

PARTICIPANTES: personas de la localidad de Bosa (identificadas en los territorios saludables donde se desarrolla el programa) y canalizadas de forma efectiva a las acciones desarrolladas (4235 participantes en el proceso de taller)

RESULTADOS: las acciones promocionales centradas en la actividad física, espacios libres de humo y alimentación saludable representan una herramienta útil para la mejora de las condiciones de calidad de vida y salud del paciente con condición crónica, no solamente por el beneficio que suponen para el organismo sino porque son un escenario de acercamiento diferente al proceso salud enfermedad de la comunidad. El generar nuevos espacios de relación entre la institución prestadora de servicios de salud y la población beneficiaria no solo mejora la respuesta de los sujetos sino que permite el desarrollo de estrategias adicionales de multiplicación de la información que favorecen la adherencia al tratamiento como las propias de la educación comunitaria. La evaluación de adherencia a los procesos para el año 2012 fue del 89%

DISCUSION: se ha identificado que los protocolos de respuesta tradicional a las enfermedades crónicas no son lo suficientemente efectivos para responder ante las problemáticas que ocasionan estas enfermedades, incluso aquellos desarrollados desde la perspectiva de la promoción de la salud, como el que se presenta en esta investigación y que no permiten generar cambios radicales en las condiciones de salud de estas poblaciones. Condiciones estructurales como la pobreza, el acceso a ciertos tipos de alimentación o las mismas barreras que presenta el sistema de salud impiden que puedan generarse cambios de fondo que afecten la prevalencia de estas enfermedades en la localidad. Este ejercicio presenta un reto importante a la forma en que se aborda la relación entre servicios de salud y los usuarios de los territorios.

Programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil.

Yúber Lilibian Rodríguez Rojas, Laura Elizabeth Castro Jiménez, Yury Marcela Aguirre Mazo, Cindy Nathalia García Lugo, Jineth Carolina González Bonilla, Mabel Guevara Tinoco, Colombia

Resumen

La obesidad infantil se ha disparado en las últimas décadas, por cuanto se convirtió en una problemática de salud pública en el ámbito mundial. Dada la diversidad de factores que se atribuyen a la obesidad infantil, se requiere identificar diferentes estrategias específicas que den respuesta a esta problemática; por ello, se planteó esta revisión sistemática cuyo objetivo es analizar los programas de promoción y prevención para el abordaje de la obesidad infantil. Se revisaron estudios desarrollados en diferentes países entre 2007 a 2013, en cinco bases de datos, encontrando 1030 artículos, de los cuales 48 cumplieron con todos los criterios de inclusión. En estos se identificaron cuatro tendencias: diagnóstico (6 artículos); intervención (39 artículos); costo-efectividad de los programas (1 artículo); y políticas públicas (2 artículos). Se concluyó que si bien existen diferentes estrategias orientadas a la reducción de la obesidad infantil, aún no se ha logrado diseñar un programa generalizable puesto que guardan una estrecha relación con los patrones culturales de cada región.

Résumé

L'obésité infantile a augmenté en flèche au cours des dernières décennies, comme cela est devenu un problème de santé publique dans le monde entier. Compte tenu de la diversité des facteurs qui sont attribués à l'obésité infantile exige l'identification des stratégies spécifiques qui répondent à ce problème, donc, est soulevé cette revue systématique visant à analyser les programmes de promotion et de prévention pour lutter contre l'obésité enfant. Nous avons examiné les études menées dans différents pays entre 2007-2013, cinq bases de données et avons trouvé 1030 articles, dont 48 répondaient à tous les critères d'inclusion. Dans ces quatre tendances ont été identifiés: le diagnostic (6 ouvrages), intervention (39 articles), le coût-efficacité des programmes (1 article) et les politiques publiques (2 articles). Il a été conclu que bien qu'il existe différentes stratégies pour réduire l'obésité infantile, n'a pas encore réussi à concevoir un généralisable programme aussi étroitement lié à des formes culturelles de chaque région.

Caracterización del programa de detección temprana de factores de riesgo cardiovascular del adulto mayor en la red pública de atención en Bucaramanga, Colombia.

Naydú Acosta Ramírez, Myriam Ruiz Rodríguez et Flor de María Cáceres Manrique, Colombia

Contexto y problema. Colombia enfrenta una transición demográfica y epidemiológica con aumento de la esperanza de vida e incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales las enfermedades cardiovasculares ocupan las primeras causas de morbilidad en población adulta, con alta carga para el sistema de salud en costos de atención y en años de vida saludables perdidos; por lo cual, el gobierno mediante la Resolución 412 del 2000 ha establecido guías de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En Bucaramanga, ciudad del nororiente colombiano, las enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, corresponden a las dos primeras causas de

morbilidad atendida en mayores de 45 años, según el análisis de la situación de salud 2012. A su vez, entre los 45 a 64 años, la enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular y diabetes mellitus se ubican entre las diez primeras causas de mortalidad. Acogiendo la normatividad nacional y para enfrentar esas problemáticas, la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga (ESE ISABU) tiene como una de las prioridades la promoción de la salud cardiovascular y la detección temprana de riesgos, y desde el 2008 estructuró el programa "Detección de Alteraciones en Mayores de 45 años" que cuenta con procedimientos estandarizados de intervenciones y un formato específico de historia clínica; pero hasta el momento no cuenta con evaluación de su gestión que permita a los tomadores de decisiones identificar áreas de mejoramiento.

Objetivo: analizar el programa de detección temprana de factores de riesgo cardiovascular del adulto mayor en la red pública de atención de Bucaramanga en términos del cumplimiento de protocolos de atención con énfasis en intervenciones médicas y factores de la gestión que han favorecido o limitado su desempeño.

Metodología. Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Se incluyeron 23 de las 28 unidades de atención, que corresponden a centros ambulatorios de primer nivel de atención de la ESE ISABU que prestan servicios a la población pobre sin capacidad de pago de la ciudad. Mediante una lista de chequeo se revisaron los registros de historias clínicas del programa con el fin de identificar el cumplimiento del protocolo. Para identificar los factores de gestión del programa se encuestaron a usuarios y médicos y se entrevistaron a coordinadores del programa. Se calculó una muestra de 605 historias clínicas, 404 usuarios y 59 médicos asumiendo una probabilidad del 50% de cumplimiento del protocolo con una confiabilidad del 95% y un poder del 80%. El muestreo fue probabilístico y bietápico. El estudio se realiza desde el año 2012 y fue aprobado por los Comités de Ética de las instituciones participantes.

Resultados y discusión. El porcentaje de cumplimiento del protocolo por parte de los médicos fue del 27%, con rangos diferenciales por centro entre 7% y 59%. En 62% de las historias revisadas se encontró la solicitud de todos los exámenes de laboratorio del programa, y en el 57% el reporte de esos resultados. Los usuarios del programa con algún factor de riesgo (glicemia elevada, cifras altas de presión arterial, hábitos no saludables) recibieron consejería en un 39.7%, con rangos entre 4% y 95%. Este resultado se destaca en virtud de que el propósito fundamental del programa es que el médico ofrezca consejería/educación al usuario según los factores de riesgo identificados. Otro resultado relevante fue que sólo 7% de usuarios con glicemia elevada o hipertensión arterial, fueron remitidos para seguimiento en el programa de Riesgo Cardiovascular. De otro lado, el 33% de los usuarios desconocían que habían sido atendidos por el programa. El sistema de pago y el incentivo que tienen estas instituciones para facturar servicios a las aseguradoras en un sistema de salud, puede estar explicando este resultado. En cuanto a factores asociados al desempeño del programa, la limitada búsqueda activa de usuarios y de demanda inducida son indicativos de una inadecuada gestión, al igual que la escasa capacitación de los médicos (31%) y la baja valoración de la satisfacción de estos profesionales con el programa. Se deduce de esos resultados que el programa tiene un pobre desempeño frente a su propósito fundamental de detección temprana de factores de riesgo y promoción de la salud. Hay baja adherencia del médico al protocolo y las acciones de consejería al usuario no alcanzan la cobertura esperada. La mayoría de los factores críticos de la gestión están relacionados con la estructura del sistema de salud colombiano orientado al mercado de servicios en donde las acciones de demanda inducida y búsqueda activa de pacientes están por fuera del Plan Obligatorio de Salud y no son reconocidas económicamente. Este aspecto afecta ostensiblemente la promoción de la salud y la educación a los adultos con factores de riesgo, a la vez que limita la atención y tratamiento oportuno y, por ende, que se eviten las discapacidades y pérdidas de años de vida saludable.

SESSION 12 – Salle 3

Thème : Formations des professionnels et modifications des pratiques 1

Mesure d'impact d'un programme associatif pour amplifier la publication scientifique en Algérie.

Georges Borgès Da Silva, Abdelkrim Soulimane, Djamel Zoughailech, Rachid Benali. France et Algérie

Résumé

Contexte : En 2005, nous avons constaté une différence en nombre de publications des chercheurs algériens par rapport à celui des autres pays du Maghreb. Sur cinq ans, de 2001 à 2005, l'Algérie a publié 257 articles indexés sur Medline, le Maroc 1481 et la Tunisie 1921.

De 2005 à 2010, l'Association pour l'analyse des systèmes de santé (www.anasys.org) et la Société algérienne de santé publique, avec le soutien de la Société française de santé publique, ont mené une action de formation à long terme pour faciliter la publication scientifique des praticiens hospitaliers et des enseignants-chercheurs algériens. De 2005 à 2010 nous avons réalisé chaque année trois ou quatre ateliers concomitants dans les universités d'Annaba (2005 et 2010), Sidi Bel Abbès (2006 et 2007), Oran (2008), Constantine (2009). Les thèmes des ateliers étaient :

- la recherche bibliographique et la rédaction d'articles scientifiques ;
- le traitement des données avec les logiciels Epi-info® et SPSS® ;

- La régression logistique en alternance, d'une université à l'autre, avec l'analyse des données de survie.

Objectif : l'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de cette action.

Méthodes : nous avons relevé pour chaque année, de 1977 à 2012, le nombre d'articles indexés sur la base bibliographique Medline, par les auteurs ayant leur affiliation en Algérie.

Résultats : nous constatons qu'après une période de stagnation jusqu'en 1999, l'évolution du nombre d'articles indexés sur Medline suit une courbe de faible croissance qui s'amplifie très nettement à partir de 2006. Ainsi le nombre d'articles indexés était de 72 en 2005 et de 264 en 2012.

Discussion : sans établir un lien causal exclusif entre notre action et le résultat constaté, car d'autres facteurs ont pu intervenir, nous pouvons envisager que celle-ci a accompagné la progression de la publication médicale scientifique en Algérie.

Riassunto

Contesto: Nel 2005, abbiamo trovato una differenza nel numero di pubblicazioni di ricerca algerino rispetto ad altri paesi del Maghreb. Nell'arco di cinque anni, dal 2001 al 2005, l'Algeria ha pubblicato 257 articoli indicizzati in Medline, il Marocco 1481 e la Tunisia 1921.

Dal 2005 al 2010, l'*Association pour l'analyse des systèmes de santé* (www.anasys.org) e la *Société algérienne de santé publique*, con il sostegno della *Société française de santé publique*, hanno condotto un programma di formazione. Lo scopo era quello di aiutare i medici ospedalieri e docenti-ricercatori algerini a pubblicare articoli scientifici. Dal 2005 al 2010 abbiamo condotto ogni anno tre o quattro seminari simultanei nella università di Annaba (2005 e 2010), Sidi Bel Abbas (2006 e 2007), Oran (2008), Constantine (2009). I temi del workshop sono stati:

- Ricerca della letteratura
- Redazione di articoli scientifici;
- Analisi dei dati con il software Epi-info® e SPSS®;
- Regressione logistica alternativamente da un'università all'altra, con l'analisi dei dati di sopravvivenza.

Obiettivo: L'obiettivo di questo studio era di valutare l'impatto di questo programma.

Metodi: Sono stati identificati per ogni anno 1977-2012, il numero di articoli indicizzati nel database bibliografico Medline dagli autori con il loro indirizzo in Algeria.

Risultati: Troviamo che, dopo un periodo di stasi fino al 1999, cambiando il numero di articoli indicizzati in Medline segue un modello di bassa crescita che amplifica notevolmente a partire dal 2006. Il numero di articoli indicizzati era di 72 nel 2005 e 264 nel 2012.

Discussione: Si può considerare che il nostro programma ha facilitato la crescita del numero di articoli scientifici pubblicati da autori algerini.

Formación on-line en lectura crítica para enfermería: Adaptación y evaluación de un programa.

José Asua Batarrita, Eva Reviriego, María Angeles Cidoncha, José Asua³, Marie Pierre Gagnon, Elena de Lorenzo, Lucía Gárate, Rosa Gonzalez Llinares et Mainer Mateos, España, Québec

La investigación es una actividad fundamental para contribuir a la mejora de la calidad y la eficiencia de la atención sanitaria.

La formación en métodos de investigación es necesaria, no sólo para la realización de estudios de investigación, sino también para poder evaluar críticamente la literatura científica y trasladar adecuadamente sus resultados a la práctica clínica diaria.

Dada la escasa tradición investigadora de la profesión y la carencia de formación adecuada en este ámbito, se consideró prioritario desarrollar un programa de formación online con el fin de resaltar y fortalecer la relación entre investigación y práctica clínica. En la Universidad Laval de Quebec, se ha desarrollado y evaluado un curso online de lectura crítica dirigido a estudiantes y profesionales de la enfermería. Gracias a una colaboración internacional, este curso fue adaptado para su aplicación en el País Vasco y en Colombia.

Objetivos: Formar a los/as profesionales de enfermería del servicio vasco de salud -Osakidetza en lectura crítica con el fin de fortalecer la utilización de la investigación en la práctica clínica.

Metodología: Estudio prospectivo pre-post. Se realizó la traducción y adaptación del programa de lectura crítica InfoCritique. Se seleccionó una muestra de 50 profesionales de enfermería con conocimientos básicos en investigación y 3 docentes para el seguimiento y tutoría online de los/as alumnos/as, estableciendo las estrategias didácticas e instrumentos de evaluación de este curso formativo. Como estrategia didáctica se creó un blog que contenía datos de contacto con el

equipo docente y coordinador, guía didáctica del curso y videos de presentación del curso. Los instrumentos de evaluación fueron dos cuestionarios auto-cumplimentados que se administraron antes y después del curso, para analizar tres aspectos fundamentales: los conocimientos adquiridos, la capacidad de autoaprendizaje y la satisfacción.

Resultados y discusión: De los/as 50 profesionales seleccionados, 3 no completaron el curso por diversas razones (personales, laborales). De los/as 47 profesionales que completaron el curso, aprobaron el 100%.

En relación al cuestionario de conocimientos; por lo general los/as participantes mejoraron sus puntuaciones globales tras el curso. Además, mediante contrastes de hipótesis, se comprobó que existen diferencias estadísticamente significativas entre las notas obtenidas antes y después del curso.

En relación a la escala de predisposición para el autoaprendizaje; el patrón de respuesta para el cuestionario posterior al curso fue muy similar al observado por el cuestionario previo, y se apreció que en la mayoría de las cuestiones aumenta ligeramente el porcentaje de personas que elige la opción “totalmente de acuerdo” disminuyendo, en consecuencia, las opciones inferiores. Es decir, parece que tras el curso los/as participantes se sienten más capacitados o predispuestos para el autoaprendizaje.

En relación a la escala de satisfacción con el curso, la nota media que le otorgaron fue de 7 sobre 10 puntos.

A modo de discusión, se puede añadir que es necesario realizar estrategias que se mantengan en el tiempo para facilitar que los conocimientos adquiridos no disminuyan y puedan ser utilizados en la práctica diaria.

Los comentarios de los/as estudiantes hacen patente la necesidad de incrementar el contenido teórico de los módulos, la creación de un foro y proporcionar más ejemplos de estudios de alta calidad.

El impacto que este proyecto puede tener para el sistema de salud y los profesionales se debe a las siguientes razones: proporcionar herramientas para la metodología de la investigación; promover la cultura de investigación en los/as profesionales de enfermería; promover el pensamiento crítico para la toma de decisiones basada en evidencia científica.

O trabalho de preceptoria em residências multiprofissionais em saúde no Brasil.

Ananyr Porto Fajardo et Ricardo Burg Ceccim, Brasil

Objetivos: identificar em que medida o trabalho em saúde em um contexto de formação inclui ações e reflexões voltadas ao exercício da docência aliado ao cuidado em saúde. Especificamente, buscar aspectos que incentivam ou afastam os profissionais do interesse em atuar como preceptores; a forma como interagem nas equipes de atenção e na relação com residentes; indicativos da relação entre trabalho real e prescrito no contexto das residências multiprofissionais em saúde.

Contexto e descrição do problema: O trabalho em saúde tradicionalmente privilegia o diagnóstico de doenças, realiza intervenções que devolvam ao paciente um estado de saúde pré-determinado e faz prescrições para que não sofra novos adoecimentos. Atualmente outros atos educativos, questionadores e investigativos são demandados em um contexto de formação de profissionais para o sistema público de saúde brasileiro (SUS), as Residências Multiprofissionais em Saúde. Egressos de cursos universitários da saúde, os preceptores de residências multiprofissionais em saúde passam a exercer funções na docência e pesquisa em serviço sem se sentirem preparados para tal e passam por sofrimento para atuarem, sendo que alguns resistem à convocação, enquanto muitos são conquistados pela proposta.

Teorias, métodos, modelos e materiais: Investigação qualitativa, transversal, exploratória, de tipo descritivo. Participaram 32 preceptores/as que atuavam nas 9 profissões e 4 áreas de ênfase integrantes de um programa de residência multiprofissional em 2010. Responderam a questionários individuais e participaram de grupos focais, sendo os dados examinados segundo análise temática.

Foi identificado o perfil sociodemográfico dos participantes, sua formação em graduação e pós-graduação, o contato com conteúdos dedicados à docência durante a graduação, a experiência profissional em docência, o tempo de exercício profissional e o tempo de vínculo com a instituição. Outro elemento valorizado foi o fato de os preceptores terem sido residentes ou não. Além disso, houve a identificação da sua motivação para o exercício da preceptoria, bem como os critérios e o grau de preparação percebida para tal, seguidos pela influência da formação de origem para o ensino em serviço. A caracterização da relação com os residentes e com colegas que não são preceptores, da jornada diária e da carga de trabalho decorrente, as limitações identificadas para o exercício da função, bem como os recursos buscados para sua superação, também foram evidenciados.

Resultados e discussão: O trabalho real da preceptoria resulta em sobrecarga de tarefas, ultrapassando fronteiras entre disciplinas, sendo diferente do trabalho prescrito, que é embasado em limites profissionais. O exercício desta função possui valores sem dimensão, sendo impossível mensurá-los por critérios vigentes de tempo e espaço. A docência constitui desestabilização da assistência e interrogante do trabalho, pois os preceptores (se) pensam como protagonistas, o que pode levar a algum grau de sofrimento no trabalho. A confrontação da carga horária contratual com as tarefas desenvolvidas pelos participantes ao longo da jornada de trabalho permitiu identificar dimensões de tempo “no” trabalho - não mensurável, com inserção de tarefas em outros tempos da vida, simultaneidade de tarefas e proatividade - e “de” trabalho - espacializado, quantificado, registrado em horas e minutos mediante dispositivos eletrônicos ou mecânicos. É exigida disponibilidade o tempo todo, atitude de autonomia frente às decisões necessárias e permanente tensão para escolher entre pensar ou fazer, atender ou ensinar.

Contribuições às práticas atuais: É importante reconhecer que o trabalho de formação em serviço no campo da saúde constitui uma (re)criação do trabalho, pois existe diferença entre trabalho prescrito e real, sendo que este supera a formalização própria de cada profissão. É possível evidenciar porosidades nas interfaces entre ensino/atendimento/pesquisa que permitem romper limites prescritos e substituir o caráter de exclusão de um ou outro elemento pelo acréscimo de um “E” a esta composição, criando outras possibilidades de viver e trabalhar. O exercício de múltiplas funções pode significar a conquista de mais sentido ao trabalho, mas resulta em algum grau de sofrimento laboral. Ficou evidente que os preceptores se constituem como trabalhadores do real, inventivos, não limitados à prescrição, podendo ressignificar o encontro entre potência e criação.

O trabalho do cirurgião dentista na atenção primária de saúde: entre o prescrito e o real.

Wagner Gomes Reis et Magda Duarte dos Anjos Scherer, Brasil

O objetivo geral desse trabalho é analisar o trabalho do Cirurgião Dentista na Estratégia Saúde da Família – ESF do Distrito Federal - Brasil. Busca contextualizar a saúde bucal no território estudado, identificar a prescrição da atividade profissional do Cirurgião Dentista para atuar na ESF, caracterizar as atividades realizadas pelos profissionais e identificar as renormalizações produzidas por eles no cotidiano de trabalho.

A Saúde Pública brasileira vêm experimentando sucessivos ensaios de estruturação e ajustes, desde a implantação do Sistema Único de Saúde em 1988, e o quadro da Saúde Bucal também apresenta os seus desafios de reorientação do modelo de atenção da odontologia, onde historicamente a prática de Saúde Bucal desenvolveu-se quase que exclusivamente no âmbito do ‘núcleo do saber’, praticamente entre quatro paredes, ou seja, isolada do restante das ciências da saúde humana, restringindo a prática profissional ao trabalho junto ao equipamento odontológico. Este modelo tem dificultado a integração do cirurgião dentista à equipe de saúde.

Um levantamento bibliográfico sobre a relação entre as prescrições e as atividades efetivadas pelo Cirurgião Dentista constatou que há uma lacuna de produções científicas na temática, sendo um elemento que justificou a realização deste estudo. Considera-se que a atividade profissional comporta e exige a presença de normas, que devem ser identificadas e analisadas para se compreender um trabalho, mas, por outro lado, também é fundamental “visualizar” a dinâmica das renormalizações e da singularidade da prática do trabalho profissional, nem sempre evidentes.

O trabalho prescrito é aquele determinado para ser executado pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar. Sua prescrição pode ser verbal ou escrita, ou pode, ainda, ser apenas implícita. Por sua vez, trabalho real é aquele executado realmente. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade. Conclui-se então que no processo de trabalho, a *tarefa* compreende a prescrição, o comando, e o que a organização oferece para a execução desse trabalho. A *atividade* é a ação, a maneira como o trabalhador executa a tarefa que lhe é determinada.

As características intrínsecas de cada ser humano como biologia, inteligência, afetividade, psiquismo e história de vida interferem para que a atividade do trabalho seja única, ou seja, nunca restrita a prescrição, mas sempre associada aos aspectos da atividade humana. Assim a atividade vai além do que se faz, ela também é o que não se faz o que não pode ser feito e o que se tenta fazer sem conseguir (os fracassos), o que poderia ter sido feito, os desejos e os sonhos de se fazer em outra ocasião.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa e triangulação de dados, utilizando-se do referencial teórico da ergologia e da Política Nacional da Atenção Básica. Os dados foram coletados através de observação, análise documental e entrevistas com seis cirurgiões dentistas de três Unidades de Saúde, no período de janeiro de 2012 a fevereiro de 2013. Os dados foram sistematizados e analisados com a técnica de análise temática de conteúdo.

Os resultados evidenciam que o cirurgião dentista necessita renormalizar a sua atividade de trabalho a todo instante, não somente em decorrência das situações peculiares da atenção ao usuário, mas também em função do modelo de organização e gestão do serviço, que o conduz a redirecionar sua rotina, realizando tarefas não previstas para a sua área de atuação. O estudo permitiu visualizar que, contrariando as prescrições da Política Nacional de Saúde Bucal, o paradigma curativo, focado na doença, ainda predomina como guia da ação do cirurgião dentista e que na maior parte do tempo o profissional desenvolve atividades dissociadas do conjunto da equipe de saúde da família.

A compreensão das renormalizações produzidas pelo Cirurgião Dentista em sua atividade é fundamental para que mecanismos de adequação e melhoras do processo de trabalho e gestão possam ser produzidos, aceitando que isso é um processo dinâmico e constante.

Gestão do cuidado de enfermeiras em Hospital com administração pública indirecta.

Silvone Santa Bárbara et Mariana Costa da Silva, Brasil

Introdução: O objetivo deste trabalho é analisar como ocorre a gestão do cuidado de enfermeiras em um hospital público de administração indireta no interior da Bahia no Brasil durante o ano de 2012, identificando os determinantes contextuais na gestão do cuidado e descrevendo os limites e possibilidades da gestão do cuidado nessa instituição.

RESUMO

Este estudo analisou como ocorre a gestão do cuidado de enfermeiras em um hospital de administração pública indireta, identificando determinantes contextuais na gestão do cuidado, descrevendo seus limites e possibilidades. Configura-se um estudo de caso qualitativo; a coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturada com análise temática. O conceito de gestão do cuidado ainda não é amplamente discutido, e a percepção das enfermeiras sobre ele ainda é incipiente e apesar de serem gestoras do cuidado não se reconhecem como tal.

RESUMEN

Este estudio analiza el proceso de gestión del cuidado de enfermeras en un hospital de administración pública indirecta. Identifica determinantes contextuales en la gestión del cuidado, describiendo sus límites y posibilidades. Se realizó un estudio de caso cualitativo cuyos datos procedieron de entrevistas estandarizadas no programadas con análisis temático. El concepto de gestión del cuidado todavía no es ampliamente discutido y la percepción de las enfermeras sobre el tema todavía es incipiente y aunque sean gestoras del cuidado no se reconocen como tales.

Desafíos de la atención al enfermo crónico en el hogar en el contexto del trabajo multidisciplinario.

Adriana Urbina Aguilar y Juana Castro Ramírez, México

Introducción: Los eventos crónicos y el envejecimiento dan lugar a necesidades sociales y de salud de los ancianos como población vulnerable. El trabajo multidisciplinario en el contexto de un Programa de atención domiciliaria presenta desafíos al constituirse en un espacio en el que convergen saberes, visiones, valores, formas de pensar, lógicas y jerarquías socioprofesionales, así como intereses, lenguajes y relaciones de poder, que se intercambian y entrecruzan, generando prácticas específicas entre los actores del sistema de cuidado institucional y el sistema de cuidado familiar. Dicho así, los procesos de movilización de saberes en las prácticas de atención adquieren especificidad cuando se interactúa bajo lógicas disciplinares y organizacionales de prácticas de atención a la salud desde una participación multidisciplinaria y en ámbito domiciliario.

Objetivo: Describir los desafíos que se generan en el contexto del trabajo multidisciplinario en la atención domiciliaria a la salud ante la movilización de saberes de los actores que participan.

Metodología: A través de un estudio cualitativo bajo una metodología evaluativa participativa, se realizaron 6 grupos focales con los integrantes del equipo multidisciplinario responsable de la atención domiciliaria a la salud en una institución de seguridad social en San Luis Potosí, México. El proceso de reflexión se estructuró en cuatro momentos: a) Encuadre y elaboración de cuadro de colaboración, b) Reflexión sobre la participación individual y grupal, c) Guías de aprendizaje situado como base para la reflexividad grupal y d) Apuntes para el cambio. El análisis de datos fue basado en procedimientos de análisis cualitativo temático. Durante todo el proceso se respetaron las consideraciones éticas para favorecer la confidencialidad y seguridad de los participantes.

Resultados: La puesta en común de saberes multidisciplinarios pasan por diversas mediaciones instituyentes de las prácticas de atención en el domicilio de enfermos con eventos crónicos: Las interacciones y lógicas disciplinares de quien participa en el equipo, las relaciones de poder en los procesos de toma de decisiones desde donde se definen: acuerdos, desacuerdos, mecanismos de negociación, conflictos y alternativas; la cultura y clima organizacional que posibilita o no el diálogo interdisciplinario y, problemáticas específicas de los enfermos en sus domicilios.

Conclusión. La movilización de saberes tiende a darse como un ejercicio de co-construcción de discernimientos, el cual toma formas diferentes en función del grado de colaboración existente entre los miembros del grupo multidisciplinario. Estas nuevas formas de colaborar, en efecto, enfrentan retos importantes, más allá de posiciones jerárquicas, de cultura, de lenguajes, objetivos, responsabilidades, y métodos de trabajo, es el empoderamiento y sentido que se le otorgue a las prácticas necesarias para atender a la problemática de los enfermos crónicos y los cuidadores familiares lo que dará lugar a la innovación en las formas de inserción y cambio en los procesos de actuación en el ámbito del cuidado en el domicilio.

SESSION 13 – Salle 4

Thème : Conditions accès aux soins 1

Medicalização social na Clínica cotidiana da atenção primária em saúde.

Maria Salete Bessa Jorge, Antonio Germane Alves Pinto, Leilson Lira de Lima, Anne Larissa Lima Guimarães; Emilia Cristina Carvalho Rocha; Maria Salete Bessa Jorge, Brasil

É visto que o processo de medicalização social está relacionado com a transformação cultural da sociedade e também com um declínio da capacidade de enfrentamento autônomo desta para com a maior parte dos adoecimentos, sofrimentos e

agravos cotidianos. Objetiva-se analisar a prática clínica no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) com ênfase na medicalização social e produção do cuidado inerente ao território, a vida e as intersubjetividades. Trata-se de um estudo qualitativo com vertente reflexiva no Município de Fortaleza-CE. Foi realizada em duas equipes de saúde da família nos distritos sanitários das Secretarias Executivas Regionais (SER) IV e V. Os participantes foram 35 trabalhadores de saúde, 18 usuários e 06 familiares atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS). As técnicas de coleta de dados utilizadas foram grupo focal, entrevista semi-estruturada e observação sistemática. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob no. 10724452-7. A análise dos dados pautou-se nos pressupostos da hermenêutica crítica. Os resultados apresentam uma análise sobre a prática clínica que desvela os modos de reconhecimento do sujeito-usuário ou sujeito-paciente a partir das relações que se mantém no cotidiano da produção do cuidado contextualizado no território da Estratégia Saúde da Família. O cotidiano da ESF é múltiplo em demandas assistenciais e diversificado nas necessidades sociais. O vácuo da relação terapêutica pela prática clínica operada se dá na insuficiente vinculação social e afetiva. Ao desencadear processos objetivantes no processo terapêutico pela medicalização excessiva e ao repassar de modo burocrático o usuário para atendimento especializado, a clínica diminui a amplitude resolutiva e integralizante do cuidado. A disposição das ações, a resposta alcançada em cada atividade, a dominância de saberes ou interlocução de experiências mostram-se definidos nessa (des)subjetivação presente na rede de Atenção Primária em Saúde (APS). Na contemporaneidade, os problemas sociais eclodem a cada instante e as estratégias para o enfrentamento resolutivo e eficaz são cada vez mais escassas e difíceis de serem aplicadas. Evidencia-se no cotidiano a necessidade de abordagens múltiplas e diversas para minimizar a inércia ou limitação dos serviços de saúde perante aos conflitos individuais e coletivos que deságuam na coletividade sob a forma de construtos excluídos do bom convívio social, tais como marginalidade, violência, estresse, sofrimento psíquico, entre outros. Entre dilemas da saúde pública brasileira, contrasta-se com as críticas à excessiva medicalização social nos ambientes em que tal perspectiva é requerida, a falta de atenção médica imediata e resolutiva no cotidiano do SUS, como é o caso dos hospitais especializados de urgência e emergência. Considera-se que a ESF poderá ser concebida como porta de entrada do SUS desde que apresente condições para receber a população que necessita de atendimento primário. De outro modo, a própria população refaz os seus caminhos para ser atendida tornando o sistema de cuidados no SUS uma trama de tensões e arranjos tangenciais para alocação de vantagens pessoais no atendimento em saúde que fragmentam o cuidado em saúde.

Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal entre adultos brasileiros e fatores associados.

Sônia Cristina Chaves et Felipe Fagundes Soares, Brasil

Este estudo visou investigar os fatores associados à desigualdade na utilização dos serviços de saúde bucal da atenção primária à saúde no Brasil denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF) tendo como referência a realização de extrações dentais, que levam a maior perda dental entre adultos brasileiros. Foram coletados dados em inquérito domiciliar de 2539 indivíduos acima de 15 anos em duas cidades com 100% de cobertura da atenção primária à saúde na Bahia, Brasil. A variável desfecho foi a realização de exodontia dental e as variáveis independentes foram idade e escolaridade, renda, etnia, beneficiário de programa social. O modelo de regressão logístico multivariado *backward* foi feito para descrever o efeito sob as exposições independentemente, IC95%. O banco de dados foi construído no programa Epidata 3.1 e analisado no pacote estatístico Stata 10.0. Os resultados do estudo apontaram que receber benefício social, ter mais de 35 anos e menor nível de escolaridade foram fatores associados à extração dental na atenção básica nos municípios avaliados. Para a diminuição na desigualdade de acesso e utilização dos serviços, e modificar o perfil de perda dental, as melhorias estruturais como aumento da escolaridade são fundamentais.

Equidade na prevenção do câncer do colo do útero: uma contribuição da Estratégia de Saúde da Família.

Maria Lúcia Salim Miranda Machado, Alfredo Chaoubah, Carmen Justina Gamarra, Gulnar Azevedo e Silva, Kristiane de Castro Dias Duque et Maria Teresa Bustamante Teixeira, Brasil

OBJETIVO: O presente estudo tem como objetivo avaliar a cobertura do teste de Papanicolaou e os fatores associados a sua realização, em mulheres da área de abrangência de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) em Juiz de Fora/MG. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo transversal de setembro de 2010 a março de 2012. Todas as mulheres, na faixa etária de 20 a 59 anos, foram recrutadas nos seus domicílios pelos agentes comunitários de saúde. Através de questionário estruturado, foram coletados dados de todas as 1301 mulheres que compareceram a UAPS após o recrutamento. As razões de prevalência (RP) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%), entre características selecionadas e realização do exame preventivo ginecológico foram calculadas por meio da regressão de Poisson. **RESULTADOS:** O estudo mostra uma cobertura pelo exame de Papanicolaou de 78%, a maioria realizado em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (76%). Verificou-se que não houve diferenças na realização do exame de Papanicolaou em relação à maioria das variáveis estudadas. Somente as variáveis ter realizado exame clínico das mamas e mamografia mostraram-se associadas à realização do exame preventivo para câncer do colo do útero, segundo o recomendado. **CONCLUSÃO:** Os resultados deste estudo não evidenciaram diferença entre percentual de mulheres que realizaram o exame preventivo ginecológico em função de escolaridade e renda, o que pode sugerir equidade de acesso a este exame na população residente nesta área de abrangência. Tal fato pode ser atribuído à atuação desta UAPS que tem como modelo de assistência a saúde a Estratégia da Saúde Família (ESF) há cerca de 10 anos.

SESSION 14 – Salle 5

Thème : Quelques réflexions sur les méthodes et outils d'aide à la décision médico-économique

Session organisée par : Jean-Paul Auray, CYKLAD GROUP SAS, France

Les utilisateurs de QALYs : un vaste réseau international.
Michel Lamure, France

Du bon usage des RCEI pour décider
Gérard Duru, France

Comment mesurer avec des fonctions d'utilité ?
Jean-Paul Auray, France

Du QALY à la qualité en hospitalisation : comment financer ?
Paul Garassus, France

Maladies chroniques et nouveaux champs de l'aide à la décision médico économique : réflexions et perspectives.
Loïc Geffroy, France