



ALASS – Association Latine pour l’Analyse des Systèmes de Santé

Résumés Calass 2018

**AMPHITHÉÂTRE MALRAUX
(Site de la manufacture des tabacs)
6-7-8 Septembre 2018
Université Jean Moulin**

L’innovation et les Systèmes de Santé

Objectifs

L’ALASS, est une association scientifique et professionnelle ayant pour buts la promotion des échanges, le développement de la recherche et la formation des professionnels des pays de culture latine dans le domaine de l’analyse des systèmes de santé.

Les secteurs d’intérêt sont notamment :

- La planification, l’organisation et la gestion des services de santé
- L’analyse des facteurs qui influencent l’état de santé et qui orientent l’utilisation des services de santé
- Le développement des méthodes d’évaluation des pratiques professionnelles, des modèles d’analyse des systèmes de santé, des techniques et des actions de promotion de la santé
- L’analyse des politiques de santé publique et des stratégies sanitaires

L’activité de l’Association est centrée sur les spécificités propres aux pays de culture latine.

Membres

Les membres invités à adhérer à l’ALASS sont des chercheurs et des professionnels du secteur socio-sanitaire de culture latine ou qui se reconnaissent dans cette culture.

Langues du Congrès

Les langues officielles du Congrès sont les langues latines. Les présentations peuvent être en français, espagnol, italien, portugais, roumain ou catalan. Tout membre de l’ALASS doit pouvoir s’exprimer au moins dans une langue latine et si possible en comprendre une seconde. L’ALASS souhaite que chaque personne puisse s’exprimer dans sa langue tout en étant compris des autres.

Il n'est pas prévu de traduction simultanée.

Si la présentation orale est en portugais, espagnol, italien, roumain ou catalan, les textes qui l'accompagnent doivent impérativement être en français. Dans le cas où la présentation est en français, les diapositives devront être nécessairement en espagnol, italien, portugais, roumain ou catalan. Cette règle facilite la compréhension mutuelle de tous les participants.

Matériel technique

Les salles du Congrès seront équipées d'un vidéoprojecteur et ordinateur portable. Projecteur de transparents (acétate) à la demande. Des exigences particulières doivent être communiquées avant le 1^{er} juillet à : alass@alass.org.

Thème principal : L'innovation et les Systèmes de Santé

Le monde socio-économique tend à mettre en tension les systèmes de santé. L'innovation est la clé pour s'adapter constamment aux métamorphoses du monde. L'innovation peut prendre des formes variées : organisationnelle, matérielle, relationnelle pour faire face aux enjeux actuels et futurs. En choisissant ce thème pour l'édition 2018 de la conférence ALASS, nous souhaitons ouvrir le débat sur les défis nationaux et internationaux dans les processus d'innovation sous toutes ses formes et dans toutes les disciplines. Comment s'adapter aux innovations technologiques, à l'évolution des mentalités des populations accompagnées mais aussi à celles des professionnels de santé ? Quelles alternatives pour accroître la qualité et l'efficacité de nos systèmes de santé aux bénéfices de toutes les parties prenantes ?

Thèmes à développer : L'innovation dans tous ses états :

- 1) Organisationnelle, technologique, de service au patient/résident, soignante, éducative, innovation intra organisationnelle, inter institutionnelle, régionale, nationale, internationale, ...
- 2) Politiques de santé médico-sociales innovantes
- 3) Formes juridiques de l'innovation : partenariats, réseaux...
- 4) Appuis institutionnels et soutien à l'innovation
- 5) De l'innovation à sa diffusion : création, diffusion, ancrage des nouvelles pratiques
- 6) L'évaluation des innovations
- 7) La résistance à l'innovation et les stratégies pour la réduire

Tous les travaux de recherche et pratiques professionnelles touchant à ces thèmes sont bienvenus. L'envoi des propositions de communication doit se faire en précisant le numéro du sous-thème retenu.

Autres thèmes de l'ALASS

L'ALASS étant une association dont les intérêts des membres sont très diversifiés, des présentations ou des sessions spécifiques pourront être proposées sur d'autres problématiques relevant de l'analyse des systèmes de santé, tels que:

Epidémiologie et santé publique, assistance aux personnes âgées, conditions d'accès et d'équité, organisation des services en réseaux intégrés, parcours de diagnostic-thérapeutique-assistance et intégration hôpital-territoire, santé mentale, financement des services sanitaires, logistique, instruments de management, technologie de l'information et de la communication, gestion des risques dans les hôpitaux, modèles d'organisation, de gestion des compétences et des connaissances pour l'assistance du personnel de santé, formation pour les professions sanitaires, formation à distance, gouvernances et politiques sanitaires nationales, décentralisation des systèmes d'assistance sanitaire, relations entre public et privé, éducation à la santé et communication publique, évaluation des programmes de santé publique, hospitalisation à domicile, droit à la santé, les droits des patients, etc.

Le Comité d'organisation et le Comité scientifique réuniront le cas échéant les communications autour de thèmes communs qui donneront lieu à des sessions. Les membres de l'ALASS et les participants au Congrès sont encouragés à proposer des sessions spécifiques.

Comité scientifique local

Président : *Véronique Zardet*, Professeur, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Membres :

Jacques Bonnet, Professeur Emérite, Faculté des Lettres et Civilisations, Université Jean Moulin

Marc Bonnet, Professeur, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Céline Broggio, Professeur, Université Paris 13

Virginie Chasles, Maître de conférences, Faculté des Lettres et Civilisations, UMR 5600 EVS, Université Jean Moulin

Elisa Chelle, Docteur et Ingénieur de recherche, Chaire Valeur du soin, Faculté de Philosophie, Université Jean Moulin

Frantz Datry, Docteur et directeur de programme, ISEOR, Lyon

Denis Fièrè, Professeur émérite, Hospices Civils de Lyon, Université Claude Bernard Lyon.

Marc Frachette, Docteur et Consultant, CapO2

Philippe Garnerin, Docteur, Responsable du service d'information médico-économique, Hôpitaux Universitaires de Genève.

Nathalie Krief, Maître de conférences, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Sylvie Mira-Bonnardel, Maître de conférences HDR, ISEOR, Magellan, École Centrale de Lyon

Christophe Pascal, Maître de conférences HDR, Directeur, IFROSS, Faculté de droit, Université Jean Moulin

Paul Perrin, Professeur, Hospices Civils de Lyon

Renaud Petit, Maître de conférences, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Maïté Rateau, Docteur, Intervenant-chercheur, ISEOR, Lyon.

Alexis Roche, Maître de conférences, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Henri Savall, Professeur émérite, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Didier Vinot, Professeur, Co-Directeur de la Chaire Valeur du soin, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Comité Directeur ALASS

Philippe Anhorn, Suisse

Joan Barrubés, Espagne

Maurizio Battino, Italie

Georges Borges da Silva, France

Roxane Borges da Silva, Canada

Patricia Chico Aldama, Mexique

Monica De Angelis, Italie (Président)

Carlo De Pietro, Suisse

Johanne Gagnon, Canada

Marie-Pierre Gagnon, Canada

Edna Maria Goulart Joazeiro, Brésil

Berta Maria Iradier, Espagne

Noemi Javaux, Belgique

Philippe Kohl, Belgique

Ana Maria Malik, Brésil

Catherine Maurain, France

Frédérique Quidu, France

Magda Scherer, Brésil

Abdesselam Taleb, Algérie

Carmen Tereanu, Italie

Carolina Tetelboin Henrion, Mexique

Véronique Zardet, France

Comité d'organisation du Congrès

Coordination générale

Véronique Zardet, Professeur, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin (zardet@iseor.com).

Membres :

Alexis Roche, Maître de conférences, ISEOR, Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Christophe Pascal, Maître de conférences HDR, Directeur, IFROSS, Faculté de droit, Université Jean Moulin

Virginie Chasles, Maître de conférences (Géographie de la santé), Faculté des Lettres et Civilisations, UMR 5600 EVS, Université Jean Moulin

Catherine Parmentier, Directrice de la communication, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin

Secrétariat technique du congrès
Luisa Falcó. ALASS. alass@alass.org

PROGRAMME SYNOPTIQUE DU CALASS 2018 – 6 et 7 matin septembre
(Version provisoire)

	JEUDI 6 septembre 2018						
Horaires	Salle 102	Salle 103	Salle 104	Salle 105	Salle 106	Salle 106	Salle 109
8 h - 9 h	Accueil (Amphithéâtre Malraux) -						
9 h - 9 h 30	Ouverture officielle						
9 h 30 - 11h00	Session plénière 1 : Politiques publiques et innovation en santé (Amphithéâtre Malraux) L'État et l'innovation organisationnelle en santé : planification, incitations, et maintenant lâcher-prise ? Jean Claude MOISDON, Professeur honoraire, Mines Paris Tec, France. Gérald COMTET, Manager Général, I-Care Cluster, France. Antoine MALONE, Directeur de projet, Fondation Hospitalière de France (FHF), France. Marie Hélène LECENNE, Directrice de l'autonomie, Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes, France.						
11h00-11h30	Pause						
11h30-13h00	Session organisée 1 Analyse et amélioration globale d'un système de santé. Méthodologie de consensus participatif (S1) 15/16/17/18	Session organisée 2 L'accès aux innovations technologiques : enjeux et limites (S2) 101/102/115	Session organisée 3 Réponse à l'urgence dans la communauté (S3) 38/39/40/41/42	Session organisée 4 Politique nationale d'éducation permanente en santé : innovations du système de santé au Brésil (S10) 71/72/73	Session organisée 5 Santé, inégalité sociale dans les territoires et intersectorialité des politiques dans différents contextes (S5) 9/10/11/12/14	Session organisée 6 Expériences en innovation en santé (S6) 22/23/24/25	Session organisée 41 Estudos Estratégicos para novas abordagens no Planejamento da Força de Trabalho Especializada em Saúde (S15). 174/175/176/180
13h00-14h00	Repas (Salon des symboles)						
14h00-15h30	Session 7 Outils de management et innovation en santé (1) 79/141/158/169	Session 8 Innovation et hôpitaux (1) 7/8/53/144	Session 9 Innovation organisationnelle (1) 5/95/114/130	Session 10 Politique de santé (1) 26/118/149/182	Session 11 Santé mentale 54/119/120	Session 12 Déterminants sociaux de la santé 81/132/145/163	
15h30-16h00	Pause						
16h00- 17h30	Session plénière 2 : Comment combiner innovations organisationnelles et prise en charge des patients ? (Amphithéâtre Malraux) Quelles innovations organisationnelles pour faire face au mal être des personnels des EHPAD ? Pistes de réponses à une problématique majeure du secteur médico-social français. Sandra BERTEZENE, Professeur, Chaire Gestion des services de santé, CNAM, Paris. Pour transformer vos organisations, faites confiance aux patients ! Amah KOUEVI, Directeur fondateur, Institut français de l'expérience patient, France. (en attente de confirmation) Comment innover et s'insérer dans un réseau territorial de prise en charge de patients ? Nicolas WALTHER, Directeur, Clinique La Lignière, Gland, Suisse. L'innovation dans la prise en charge des personnes handicapées. Témoignage et évaluation. Frédéric GLOOR, Directeur, Association Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor.						
17h30- 18h30	Posters (Salon des symboles): 62/78/86/87/88/92/117/127/159/170/171/172/184						
18h30- 20h00	COCKTAIL D'ACCUEIL MUSICAL - Ensemble Brin de Voix "L'opéra autrement"						
	VENDREDI 7 septembre 2018						
8 h - 8 h 15	Accueil (Amphithéâtre André Malraux) -						
8 h 30 - 10h00	Session 13 Innovation et soins à domicile 3/67/124	Session 14 Innovation et hôpitaux (2) 43/70/150/152	Session 15 Innovation organisationnelle (2) 82/142	Session organisée 16 Dispositifs médicaux innovants (S4) 19/20/21/64/65/68	Session 17 Innovation et évaluation (1) 29/93/164/166	Session 18 Télémédecine 6/74/113/126	Session organisée 19 Politique de santé (5) 109/168/27
10h00- 11h15	Session plénière 3 : Innovations dans les pratiques de soins et implications organisationnelles (Amphithéâtre Malraux) Le déploiement et la diffusion d'une nouvelle pratique médicale de chirurgie cardiaque, le TAVI . Bilan et perspectives. Ivan CAREL, Docteur, Clinique de la Sauvegarde, Ecully-Lyon, France. Innovation organisationnelle : distinguer l'écume de la lame de fond. Étienne MINVIELLE, Professeur, Titulaire de la chaire de management, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes, Hôpital Gustave Roissy, France. Adapter l'organisation hospitalière à l'innovation thérapeutique : évolution médicamenteuse du traitement du myélome et nouvelle activité d'éducation thérapeutique du patient. Anne THIÉBAUT, Docteur, CHU de Grenoble, France.						

PROGRAMME SYNOPTIQUE DU CALASS 2018 – 7 après-midi et 8 septembre
(Version provisoire)

11h15-11h30	Pause						
11h30 - 13h00	Session plénière 4 : La place du patient dans le système de santé : quelles innovations en perspective ? (Amphithéâtre Malraux) La Chaire Valeur(s) du soin centré-patient : une initiative innovante dans le champ des sciences sociales de santé Didier VINOT, Professeur et Élsa CHELLE, Docteur, Université Jean Moulin, Lyon, France. Le développement de la pair aidance. Véronique BOURRACHOT, Directrice générale, Hôpital psychiatrique de St Egrève, Grenoble, France. Patients et personnes accompagnées partenaires de la formation initiale et continue : la démarche d'innovation pédagogique Associons nos savoirs. Alice CASAGRANDE, Directrice de la formation et de la vie associative, FEHAP, Paris, France. Le patient-partenaire : avant tout une question de management. André RIEUTORD, Docteur, Pharmacien chef, Hôpital Antoine Bedère, APHP, Paris, France.						
13h00-13h30	SÉANCE PHOTOS						
13h30-14h30	Repas (Salon des symboles)						
14h30-16h00	Session organisée 20 Questions ouvertes sur le droit à la santé. Un regard de deux pays latins (S7) 85/31/33/34/35/36	Session 21 Innovation et hôpitaux (3) 58/148/162/172	Session 22 Innovation organisationnelle (3) 84/154/160/161	Session 23 Politique de santé (3) 13/30/56/96	Session 24 Dimension psychologique et gestion organisationnelle (1) 4/57/108	Session 25 Innovation et évaluation (2) 75/83/133/165	Session 26 Outils de la relation de soin 1/76/100/129
16h00-16h30	Pause						
16h30-18h00	Session organisée 27 Professions de la santé : deux pays comparés (S13) 134/135/136/138/139	Session organisée 28 Vaccination en officine : des innovations pour améliorer la couverture vaccinale (S8) 45/46/47/48/50	Session organisée 29 Arrangements coopératifs pour la gestion des hôpitaux dans les petites municipalités (Brésil et Italie) (S9) 59/60/61	Session 30 Politique de santé (2) 28/89/147	Session organisée 31 Éducation interprofessionnelle et pratiques de collaboration: innovation dans la formation des travailleurs du système de santé (S11) 103/104/105/106	Session organisée 32 Appui institutionnel pour travailler avec le langage et pour la recherche avec les personnes âgées dans le vieillissement normal et pathologique (S12) 121/122/123	Session 33 Innovation et santé 55/91/111/157
18h00-19h00	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ALASS (Amphithéâtre Malraux)						
20 h	DINER DE GALA BRASSERIE GEORGES (Arrêt de métro : Perrache) - 30 Cours de Verdun Perrache, 69002 Lyon						
	SAMEDI 8 septembre 2018						
8 h 30 - 9 h	Accueil (Amphithéâtre André Malraux) -						
9 h - 10 h 30	Session 34 Outils de management et innovation en santé (2) 66/94/151/146	Session 35 Innovation et hôpitaux (4) 110/153/69/77	Session 36 Politique de santé (4) 116/131/183	Session 37 Dimension psychologique et gestion organisationnelle (2) 37/98/99/112	Session 38 Innovation et évaluation (3) 44/52/167	Session 39 Prise en compte du patient 2/90/6	Session 40 Système de santé canadien (S14) 177/178/179
10 h 30 - 12 h	Session plénière 5 : Aménagement du territoire, santé et autonomie (Amphithéâtre Malraux) Ville sensible et santé, l'exemple des ambiances sonores. Virginie CHASLES, Maître de conférences en géographie-aménagement, Université Lyon 3, UMR EVS 5600, France. L'adaptation des territoires au vieillissement de la population. Pierre-Marie CHAPON, Docteur en géographie, Directeur de VAA Conseil, France. Mixité sociale et vieillissement de la population. Quelles perspectives pour un habitat intergénérationnel durable ? Nathael TORRES, Doctorant en géographie et aménagement du territoire, vice-responsable du bureau d'étude Récipro-Cité. L'accès à l'innovation en cancérologie, quels enjeux ? Yohan FAYET, Géographe, Chercheur assistant au Centre de Cancérologie Léon Bérard, France.						
12 h - 13 h	Cloture et remise des prix ALASS (Amphithéâtre Malraux) et Prix de la Meilleure communication du cluster I-Care						
13 h - 14 h	Repas (Salon des symboles)						
14 h 30 - 17 h	Activité touristique visite de Lyon : Tour 1 (Les murs peints du centre ville) OU Tour 2 (De Fourvière au Vieux Lyon)						

Jeudi 6/09/2018

Horaire : 08:00 - 09:00 – Accueil et inscription (Amphithéâtre Malraux)

Horaire : 09:00 - 09:30 – Ouverture officielle

**Session d'ouverture
Malraux**

Amphithéâtre

Ouverture du congrès CALASS 2018

Intervenants :

Jacques COMBY, Président de l'Université Jean Moulin, Lyon, France (en attente de confirmation)

Guillaume ROUSSET, Vice-Président en charge des relations internationales, Université Jean Moulin, France

Christian Varinard, Directeur Général, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin, France (en attente de confirmation)

Jean-François Gajewski, Directeur du centre Magellan, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin, France

Monica De Angelis, Présidente de l'ALASS, CRISS, Università Politecnica delle Marche, Italie

Véronique Zardet, Présidente du comité d'organisation, iaelyon School of Management, Université Jean Moulin, France

Horaire : 09:30 – 11:00

**Session plénière I
Malraux**

Amphithéâtre

Politiques publiques et innovation en santé

Intervenants :

L'État et l'innovation organisationnelle en santé : planification, incitations, et maintenant lâcher-prise ?
Jean Claude MOISDON, Professeur honoraire, Mines Paris Tec, France.

Gérald COMTET, Manager Général, I-Care Cluster, France.

Antoine MALONE, Directeur de projet, Fondation Hospitalière de France (FHF), France.

La concertation comme levier d'une politique dynamique du handicap en Auvergne Rhône-Alpes
Raphaël GLABI, Directeur délégué, Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes, France

Horaire : 11:00 – 11:30

Pause Café

Horaire : 11:30 – 13:00

Session 1

Salle 102

Thème : Análisis y mejora global de un sistema de salud. Experiencia en España. Una propuesta exportable de

metodología participativa de consenso para analizar y mejorar los servicios de salud.

Analyse et amélioration globale d'un système de santé. Méthodologie de consensus participatif.

Session organisé: Rubén Lafuente, Fundación Economía y Salud, España

Cómo nace la idea de evaluar el sector salud en España. Análisis de las grandes líneas estratégicas y de mejora del sector.

Alberto Giménez Artes et Carlos Alberto Arenas, Fundación Economía y Salud, España
a.gimenez@grupocasaverde.com

Resumen

Como se llegó a un consenso con más de 140 expertos en los Libros 100 Perspectivas para mejorar el sector salud y 100 Medidas que mejoran el sector salud.

Papel de la enfermería en la evaluación y sostenibilidad del sistema. Como se gestó el consenso.

Carlos Peña Laguna, Fundación Economía y Salud, España

Resumen

Aportación de la Enfermería a la sostenibilidad del sistema sanitario. La enfermería como motor de la mejora del sistema de salud

De las medidas a la Evaluación de los Servicios de Salud. Proyecto Indicadores relevantes para la creación de un cuadro de mando para evaluar los Servicios de Salud.

Antonio Burqueño Jerez et Baltasar Lobato Beleiro, Fundación Economía y Salud, España

Resumen

Como se va monitorizar el cumplimiento de las medidas de mejora y mejores prácticas en los Servicios de Salud de España

Análisis de Big Data para la mejora de un Servicio de Salud. Savana.

Noa Cruz Díaz Ignacio Medrano, Fundación Economía y Salud, España

ncruz@savanamed.com

Resumen

Como el Big Data pueda ayudar a evaluar y mejorar el sistema sanitario. Experiencia práctica en el desarrollo y puesta en marcha de un sistema inteligente de análisis de historias clínicas.

Reutilización de historias clínicas electrónicas mediante procesamiento del lenguaje natural.

Noa Cruz Díaz Ignacio Hernández Medrano, Ignacio Salcedo Ramos, Diego Fernández López et Jorge Tello Guijarro, Medsavana, SL, España

ncruz@savanamed.com

Session 2

Salle 103

Thème : L'accès aux innovations technologiques : enjeux et limites.

Session organisé: Rose-Marie Borges, IAE / École Universitaire de Management. Université Clermont Auvergne, France

r-marie.borges@uca.fr

Résumé

Objectif de la session

L'objectif de cette session est d'ouvrir un espace d'échanges entre les chercheurs s'intéressant ou travaillant sur les questions que soulève l'accès aux innovations médicales, cet échange étant favorisé par les différentes présentations.

Le thème de la session s'inscrit dans la réflexion plus globale de l'évolution de la politique de santé et la façon d'encourager l'innovation afin d'assurer un accès équitable à l'ensemble des technologies médicales.

Contexte, enjeux et questionnements

En 2008, la Commission européenne publiait une communication intitulée « Des médicaments sûrs, innovants et accessibles », dans laquelle elle déclinait sa vision du secteur pharmaceutique. Dix ans plus tard, les enjeux liés à la sécurité et à l'accessibilité sont toujours d'actualité. La volonté de permettre un accès rapide et peu coûteux aux traitements innovants se heurte à de nombreux défis : des systèmes de santé nationaux très différents dont la viabilité est menacée ; une disponibilité aléatoire de médicaments essentiels ; les prix élevés, voire exorbitants, de nouvelles thérapies, etc.

Pour les patients et le personnel médical, l'innovation thérapeutique constitue un espoir de guérison et de soins supplémentaires. Y avoir accès est donc primordial, le plus tôt possible et dans les meilleures conditions. L'accès aux médicaments essentiels et l'absence de recherche sur les maladies dites "orphelines" sont au centre des préoccupations des différents acteurs du système de santé depuis de nombreuses années.

Les enjeux associés à l'accès aux innovations médicales sont essentiellement :

- D'assurer un égal accès du patient à toutes les technologies médicales vitales
- D'envisager les façons d'encourager l'innovation médicale au regard des politiques de santé publique

Face à ces différents enjeux, de nombreuses questions peuvent être soulevées par les chercheurs, parmi lesquelles:

- Comment garantir accessibilité économique et non-discrimination dans l'accès aux innovations médicales ?
- Comment concilier propriété intellectuelle sur l'innovation et accès des patients à celle-ci ?
- Comment encourager le développement de thérapies innovantes pour le traitement des maladies rares ?
- Comment intégrer les essais cliniques dans l'accès aux innovations médicales ?

Type de contributions attendues

Les contributions à cette session pourront prendre la forme de communications théoriques, de travaux d'enquête terrain, de présentation de nouveaux outils, d'études de cas, etc. Elles pourront mobiliser des champs disciplinaires variés (économie, droit, sociologie, gestion...) afin d'intégrer le caractère pluridisciplinaire des travaux du CALASS.

Médicaments innovants et exonération du ticket modérateur (circuit officinal français).

Florence Taboulet, Blandine Juillard-Condat, UMR 1027 Inserm, Université Toulouse III, France

florence.taboulet@univ-tlse3.fr

Résumé

S'il existe bien en France une seule définition du médicament et, par conséquent, un statut juridique unique, il y a aussi une multitude de catégories de médicaments, les partitions émanant soit de règles de sécurité sanitaire, soit de règles de sécurité sociale. Parmi ces dernières, deux classements relatifs aux modes d'évaluation des spécialités pharmaceutiques disponibles sur le circuit officinal et donnant lieu à deux gradients distincts peuvent être identifiés :

- *la hiérarchisation de l'arsenal thérapeutique en termes de progrès*

Après octroi de l'AMM, la commission de la transparence, commission de la Haute Autorité de santé, quantifie l'amélioration du service médical rendu (ASMR) à l'aide d'une échelle comportant cinq niveaux, les deux premiers étant associés aux progrès les plus importants :

- ASMR I pour un progrès thérapeutique majeur,
- ASMR II pour une amélioration importante en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;

- *la hiérarchisation du niveau de prise en charge de la dépense pharmaceutique*

Compte tenu du principe de participation financière de l'assuré social aux dépenses de santé, fondement constitutif et pérenne de notre système d'assurance maladie, la prise en charge est habituellement partielle et différenciée. Les taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques sont de 15, 30 et 65%. Il existe cependant une exception, les médicaments « gratuits pour tous », pris en charge à 100%.

Il est intéressant de mesurer les correspondances entre ces deux gradients et de voir en particulier si le niveau de prise en charge maximale, l'exonération du ticket modérateur, plus haute garantie d'accessibilité financière pour les patients, est réservée ou, au moins, fréquemment associée aux produits les plus innovants (ASMR I et II).

Or, l'analyse des dispositions du code de la sécurité sociale montre qu'il n'y a aucun lien entre le niveau de prise en charge et le niveau d'ASMR. Le statut de médicaments *gratuits pour tous* (article R. 160-8 du code de la sécurité sociale) est conféré aux produits reconnus *irremplaçables et particulièrement coûteux*, et ce indépendamment de leur niveau d'ASMR.

Une analyse quantitative et qualitative portera :

(1) sur le degré d'innovation des quelques 500 spécialités remboursables à 100% correspondant à plus d'une centaine d'autorisations de mise sur le marché accordées à partir d'un dossier *maître* ;

(2) sur le taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques à qui ont été attribués au cours des dix dernières années des niveaux d'ASMR I et II.

Nous montrerons la complexité du dispositif, mais aussi ses incohérences et nous nous interrogerons sur le bien-fondé de la modulation des taux de prise en charge et notamment de la pertinence de certaines prestations gratuites.

Les droits de propriété intellectuelle : un frein à l'accès aux médicaments ?

Rose-Marie Borges, / École Universitaire de Management. Université Clermont Auvergne, France

r-marie.borges@uca.fr

Résumé

Objectif de la communication

L'objectif de cette communication est d'aborder, sous l'angle juridique, l'impact des droits de propriété intellectuelle sur l'accès aux médicaments et les différents outils permettant de limiter cet impact.

Contexte et problématique

L'accès aux médicaments n'est qu'un élément du droit à la santé reconnu en droit international par différents textes (article 1 de la Constitution de l'OMS 1946 ; article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme 1948 ; article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels 1966).

Au début des années 2000, les difficultés d'accès aux médicaments ne se rencontraient vraiment que pour les pays en développement. Vingt ans plus tard, l'accès aux médicaments est également devenu un problème pour les pays à revenus élevés. La barrière entre pays du nord ayant accès aux médicaments et pays du sud, n'en ayant pas les moyens, est tombée en deux décennies. Les difficultés de financement des systèmes nationaux de l'assurance maladie ont conduit certains pays à rationner des médicaments pourtant considérés comme essentiels et figurant sur la liste modèle de l'OMS.

De nombreuses voix lient ces difficultés d'accès aux médicaments aux droits de propriété intellectuelle, en particulier les brevets, dont bénéficient les entreprises pharmaceutiques sur leurs produits. Le droit au brevet a été expressément prévu dans l'accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), adopté le 15 avril 1994, dont l'article 27 dispose notamment que "un brevet pourra être obtenu pour toute invention, de produit ou de procédé, dans tous les domaines technologiques, à condition qu'elle soit nouvelle, qu'elle implique une activité inventive et qu'elle soit susceptible d'application industrielle". Si la protection d'un médicament par brevet confère à son titulaire un droit exclusif d'exploitation pendant 20 ans et représente sans conteste un frein à l'accès aux médicaments pendant la durée de la protection en raison des prix élevés souvent pratiqués, le brevet ne constitue pas le seul point de blocage dans l'accès aux médicaments. En effet, comment expliquer alors les difficultés d'accès à des médicaments génériques, alors même qu'il n'existe pas de droit de brevet sur ces médicaments ? Il existe également des moyens juridiques permettant de limiter les effets du brevet et faciliter l'accès à des médicaments de qualité.

La problématique envisagée dans cette communication sera donc la suivante : *de quels outils dispose-t-on pour limiter l'impact des droits de propriété intellectuelle sur l'accès aux médicaments ?*

Méthodologie

Cette communication se base sur différents éléments : la littérature existant sur le lien entre droits de propriété intellectuelle et accès aux médicaments, ainsi que sur les données fournies par l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Office européen des brevets (OEB).

Intérêt de la communication

Si de nombreux travaux se sont penchés sur le lien existant entre droits de propriété intellectuelle et accès aux médicaments, très peu en revanche se sont intéressés aux moyens dont disposent les autorités de santé pour faciliter l'accès aux médicaments en présence de droits de propriété intellectuelle.

Le design thinking : levier d'innovations pour les organisations de santé ?

Corinne Rochette, IAE Auvergne, CRCGM Université Clermont Auvergne, France

Corinne.rochette@uca.fr

Résumé

L'univers de la santé et l'hôpital sont confrontés à de profondes transformations organisationnelles qui modifient la relation du patient à l'hôpital. Le raccourcissement de la durée des séjours, le développement des soins et traitements hors murs, la chronicisation de certaines maladies dont le cancer, l'implication du patient dans son parcours de soins et la décision thérapeutique ainsi que son information dans un contexte de concurrence entre les établissements hospitaliers conduit les dirigeants et gestionnaires de l'hôpital à penser ce que sera l'hôpital de demain. Un des axes consiste à mobiliser le patient afin de concevoir des services destinés à mieux répondre à leurs attentes et ainsi à développer une orientation patient qui ne s'inscrivent pas seulement dans une dimension médicale mais dans une dimension plus organisationnelle. Dans l'univers marchand la connaissance de l'origine d'une expérience négative des clients, l'identification des points de contacts critiques constituent pour les entreprises un réflexe pour améliorer leur qualité de service, leur différenciation face à la concurrence et la satisfaction de leurs clients. Pour ce faire les entreprises développent des dispositifs d'innovation largement fondés sur l'implication du client mais aussi

de l'ensemble des parties prenantes (*open innovation, design thinking,...*). La diffusion du *design thinking* née dans les années 1980 aux Etats Unis constitue un dispositif original d'innovation dont s'apparentent les organisations. Certains cas semblent montrer qu'il est mobilisé à l'hôpital et contribue positivement à l'expérience des patients (Coté, Bélanger et Gagnon, 2017) et au développement d'espaces de prise en charge et de soins propices à la réduction de l'anxiété (Mullaney, Pettersson et Nytholm, 2012). Nous proposons dans cette communication une revue de la littérature académique et l'étude de cas (données secondaires) sur le *design thinking* à l'hôpital afin de mettre en évidence ses champs d'applications, les objectifs qui lui sont assignés, les spécificités des démarches adoptées dans l'univers de la santé et leur portée (s'agit-il de repenser le confort d'une salle d'attente ? Ou de repenser le parcours de prise en charge ?). Dans un deuxième temps nous évaluerons la manière dont le modèle de *design thinking* issu de la revue de la littérature est perçu par ceux quotidiennement confrontés aux patients en nous appuyant sur des entretiens semi directifs auprès de 20 cadres de santé. Ces cadres, pourraient-ils l'envisager comme un outil d'innovation au sein de leur service ?

Session 3

Salle 104

Thème : Réponse à l'urgence dans la communauté.

Session organisé: Philippe Anhorn, Réseau Santé région Lausanne, Suisse

Dispositif de réponse à l'urgence dans la communauté proposé dans la Région lausannoise (canton de Vaud, Suisse).

Philippe Staeger, Jean-Jacques Monachon, Jacques Cornuz et Philippe Anhorn, Policlinique médicale universitaire, Lausanne, Suisse
pstaeger@hospvd.ch

Résumé

Contexte et problématique :

Sur mandat de l'autorité sanitaire du canton de Vaud, la région centre (Lausanne et environs) - dont les institutions de santé couvrent les besoins de 320'000 habitants – doit réorganiser la réponse à l'urgence en mobilisant les différents acteurs de la communauté (médecins de 1^{er} recours, aide et soins à domicile, policliniques, hébergement, hôpital universitaire).

L'objectif global de ce mandat confié à une région est de garantir à toute personne ayant un besoin de soins urgent - selon son appréciation - une réponse appropriée, dans les meilleurs délais et qui soit en lien avec ses choix et ses préférences. Cet ambitieux objectif va se décliner dans un premier temps en abordant les thèmes suivants:

- a) Description de la réponse médicale à l'urgence (domiciliaire, au cabinet, institutionnelle) en collaboration avec les acteurs concernés (médecins installés, médecins de garde, policlinique, hôpitaux) et identification des pistes d'optimisation.
- b) Identification des typologies de patients dont l'hospitalisation pourrait être évitée par la mise en place d'un dispositif de soins aussi bien à domicile qu'en établissement médico-social (hébergement).
- c) Identification des conditions nécessaires à la mise en œuvre d'une réponse d'aide et de soins dans les deux heures, sur le lieu de vie de la personne, lorsque cela s'avère nécessaire.
- d) Identification des projets et prestations existants qui devront être mis en cohérence avec le dispositif de réponse à l'urgence.

Dans le cadre de cette session, les auteurs souhaitent présenter leurs travaux préliminaires et les soumettre à l'appréciation et à l'expérience des autres participants.

Cette discussion reflète le souci de nombreuses autorités sanitaires des pays confrontés au vieillissement de la population et au risque que ce vieillissement fait courir sur la saturation du système de santé. Les enjeux sont organisationnels et institutionnels, et devraient répondre aux questions fondamentales d'une prise en charge de qualité pour la personne âgée et de la pénurie annoncée d'un personnel de santé qui va devoir répondre à une forte augmentation des besoins. Les modèles discutés s'appuieront sur la capacité des acteurs d'un réseau sanitaire à se fédérer tout en optimisant leurs processus de prise en charge actuels et en s'appuyant sur ce que l'innovation peut apporter dans ce domaine.

Un dispositif intégré de réponse à l'urgence : le Pôle Régional Santé du Nord vaudois.

Brigitte Kauz, Yves Kühne et Aurélie Blaser, Réseau Santé Nord Broye, Suisse
Brigitte.kauz@rsnb.ch

Résumé

Contexte et problématique

La surcharge chronique des services d'urgences, la diminution des médecins de premier recours, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et des patients multimorbides, ainsi que le vieillissement de la population ont des impacts directs sur le système de santé. Pour pallier à cette situation, les recommandations de santé publique visent à prévenir les séjours hospitaliers inappropriés, à favoriser le maintien à domicile et à retarder l'âge moyen d'entrée en institution. C'est pourquoi il est nécessaire de repenser le paradigme des soins, d'avoir une vision holistique des systèmes de santé et d'évoluer vers une pratique plus interdisciplinaire orientée sur la santé de la population.

Le Pôle Régional Santé (PRS) est un projet novateur qui promeut l'intégration, ainsi que la continuité des soins lors d'urgence, de crise et de transition auprès de la population adulte de la région du Nord vaudois et qui prendra forme à l'interface des différents partenaires de la région

Objectifs prioritaires

1. Optimiser les prises en charge des patients adultes, lors d'urgence, de crise ou de transition, entre les différents prestataires de soins de la région
2. Favoriser les prises en charge ambulatoires et augmenter les possibilités de prises en charges dans les lieux de vie (en amont des urgences), notamment par la réduction des délais de mise en place des mesures d'aide et d'accompagnement sur le lieu de vie
3. Assurer l'organisation de la garde médicale régionale et y intégrer le cursus de formation de médecine générale
4. Limiter les hospitalisations inappropriées
5. Favoriser les fins de vie dans les lieux de vie
6. Contrer l'augmentation du nombre de lits hospitaliers
7. Optimiser les coûts du système de santé régional

Objectifs concomitants

1. Mettre en place un processus général commun permettant d'assurer la détection précoce, le recours à des prestations spécialisées (évaluations, conseils, soutiens, éducations thérapeutiques, ...) et le suivi transverse des trajectoires de soins, et, en particulier, améliorer l'accès à des mesures de prévention visant le maintien de son état de santé dans son état fonctionnel.
2. Améliorer l'interface entre les prises en charge stationnaires et communautaires (amélioration et optimisation des flux)
3. Déployer un service de médecine interne générale régional
4. Intégrer les compétences pharmaceutiques dans les prises en charge interdisciplinaires
5. Créer une « Maison de médecine de 1er recours »
6. Veiller et s'adapter à l'évolution du recours aux prestations de santé de la population
7. Améliorer l'adéquation, l'efficacité et l'économicité des prestations de santé

Méthode

Les travaux sont conduits et co-construits par les partenaires régionaux, en suivant la méthodologie de projet Hermès 5, tout en se basant sur les données scientifiques récentes et sur le cadre de référence régional.

Dans sa première phase, le PRS ambitionne de développer un concept clinique d'intégration et de continuité des soins par la mise en place de processus de soins interdisciplinaires et interinstitutionnels, fruits d'une collaboration entre les médecins de premier recours, le Réseau Santé Nord Broye, la Pharmacie des Hôpitaux du Nord Vaudois, les pharmacies d'officine, les Etablissements Médico-Sociaux, les Homes non médicalisés, les établissements hospitaliers du Nord Vaudois, le Réseau Santé Balcon du Jura, le Centre hospitalier universitaire vaudois et Secteur psychiatrique Nord, les Structures d'accompagnement médico-sociales, l'Association pour la promotion de la santé et le maintien à domicile et les autres institutions de maintien à domicile.

Résultats escomptés

A terme, le concept du PRS, s'intégrera dans une nouvelle organisation sanitaire régionale, interface entre les différentes compétences, prestations et prestataires de santé ayant pour mission de répondre à l'urgence, la crise et aux transitions. Il pourra être reproductible dans d'autres lieux et qui prendra forme dans différentes structures du Nord vaudois. Pour la région d'Yverdon-les-Bains, il est prévu de construire un bâtiment, de type « Maison de médecine de 1er recours », qui permettra de regrouper, dans un même lieu, les compétences de tri et d'orientation des patients, une permanence, des cabinets de médecine de 1er recours, des consultations spécialisées, des équipes mobiles régionales, des lits temporaires ainsi

qu'une pharmacie d'interface. Pour les autres régions, les modalités de déploiement doivent encore être définies.]

« INTERCARE – Augmentation des compétences gériatriques infirmières en EMS dans le but de réduire les hospitalisations (Programme national de recherche 74) »

Carlo De Pietro, SUPSI, Suisse et Franziska Zúñiga, Université de Bâle, Suisse

Riassunto

Objectif de la recherche

InterCare est un projet de recherche-intervention soutenu pendant quatre ans par le Programme de Recherche Nationale n. 74 du Fonds National Suisse de la Recherche Scientifique.

L'objectif est d'améliorer la qualité des soins dans les établissements médico-sociaux (EMS) à travers une formation ciblée en gériatrie et la capacité d'assumer un leadership clinique par le personnel de soins.

Indicateur clé pour cet objectif est la réduction des hospitalisations évitables (inappropriées).

Contexte et problématique

En Suisse beaucoup de personnes âgées résident dans les EMS, gérés avec plusieurs modèles de prise en charge gériatrique.

La première phase du projet vise donc à connaître, décrire et analyser les différentes modalités de cette prise en charge.

La deuxième phase vise à développer un dispositif de formation gériatrique pour l'introduction d'un infirmier expert gériatrique.

La troisième phase vise à implémenter cette formation et les autres composants du modèle InterCare dans 12-15 EMS.

La quatrième phase vise à évaluer ce modèle en termes de réduction des hospitalisations inappropriées et sur autres indicateurs de qualité.

Théorie, méthodes, modèles, matériel utilisés

Pour le développement d'un nouveau modèle de soins suisse, géré par des infirmiers-ères experts-es en gériatrie, les éléments fondamentaux sont :

- Une collaboration interprofessionnelle
- Un infirmier expert en gériatrie
- L'évaluation gériatrique « multidimensionnelle »
- Directives anticipées
- Coaching et accompagnement
- Participation à la collecte de données
- Implémentation d'instruments basés sur des données probantes

Le projet bénéficie du travail d'un team de recherche multiprofessionnel et de la collaboration des EMS.

Resultats et discussion

A Lyon nous présenterons le projet dans son ensemble ainsi que les résultats des premières deux phases.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'Etat de l'art et /ou de la pratique

Le projet couvre un sujet de grand intérêt pour les activités des EMS Suisse et pour la politique de santé du pays.

Urgences gériatriques pour éviter de déplacer les patients hébergés en maisons de retraite publiques à l'urgence d'un hôpital (CIUSSS Nord de l'île de Montréal).

Roxane Borges da Silva, Université de Montréal, Canada

Session 4

Salle 105

Thème : Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: avanços e inovações do Sistema de Saúde no Brasil

Politique nationale d'éducation permanente en santé: innovations du système de santé au Brésil

Session organisé: Isabela Cardoso de Matos Pinto, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Brasil

Resumo

As questões relacionadas com a formação de pessoal constituem um dos maiores desafios enfrentados no âmbito dos sistemas de saúde no mundo contemporâneo. Nesse sentido, propõe-se a realização de uma mesa com o objetivo de discutir as políticas de educação permanente em saúde e as inovações capazes de responder necessidades do sistema de saúde no Brasil.

Esta mesa se propõe, dessa forma, a discutir os referenciais teórico metodológicos sobre Educação Permanente em Saúde, apresentar o conjunto de iniciativas realizadas no Brasil para fortalecer a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e apresentar experiências inovadoras em curso apontando desafios e possibilidades que se apresentam no campo da Saúde.

Inovações para a institucionalização da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) no Brasil.

Claudia Brandão, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde do Brasil
claudia.brandao@saude.gov.br

Resumo

Contemplar o conjunto de iniciativas realizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para fortalecer a institucionalização da PNEPS no país. Sob esse aspecto serão apresentados as estratégias para o processo de atualização da Política, a metodologia utilizada e os resultados alcançados. Ressalta-se também o laboratório de inovação em educação na saúde, os investimentos realizados para apoiar os Estados brasileiros para a implementação da Política e o tema da Educação Interprofissional em Saúde (constituição da Rede Regional de Educação Interprofissional em Saúde das Américas).

Educação pelo Trabalho: uma visão panorâmica do PET-Saúde/GraduaSUS.

Tânia França, Soraya Belisario, Maria Ruth dos Santos et Carinne Magnago, Brasil

Inovações no processo de acreditação pedagógica dos Cursos de Saúde Pública no Brasil.

Catharina Matos Soares, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Brasil

Formação Docente e Educação Permanente em Saúde.

Tânia Celeste Matos Nunes, Brasil

Session 5

Salle 106

Thème : Saúde, desigualdade social nos territórios e intersectorialidade das políticas em diferentes contextos.

Santé, inégalité sociale dans les territoires et intersectorialité des politiques dans différents contextes

Session organisé: Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil.

emgoulart@uol.com.br

Resumo

A sessão busca compartilhar conhecimentos e experiências sobre as múltiplas dimensões do trabalho e da formação no campo da Saúde nos Sistemas de Saúde em diferentes contextos. Visa ainda criar um espaço privilegiado para refletir sobre as dimensões do território, do conhecimento, das tecnologias de atenção à saúde e das propostas intersectoriais na formação e na produção do cuidado na Saúde e na Saúde Mental, busca ainda, identificar as reservas de alternativas indispensáveis ao fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e à cidadania. Serão aceitos trabalhos que se proponham a abordar a temática da saúde, incluindo a questão do trabalho coletivo em saúde, da intersectorialidade das políticas, da formação e da assistência no campo da Saúde e da Saúde Mental, bem como do desenvolvimento de competências, das condições da organização e da gestão do trabalho, das redes de atenção à saúde e das políticas públicas relacionadas ao trabalho em saúde e a formação nesse campo de conhecimento.

Résumé

La session vise à partager les connaissances et l'expérience sur les multiples dimensions du travail et de la formation dans le domaine de la santé dans les systèmes de santé en différents contextes. Il vise

également à créer un espace privilégié pour réfléchir aux dimensions du territoire, des connaissances, des technologies de santé et des propositions intersectorielles dans la formation et la production de soins en Santé et Santé Mentale, ainsi qu'à identifier les réserves d'alternatives indispensables le renforcement du réseau de la santé et de la citoyenneté. Ils seront acceptés les communications qui proposent d'aborder la question de la santé, y compris la question du travail collectif dans les politiques de santé, l'intersectorielles, la formation et l'assistance dans le domaine de la santé et de la santé mentale et le développement des compétences, les conditions organisation et gestion du travail, réseaux de soins de santé et politiques publiques liées au travail de santé et à la formation dans ce domaine de la connaissance.

Saúde Mental, questão social e cuidado: os desafios para construir a intersectorialidade das políticas.

Edna Maria Goulart Joazeiro et Lucia Cristina dos Santos Rosa, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil

emgoulart@uol.com.br

Resumo

O estudo se ancora na discussão sobre a relação entre os desafios do trabalho coletivo no campo da Saúde Mental e o processo de formação de profissionais para a Saúde no SUS. Enfatizamos os desafios de fazer transitar os saberes específicos do núcleo de saber de cada profissão, ao mesmo tempo, que se busca desenvolver competências e saberes do campo da Saúde. Com base nos marcadores legais, na dimensão histórica, no arcabouço conceitual e sociodemográfico, no desenho da Política de Saúde Mental no Brasil e nas características da RAPS de Teresina, discute-se a natureza dos saberes que precisam ser potencializados em face da presença continuada de múltiplas manifestações da desigualdade social e a necessidade de sua decifração com vistas a produção de um processo de cuidado que fortaleça a cidadania. Destaca-se a produção de ações e de relações que fortaleçam a intersectorialidade nas políticas sociais diversas na capital do Estado do Piauí. É fundamental compreender que a sociedade brasileira, vive um processo de mudanças na esfera do poder do Estado, com redução do compromisso deste frente a questão social, fato que tem levado à fragilização das diversas políticas sociais públicas, comprometendo ainda mais os frágeis vínculos sociais e o sentimento de pertencimento social de população adstrita as políticas sociais do Sistema de Proteção Social brasileiro. O Piauí tem como capital a cidade de Teresina, onde se concentra a maioria dos bens e serviços do Estado, inclusive os equipamentos de saúde. Nesta configuração socioterritorial tem sido fundamental o estabelecimento de diálogo intrasetorial e intersectorial que deve ser construído, basicamente entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), posto que estas políticas compartilham a atenção à segmentos populacionais que vivem marcados por múltiplas formas de vulnerabilidades (JOAZEIRO, ARAÚJO, ROSA, 2017). Teresina, capital do Estado, não pode se furtar ao papel de tentar suprir necessidades em saúde dos pequenos municípios do Estado, além da atenção à população de cidades próximas à sua fronteira territorial. Na oferta de serviços de Saúde Mental, a expansão dos CAPS e de outros serviços alternativos ao hospital psiquiátrico aconteceram a partir de 2004, revelando um descompasso em relação a outros Estados brasileiros. Nos últimos anos, esse Estado tem apresentado um processo de redução dos leitos dos hospitais, tendo como marco o “fechamento do Sanatório Meduna em 2010, restando o Hospital Areolino de Abreu como Hospital Psiquiátrico do Estado” (ROSA). Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Teresina é composta por “quatro CAPS tipo II, um CAPS tipo III, um CAPS AD, 251 equipes de Estratégia de Saúde da Família, além de Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de caráter transitório, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização” (LIMA; SANTOS, 2017). Rosa e Joazeiro afirmam que, “paradoxalmente, em 2015, em função da crise financeira do governo federal, observa-se uma tendência dos gestores municipais do Piauí de desinvestir na Saúde Mental, observando-se uma intensa tendência de precarização e deterioração dos equipamentos da saúde mental, constatado através das denúncias recebidas pela Gerência Estadual de Saúde Mental”. Contraditoriamente é nesse cenário de ampliação da desigualdade social, com fortes traços de diminuição dos sistema de proteção social e, com relevante redução das fontes de custeio das políticas públicas no Brasil, que se dá a ampliação das necessidades em saúde e a ampliação de necessidades sociais diversas. Esse processo se adaduna com a ampliação do sofrimento psíquico acarretado pelo movimento mais amplo de reestruturação do processo de acumulação do capital globalizado, que implica na ampliação de múltiplas formas de desigualdade social. É nessa configuração que se justifica indagar qual o papel da Universidade Pública num cenário regressivo marcado pela ampliação do sentimento de abandono e pela desesperança ampliada? A equipe da Área de Serviço Social do PET Saúde GRADUASUS (2016-2018) tem trabalhado com a qualificação dos gestores, sobretudo dos coordenadores dos equipamentos da Saúde Mental, com vistas à construção ou atualização dos projetos terapêuticos. Antes dessas demandas, os tutores do Serviço Social já desenvolviam ações de qualificação dos trabalhadores e gestores da Rede de Saúde, através de Ateliers UFPI ALASS. Desde 2016, quatro versões foram organizadas: ATELIER: Saúde

Mental, formação e trabalho profissional: desafios atuais para o cuidado no SUS (2016); II ATELIER UFPI – Saúde Mental, Mulher e Violência: formação e trabalho profissional no SUS (2017); III ATELIER: Saúde Mental, manifestações da questão social e desafios para a inserção no mundo do trabalho: formação e trabalho profissional no SUS (2017) e o IV ATELIER Formação e trabalho profissional no campo da saúde: Desafios para o SUS (maio 2018) organizados pela UFPI em parceria com a Associação Latina de Sistema de Saúde – ALASS. A construção dessa Mesa de Sessão Coordenada em Lyon, França com pesquisadores da UFPI, UNB e UFMA se codanua com nossa convicção da importância da defesa do SUS para o fortalecimento da política de Saúde pública para a defesa da vida e da cidadania.

A construção de redes sociais na atenção psicossocial em Saúde Mental no Distrito Federal.

Maria da Glória Lima, Maria Aparecida Gussi, Vanessa Carnevale et Ione Barros, Universidad de Brasília
limamgbs@gmail.com

Resumo

O presente trabalho teve por objetivo identificar e analisar a articulação dos recursos das redes sociais utilizados pelos profissionais de saúde dos Centros de Atenção Psicossocial -CAPS, em seus territórios de abrangência, como também, compreender as dimensões conceituais e as dificuldades encontradas atribuídas por eles nesse processo, usando o modelo de redes sociais, do georreferenciamento e o da abordagem Psicossocial. A política nacional de atenção integral em saúde mental prevê em suas diretrizes, a criação de uma rede de equipamentos de serviços de saúde diversificada, de base territorial e comunitária, de maneira a ampliar o acesso e o cuidado de saúde mental mais resolutivo junto aos usuários que buscam atendimento e tratamento em suas necessidade de saúde, com ênfase no vínculo, no acolhimento, na atenção integral e em redes. Este estudo constituiu-se em uma pesquisa descritiva exploratória, com dados empíricos quantitativo e qualitativo, com a coleta de dados realizada com dados primários, início no mês de Novembro de 2016 e término em Setembro de 2017. A escolha dos participantes se deu de modo intencional, mediante interesse e aceite pessoal em participar da pesquisa e concordância na assinatura do TCLE, abarcando profissionais de saúde dos 17 Centros de Atenção Psicossocial do Distrito Federal (CAPS), que responderam à entrevista semiestruturada, com questões para identificação sócio demográfica sobre as concepções de rede social e, também, dos dispositivos da rede social que articulam e integram no cuidado realizado junto aos usuários da saúde mental. Foi também, aplicado um questionários eletrônico com os gerentes para a descrição dos serviços CAPS, para fins de obtenção de dados georreferenciados com vistas a elaboração de uma plataforma virtual. Para análise dos dados utilizou-se a técnica análise de conteúdo temática. A grande maioria dos profissionais de saúde apontou que os recursos diversificados da rede social formal e informal quando articuladas e integradas são favorecedoras no processo de reabilitação do usuários da saúde mental. Contudo, observou-se nas narrativas uma prevalência da busca e articulação dos dispositivos da rede formal institucional (saúde, assistência social, justiça e conselho tutelar), e baixa articulação dos recursos sociais comunitários, justificada pelas dificuldades como: despreparo profissional, fatores socioculturais de cunho estigmatizante e preconceituoso, tanto de profissionais, como de usuários e de familiares; insuficiência do quadro efetivo de trabalhadores da saúde e de recursos materiais e físicos. Cabe ressaltar que aqueles profissionais que expressam um maior engajamento em um projeto político, técnico e ideológico ancorado na abordagem da desinstitucionalização ou da Reforma Psiquiátrica revelaram que buscam ampliar suas ações de construção de redes sociais, arbarçando espaços da cidade, acionando e integrando as redes informais e a ocupação de espaços públicos, por reconhecer que essas estratégias no trabalho propiciam e ampliam a perspectiva da subjetividade, da autonomia e do protagonismo dos usuários, refletindo positivamente na resposta ao tratamento, no autocuidado e na subjetividade. Os participantes deste estudo reconhecem limitações para se avançar na articulação de redes sociais com a finalidade de buscar a reabilitação psicossocial, onde a necessidade trabalho como valor social, de pertencimento e de cidadania revelam ser iniciativas tímidas ou tangenciais aos princípios de solidariedade e cooperativismo presentes em projetos de economia solidárias ou mesmo, nos de geração de renda. Ficou evidente no mapa virtual georreferenciado dos dispositivos CAPS, uma territorialização hiperdimensionada dos CAPS, elevado contingente populacional e vazios assistenciais de cuidado em saúde, corroborando as dificuldades relatadas pelos gerentes e profissionais de saúde dos CAPS no tocante à ampliação das redes sociais. Este trabalho compõe uma das ações de estudo, pesquisa e extensão do Observatório de Políticas de Atenção de Saúde Mental do Distrito Federal - OBAM, apoiado financeiramente pelo Fundo Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, obedeceu a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e recebeu aprovação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil e do CEP/FEPCS Nº 2.270.086 e CEP/UNB Nº 2.200.022. Este estudo apontou a potencialidade de promover a articulação das redes sociais para ampliação da atenção integral e reabilitação do usuários da saúde mental, mas os limites citados trazem a necessidade de melhor preparo profissional e de investimento da gestão política na expansão da rede de serviços de saúde da RAPS, nas condições e qualificação dos processos de trabalho dos profissionais e da gestão. A plataforma

georreferenciada dos dispositivos CAPS requer a parceria da Secretaria de Saúde e do Ministério da saúde para a manutenção e alimentação dos indicadores dos determinantes sociais da saúde mental para caminhar na criação da sala de situação de saúde mental, de forma a subsidiar os gerentes e profissionais de saúde dos CAPS nos processos de tomada de decisão, e assim, melhor atender às demandas de saúde dos usuários da saúde mental nos territórios de abrangência dos CAPS, em convergência com os princípios do Sistema de Único de Saúde, como acessibilidade, integralidade da atenção à saúde e participação social.

Saúde Mental em contexto de vulnerabilidade: considerações sobre a Rede de Atenção Psicossocial no território do Vale do Rio Guaribas-Piauí, Brasil.

Francisca Maria Carvalho Cardoso, Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil

franciscamariacardoso@gmail.com

Resumo

O estudo trata da relação entre Política de Saúde Mental e o contexto de vulnerabilidade social no Vale do Rio Guaribas-PI. O Sistema de Saúde no Brasil se organiza em Redes de Saúde (RAS) que, segundo parâmetros da Política vigente, são realizados através de redes integradas que possibilitem ampliar o acesso à saúde. Na Portaria 4.279/2010 são criadas 5 redes temáticas: Rede Cegonha; a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; a Rede de Urgência e Emergência e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), proposta pela Portaria 3.088/11, que preconiza o cuidado às pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (ROSA, JOAZEIRO, 2017). O objetivo do estudo é discutir a formação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no Vale do Rio Guaribas, Região Sul do Estado do Piauí, Brasil. O Piauí encontra-se dividido em quatro macrorregiões para viabilizar o acesso a saúde: Litoral, Meio-Norte, Cerrados e Semiárido. O território do Vale do Rio Guaribas apresenta irregularidades climáticas, com situações de seca, além de marcante vulnerabilidade social, enfrentando dificuldades de acesso aos serviços de saúde, na referência e na contrarreferência *na* RAS e na Rede da Assistência Social. Está situado na Macrorregião do Semiárido, composta por 42 municípios, nos quais dá-se a prevalência de municípios com população menor de 20.000 habitantes, considerados de pequeno porte I, com base na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, PNAS, 2004), que preconiza que nestes cenários é requerida a realização de forma integrada das políticas setoriais, considerando as desigualdades socioterritoriais, visando o enfrentamento, para a garantia dos mínimos sociais, no provimento de condições para atender contingências sociais na busca da universalização dos direitos sociais (PNAS, 2004). A pesquisa com base no arcabouço jurídico e conceitual da Política de Saúde Mental no Brasil correlaciona as dimensões sócio-territoriais dos territórios em questão e discute os desafios para às ações em Rede e de que modo estas são desafiadas a enfrentar as desigualdades sociais e vulnerabilidades na produção do cuidado em Saúde Mental no território. Enfatiza-se nesse estudo, os municípios da região que apresentam população inferior à citada, que são: Pio IX: 17.671; Jaicós: 18.035; Paulistana: 19.785 e Picos que difere dos demais com população de 73.414 habitantes (IBGE, 2010), sede do quadrilátero dos municípios estudados, que possuem forte presença de população na zona rural, que tem como referência municípios de maior porte, como Picos, ou mesmo Teresina, capital do Estado, que dista, respectivamente, de 439, 358 e 461 quilômetros da capital, ou seja, estão a cerca de cinco horas e meia de viagem. Dado o porte dos municípios, necessitam de redes socioassistenciais, e, em geral, apresentam demandas significativas, contudo no que tange ao desenho das Políticas de Saúde e de Assistência Social, não comportam a existência de equipamentos públicos da Proteção de Saúde e de Proteção Social Especial. Neles é fundamental o diálogo intrasetorial e intersetorial que deve ser incrementado, sobretudo entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), que atuam no mesmo território de vida dos usuários, na busca de superar às vulnerabilidades (JOAZEIRO, ARAÚJO, ROSA, 2017). Esses municípios apresentam serviços em comum na rede: Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais se interconectam buscando gerar uma sinergia *entre* as Redes locais e regionais visando o cuidado à populações adstritas ao território. No estudo mediante análise das características locorregionais e locais, busca-se explicitar os desafios a serem enfrentados entre os 4 municípios da Macrorregião e pelo Estado, uma vez que apenas Paulistana e Picos apresentam Hospital Regional, porém sem implantação de leitos psiquiátricos, recorrendo assim, à Teresina nos casos graves. No contexto atual das Redes nesses territórios, está posto o desafio de estabelecer fluxos compatíveis para a tessitura de caminhos compartilhados na construção de uma rede integrada e sinérgica, a partir da lógica dos territórios e regiões de saúde, visando enfrentar as iniquidades na distribuição de serviços, expressas na desarticulação e descontinuidade das ações no âmbito do cuidado em Saúde Mental. A RAPS luta contra o modelo manicomial, propõe novas formas de acesso à Saúde Mental para além de internações, daí a importância de discutir como a rede em contexto de vulnerabilidade, desigualdade social e em tempos de crise, dificulta a abertura de serviços e capacitação

profissional (CARDOSO, 2016). Neste cenário urge a compreensão da dinâmica dos processos em curso e o investimento na educação permanente com foco no cuidado em saúde de forma que os profissionais possam transitar entre as tecnologias de cuidado leves e leves-duras (MERHY, 2007), perspectiva inescapável para imprimir à esta e às outras Regiões que compartilham dos mesmos parâmetros, maior eficácia na Política de Saúde Mental e no fomento às políticas públicas.

Formação para o campo da Saúde Mental: Atenção Básica e Matriciamento uma dinâmica em processo de construção.

Laína Jennifer Carvalho Araújo, Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil

laina5411@gmail.com

Resumo

Compreender o processo de formação no e para o campo da saúde é entender que este implica um diálogo entre diferentes áreas de conhecimentos, significa saber reconhecer a sua pluralidade a qual é fundamental para o desenvolvimento das “competências profissionais” (CAMPOS, 2000). Esta pluralidade de saberes que nada mais é do que cursos com “diferentes e específicas Diretrizes Curriculares Nacionais” (CAMPOS, 200, p. 260), contribuem tanto para a defesa quanto para o “desenvolvimento de competências reais e práticas no trabalho em saúde” (CAMPOS, 200, p. 264).

Nesse sentido, a formação para o campo da saúde deveria ter “como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e [de] sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43). As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) em Saúde têm sido “consideradas como estratégias para que as instituições formadoras subsidiem uma formação profissional condizente com a realidade e as necessidades de saúde da população” (RIBEIRO; RIBEIRO, SOARES, 2015, p. 167).

Assim, o trabalho em saúde “configura aplicação dos conhecimentos científicos das áreas e o emprego dos profissionais formados por estas mesmas áreas (da Grande Área da Saúde)” (CAMPOS 2000, p. 264), ao mesmo tempo em que absorve um conjunto de trabalhadores de diferentes áreas do conhecimento. A exemplo, o campo do social, em que “as Diretrizes Curriculares Nacionais estão orientadas à cidadania, relações sociais, equidade de direitos e oportunidades ocupacionais” (CAMPOS, 2000, p. 261), importantes para que o seu núcleo de saber se coadune com o campo da saúde.

Correlacionando a produção teórica do campo, o arcabouço jurídico do Sistema de Saúde com a realidade concreta territorial da cidade de Teresina “localizada no território Entre Rios que concentra a maioria dos bens e serviços do Estado, inclusive os equipamentos de saúde” (ROSA; JOAZEIRO, 2017, p. 27) discutimos neste artigo, o que vem a ser a especificidade dos equipamentos de Saúde Mental (CAPS) e os desafios de se fazer conhecer e se reconhecer no espaço da Atenção Básica. Discutiremos como tem se constituído essa dinâmica a partir da perspectiva do matriciamento e sobretudo do importante diálogo entre o núcleo de conhecimento das profissões com os saberes do campo da saúde e da saúde mental.

Para tanto, é necessário compreender o significado do valor do que vem a ser núcleo de saber e os saberes do campo, é o que permitirá compreender a saúde como uma produção social. O núcleo seria “como uma aglutinação de conhecimentos[...] demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; enquanto campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220).

O campo da Saúde Mental tem se caracterizado um espaço de cuidado coletivo, exigindo de os profissionais relacionar seu campo de saber com os saberes das demais profissões, uma vez que “a atenção no campo da Saúde Mental é constituída por diversos sujeitos sociais, com processos de formação em diferentes áreas” (FEITOSA; LAGO; FEITOSA, 2017, p.191), assim os “profissionais compartilham o seu saber, fazendo perceber que existe o campo comum a todos e o núcleo específico de cada especialidade ou profissão” (BRASIL, 2011, p. 16).

O Matriciamento “é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011, p.14) o qual tem sido um instrumento significativo dessa articulação. No Piauí, as ações de matriciamento ainda possuem baixa adesão quanto às equipes, representando uma lacuna entre as diretrizes da Política de Saúde Mental e o que se observa no território tornando o trânsito entre as Unidades Básicas de Saúde e os CAPS um importante desafio para a atenção especializada. Dentro dessa produção de cuidado coletivo, é necessário a defesa do compartilhamento de saberes e experiências como instrumento do desenvolvimento de competências profissionais em saúde” (CAMPOS, 2000, p. 256).

A discussão aqui apresentada buscou demonstrar que para além das relações horizontais que integram os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais, em que cabe tanto ao SUS quanto às instituições formadoras a reorientação das práticas, a interface do trabalho dos profissionais é complexa e

ampla principalmente quando sua integração e configuração sofrem influências do processo de gestão política local. Assim como também ressalta a atenção para a relação imprescindível entre saberes de núcleos de diferentes profissões para com o campo da saúde, quer seja sobre o cuidado, a dimensão dos determinantes sociais em saúde e a rede socioassistencial no território.

Atenção Secundária no SUS: o lugar do "social" na produção do cuidado em Saúde.

Violêta Maria da Silva Nolêto, Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Teresina, Brasil

flower_violeta@hotmail.com

Resumo

O estudo analisa e aprofunda a discussão acerca do objeto de pesquisa o trabalho de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Secundária. O objetivo é tecer um diálogo com autores deste campo de conhecimento. A temática responde à necessidade de refletir e aprofundar o conhecimento científico sobre o trabalho na Política de Saúde buscando compreender a Atenção Secundária e sua relação com os outros níveis da Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Analisa-se os níveis de atenção à Saúde, lugar do "social" na produção do cuidado e o agir tecnológico em saúde, com ênfase no território do município de Timon, no estado do Maranhão, região Nordeste do Brasil. A Política de Saúde no Brasil está regulamentada pela lei nº. 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde e estabelece que a Atenção à Saúde é dividida em três níveis, são eles, a Atenção Básica e a Atenção Especializada de Média e de Alta Complexidade. A Atenção Secundária, conforme prevista na lei nº. 8.080/90, é o nível intermediário de saúde, pois transita entre a Atenção Primária e a Terciária à Saúde. Assim, a Atenção Secundária correspondente a Atenção Especializada que é definida um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pelas chamadas tecnologias especializadas, delimitada pelo território, bem como pelos serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares que existem a partir da referência dos serviços de atenção primária, quando os problemas de saúde não são resolvidos nesse nível (CHIORO; SOLLA). Cumpre assinalar ainda, que utilizamos o conceito de território na perspectiva de Milton Santos, ou seja, como "o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações de sua existência". O contexto analisado é a realidade do município de Timon, do Estado do Maranhão, no Brasil, uma cidade de grande porte de 155.460 habitantes (IBGE, 2010), apresenta dentre estes 135.133 são residentes na zona urbana e 20.327 na zona rural, sendo 75.561 homens e 79.899 mulheres. Conforme decreto nº 4.367, criado em 09 de setembro de 2002, o município de Timon integra a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) da Grande Teresina, capital do Estado do Piauí, sendo Timon considerado o segundo maior município da Rede. Ainda, segundo Instituto Maranhense de Estudos Socioeconômicos e Cartográficos (IMESC) o município compõe a Região de Planejamento do Médio Parnaíba. Com relação à Política de Saúde, Timon tem gestão plena de Saúde, pois oferta serviços de saúde nos níveis de Atenção Primária, Secundária e Terciária. O presente estudo é um recorte da Pesquisa de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e a metodologia utilizada é de natureza quanti-qualitativa, pois é um estudo aprofundado, que permite um olhar atento aos sujeitos e a complexidade das relações sociais. Foi realizada a pesquisa bibliográfica na área da Saúde, com ênfase na Atenção Secundária, bem como o acesso à base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), para identificar as instituições municipais de Atenção Secundária à saúde de Timon (MA) em que está presente o trabalho social e os procedimentos e atividades individuais e coletivas realizados pela equipe multiprofissional de saúde nas referidas instituições. O período da pesquisa corresponde a análise dos dados da série histórica de janeiro de 2007 a janeiro de 2017. As instituições de saúde têm especificidades inerentes às diversas esferas de intervenção, que, no nosso ponto de vista, precisam ser identificadas para serem compreendidas no âmbito do exercício profissional do trabalho coletivo na esfera da produção do cuidado no SUS. Identificou-se que as Redes de Atenção à Saúde determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde, secundários e terciários (MENDES). Ao analisar a Política de Saúde, com ênfase na Atenção Secundária a Saúde, apreende-se que se faz necessário avançar na consolidação do SUS, e é perceptível o distanciamento entre o que está previsto na política pública, na legislação e normativas, da realidade, da prática e vivência no cotidiano profissional nas instituições de saúde. Portanto, observa-se a fragilidade no atendimento das necessidades humanas básicas em sua integralidade. No cotidiano profissional, os trabalhadores em saúde, precisam estar atentos para tomar as decisões que envolvem uma opção ético-tecnológica, com vistas a garantir o direito à saúde, mas sobretudo, o direito à vida de cada usuário do SUS. Enfim, é uma opção que reflete sua atuação profissional na direção do fortalecimento e consolidação de um sistema único de saúde, conforme preconiza a legislação, para todos, e que mesmo em meio as suas fragilidades e desafios a serem

superados, precisa do empenho dos trabalhadores em se perceberem e atuarem como sujeitos políticos e protagonistas na luta por um SUS mais equitativo e democrático.

Session 6

Salle 107

Thème : Experiencias en Innovación Sanitaria.
Expériences en innovation en santé.

Session organisé: Carlos Alberto Arenas Díaz, Servicio Murciano de Salud, España

InDemand, un nuevo modelo de innovación sanitaria liderado por los sanitarios.
Gorka Sánchez Nanclares et Jorge González, Servicio Murciano de Salud, España
gorka.sanchez@carm.es

Resumen

InDemand es un proyecto europeo que propone que el éxito de la innovación en el sector salud debe basarse en partir de las necesidades y no de las soluciones. Por ello se basa en la iniciativa de la demanda y en la co-creación posterior de la solución entre empresa y sanitarios.

ProEmpower, construyendo la solución integral para los diabéticos utilizando la Compra Pública Pre-Comercial.

Gorka Sánchez Nanclares et Pilar López Acuña, Servicio Murciano de Salud, España
gorka.sanchez@carm.es

Resumen

La diabetes es la pandemia del siglo XXI y su abordaje sigue estando centrado en el profesional, lejos del paciente. La clave está en desarrollar una suite completa de servicios para el diabético, formación, estilo de vida, nutrición, ejercicio físico, adherencia, comunicación con sus sanitarios... Todo ello con de forma cercana y personalizada. Para ello contratamos servicios de I+D a través de la Compra Pública Pre-Comercial en un proyecto europeo.

Experiencia de implantación de un sistema de localización de paciente y equipos en tiempo real en un hospital comarcal.

Carlos Alberto Arenas Díaz, Servicio Murciano de Salud, España
carlosalbertoarenas@gmail.com

Resumen

Explicar el modo de implantación a través del proyecto europeo. Las dificultades técnicas y las resistencias organizativas. Sus puntos fuertes y su potencial para gestión, la seguridad y la información de familiares.

Proyecto OR4.0, bloque quirúrgico multi-hospitalario seguido por RFID.

Carlos Alberto Arenas Díaz et Gorka Sánchez Nanclares, Servicio Murciano de Salud, España
carlosalbertoarenas@gmail.com

Resumen

Poder medir de forma automática los tiempos de la actividad quirúrgica es clave para lograr la eficiencia y la orquestación de todos los agentes implicados en el quirófano. La Identificación por radio-frecuencia nos permite calcular la trazabilidad completa de los procesos a tiempo real, sin sesgo de registro. Con el planteamiento multi-hospital buscamos la comparación competitiva entre ellos, identificando los mejores rendimientos quirúrgicos de los que poder aprender.

Session 41

Salle 109

Thème : Estudos Estratégicos para novas abordagens no Planejamento da Força de Trabalho Especializada em
Saúde.

Histoires stratégiques pour les approches novatrices non Planejamento da Força de Trabalho Especializada em Saúde.

Session organisé: Leda Zorayde de Oliveira, Fiocruz, RJ, Brasil

Modelos de projeção de duas especialidades médicas em diferentes cenários e contextos da atenção em saúde no Brasil.

*Sabado Nicolau Girardi**, *Cristiana Leite Carvalho**, *Lucas Pereira Wan Der Maas**, *Joana Natalia Cella**, *Ana Carolina Maciel de Assis Chagas**, *Laura Rodrigues Wong***, *Lêda Zorayde de Oliveira****, **NESCON Universidade Federal de Minas Gerais*, *** CEDEPLAR UFMG* et **** CEE FIOCRUZ RJ, Brasil*

Migração Médica Interna de especialistas (ortopedia e oftalmologia) - indicadores para políticas de expansão e alocação.

*Paulo Henrique D'Ângelo Seixas**; *Rodrigo Calado***; *Maria Paula Ferreira*** Faculdade de Ciencias Médicas da Santa Casa de Sao Paulo**; *Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayosa Galvão***; *Fundação SEADE****

Mapeamento e validação do escopo das práticas especializadas nas áreas de Oftalmologia e Ortopedia e Traumatologia em diferentes níveis de atenção.

*Sabado Nicolau Girardi**, *Cristiana Leite Carvalho**, *Ana Cristina Van Stralen**, *Jackson Araújo Freire**, *Joana Natalia Cella**, *Célia Regina Pierantoni*** *Valéria Morgana P. Goulart****, *Univeridade Federal de Minas Gerais**, *Universidade Estadual do Rio de Janeiro*** et *Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro****

Avaliação do escopo de prática de cirurgiões-dentistas que atuam nos serviços público de saúde e fatores associados. *Cristiana Leite Carvalho**, ****, *Sabado Nicolau Girardi***, *Ana Cristina Van Stralen***, *Joana Natália Cella***, **Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais*, ***Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*

Horaire : 11:30 – 13:00

Session 7

Salle 102

Thème : Outils de management et innovation en santé

Président:

Méthodologie innovante et participative d'élaboration d'un plan stratégique impliquant les parties prenantes – Cas d'une association d'accompagnement des personnes handicapées.

Maïté Rateau et Frantz Datry, ISEOR, France

rateau@iseor.com

Résumé

Objectif de la recherche

Expérimenter une méthodologie d'élaboration d'une stratégie dans une organisation sanitaire et sociale à partir d'un processus de construction stratégique qui vise trois objectifs :

- *d'une part, associer toutes les parties prenantes : la gouvernance y compris les familles de personnes handicapées très impliquées dans le fonctionnement de l'institution, la direction, le management. C'est-à-dire faire le choix politique d'assembler des contributions distinctes, peut-être divergentes, mais complémentaires, dans un même schéma stratégique ;*
- *d'autre part, orchestrer l'implication de ces différentes parties prenantes dans le temps et synchroniser un dispositif décentralisé afin de faire émerger les idées nouvelles et négocier leur adaptation avec des orientations et des pratiques antérieures ;*
- *enfin, bâtir un dispositif de validation progressive des choix stratégiques retenus, c'est-à-dire organiser la concertation mais aussi le processus de décision qui intègre une part de directivité.*

Contexte et problématique

Cette communication s'appuie sur les matériaux élaborés à partir d'une **recherche-intervention** conduite au sein d'une **grande association d'accueil et de soins aux personnes handicapées**. Cette

organisation, située dans l'ouest de la France, compte 1 400 salariés pour un budget annuel de 90 millions d'euros. La structure de l'organisation est composée de 52 établissements répartis sur un Département. À l'occasion du changement de direction générale intervenue en 2016, la gouvernance et la nouvelle direction de l'association engagent le **projet de refonte de leur stratégie à long terme**.

Dans un environnement complexe du fait des contraintes budgétaires ou de multiplicités des parties prenantes, de nombreuses associations font le choix de réaliser des alliances stratégiques depuis une mutualisation des moyens jusqu'à la fusion d'associations. Cela a été le cas pour l'organisation étudiée. Ces alliances stratégiques pour devenir une force nécessite alors un alignement stratégique et une implication des différentes parties prenantes afin d'améliorer la mise en œuvre stratégique. Notre problématique découle d'un double enjeu : d'une part, **adapter la stratégie à un nouvel environnement** institutionnel, sociétal et économique ; d'autre part, **élaborer cette nouvelle stratégie à partir d'un processus participatif** qui implique l'ensemble des parties prenantes – gouvernance, parents, bénévoles, direction, encadrement et équipes. Il s'agit alors d'étudier la méthodologie appliquée pour élaborer cette stratégie et étudier les apports d'une telle méthodologie participative.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

Théorie des parties prenantes : les parties prenantes sont multiples pour chaque organisation. Leurs choix semblent être un élément critique au vu des nombreuses définitions possibles (Wolfe et Putler, 2002). Cependant, la création de liens favorables représente non seulement un enjeu de performance durable, mais également d'innovation pour les organisations. L'implication de ces dernières dans la stratégie et la nécessité de répondre à leurs besoins représente une difficulté et un enjeu majeur pour les organisations. Ainsi, cette théorie semble alors pouvoir expliquer les nouvelles structures organisationnelles (y compris les processus) pour permettre de bénéficier des avantages de l'implication des parties prenantes.

Théorie socio-économique : ses théories sous-jacentes telle que la théorie du socle stratégique permet de mettre en lien la cohésion des parties prenantes et l'ambition stratégique qui en découle (Savall et Zardet, 1987, 2004, 2005, 2010, 2014).

L'objectif de cette recherche étant l'élaboration et la mise en œuvre d'un processus participatif afin de co-constituer une nouvelle stratégie innovante, la méthodologie d'une recherche-intervention a permis l'observation et la collecte de données en amont, pendant et en val du processus.

C'est dans le cadre d'une recherche-intervention, réalisée en 2017 que l'équipe de l'ISEOR est intervenue au sein de cette association à la demande de sa direction générale. La convention de recherche-intervention a eu pour objet d'accompagner la direction dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une ingénierie de planification stratégique.

Résultats et discussion

Un processus de 8 mois de travail très intense pour aboutir à un nouveau projet stratégique : piloter le temps long de la maturation du projet et les différentes phases (remontantes-descendantes) de concertation et de validation. Nous décomposons les étapes qui ont permis la création du plan stratégique mais également l'adhésion des parties prenantes à ce plan. Cette méthodologie demande un dosage participatif – directif. Nous analysons l'aboutissement innovant des actions stratégiques qu'un autre processus n'aurait pas permis. Cependant, il s'agit d'un cas unique, la méthodologie mériterait d'être appliquée à d'autres organisations pour ne dégager les éléments génériques et contingents.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique

Le but de cette communication est de proposer une méthodologie innovante applicable à une organisation complexe incluant un grand nombre de parties prenantes. De plus, elle est un élément complémentaire à la théorie du socle stratégique en prenant en compte les parties prenantes.

Sécurisation de recettes : analyse du processus de recouvrement.

Philippe Garnerin, Xavier Dimeck, Viviane Malet, Pierre-Yves Bertrand, Sonia Chiararia, Ryma Qutaish, Mickael Les Enfant†, Florent Duviau†, Mahmoud Mahdi†, Hôpitaux Universitaires de Genève, Suisse
philippe.garnerin@hcuge.ch

Résumé

Aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), comme dans de nombreux hôpitaux, les absences et les retards de facturation des prestations fournies, ainsi que les délais et les défauts d'encaissement, représentent une menace constante pour la santé financière de l'institution.

Dans le but de sécuriser les recettes, la Direction des finances a initié un projet de fiabilisation du processus "cash to cash". Le projet s'appuie sur une révision complète tant des activités comprises entre la réalisation de la prestation et l'encaissement de son produit que des outils informatiques qui les sous-tendent.

Conduit en 2017 avec l'appui de la société Wavestone, l'analyse présentée concernait l'amélioration du segment recouvrement. Ce segment inclut les demandes d'information, les réclamations, les rappels, les sommations et les poursuites. Le mandat comprenait notamment la description des processus financiers impliqués, l'identification de leurs défauts et des solutions envisageables.

La description des processus financiers a concerné 17 processus types. Elle a consisté en une recherche d'informations complémentaires permettant de préciser pour chaque processus type, les événements déclencheurs, les éléments entrants de chaque activité, la nature fine des activités (tâches, ressources humaines et matérielles, temps de traitement, valeur ajoutée), les branchements, les latences éventuelles, les éléments sortants de chaque activité, et le résultat du processus.

Ces informations ont été collectées lors de 18 ateliers. Chaque activité a été cotée en termes de valeur ajoutée pour le bénéficiaire du processus. La non valeur ajoutée a été subdivisée en non valeur ajoutée liée à une activité inutile et non valeur ajoutée liée à une activité nécessaire (par exemple, une tâche réglementaire ou induite par le design du système d'information). Par ailleurs, les différents défauts - éléments ou problèmes qui s'opposent au fonctionnement idéal d'un processus - ont été recensés à l'aide d'un document dédié.

L'analyse a révélé que les 17 processus types étaient associés à 64 variantes, l'ensemble représentant au total 948 activités. Parmi ces activités, 552 ne présentaient pas de valeur ajoutée. Sur l'ensemble des activités, on a dénombré 241 défauts. Les activités inutiles sans valeur ajoutée étaient au nombre de 55. Dans l'ensemble, on constate une grande hétérogénéité des défauts dont l'origine est à rechercher dans une multitude de causes spécifiques. L'impact des défauts constatés sur l'utilisation des ressources humaines n'est pas négligeable. En effet, les gestionnaires et leurs responsables sont accaparés par l'exécution des tâches opérationnelles obligatoires mais ne parviennent pas à dégager du temps pour les activités à plus forte valeur ajoutée et plus en adéquation avec leurs compétences.

Trois ensembles de solutions aux problèmes rencontrés ont été constitués, à savoir des propositions pouvant être mises en œuvre sans délai, des propositions de modifications simples des outils informatiques pouvant être mises en œuvre dans un délai court et des propositions « moyen terme et/ou long terme » dont le plan de mise en œuvre et les impacts doivent être approfondis par les équipes opérationnelles et IT avant leur déploiement. Globalement, 290 propositions ont été recensées. Parmi elles, 42% relèvent de solutions à mise en œuvre immédiate ou à court terme.

L'analyse réalisée a révélé que, contrairement à une idée préconçue, l'essentiel des difficultés rencontrées en matière d'amélioration du segment recouvrement, ne résidait pas uniquement dans l'inadéquation des outils informatiques. Une situation plus contrastée est apparue dans laquelle la nature même des processus joue également un rôle. Par ailleurs, l'analyse a mis au jour l'abondance et l'extrême diversité des causes de déficience. Elle apporte des éléments de compréhension quant à l'origine des difficultés rencontrées et permet, à côté des options technologiques lourdes dont l'implémentation nécessitera du temps, d'identifier des solutions simples à mettre en œuvre ayant le potentiel d'améliorer rapidement le fonctionnement du processus tout en soulageant les opérateurs des tâches inutiles.

La gestión económica de la actividad en un centro sociosanitario en España: aso del IASS.

Daniel Carrasco Díaz, Daniel Sánchez Toledano1, María Isabel Carrasco Zafra2, 1Universidad e Málaga y 2 Fundación CUDECA, España.

daniel.carrasco@uma.es

Resumen

El objetivo de la investigación se centra en definir las estructuras básicas de un modelo de contabilidad analítica –elementos de coste, centros, actividades, criterios de distribución, etc.- en centros socio-sanitarios y los informes e indicadores para orientar una gestión en la aplicación de recursos más eficiente, eficaz y económica.

La demanda de la actividad sociosanitaria en España, como en el resto del mundo, se está incrementando, de manera sustancial, en las últimas décadas, por dos hechos fundamentales como son el aumento de la edad media de la población y la mayor sensibilidad social y política hacia los mayores.

Ante un entorno de recursos escasos y aumento de la demanda de prestaciones, es imprescindible aplicar en dicha actividad los principios de eficiencia, eficacia y economía, que deben presidir como directrices fundamentales su gestión económica.

Se trata de plantear un modelo de contabilidad analítica que dé respuesta informativa para la determinación de indicadores que midan el grado de consecución de los citados objetivos, con los modelos y tecnología de cálculo que tenemos a nuestro alcance.

Aunque la actividad sociosanitaria se realiza en España por agentes privados y públicos, nos centraremos en aquellos que cubren mayor espacio y especialmente en las entidades locales que asumen la mayor parte de responsabilidades ante la ciudadanía para satisfacer la demanda de dicha actividad en cualquier parte del territorio nacional.

En el trabajo que presentamos, aprovecharemos nuestra experiencia de implantación de la contabilidad analítica en el IASS (Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Santa Cruz de Tenerife) para exponer el modelo de contabilidad analítica empleado, los indicadores más significativos para cuantificar el grado de alcance de los referidos principios y las principales dificultades para su puesta en funcionamiento.

L'évaluation des technologies de santé à l'hôpital : l'exemple du CHU de Lausanne (Suisse).

Christophe Pinget, Centre hospitalier universitaire vaudois, Suisse

christophe.pinget@chuv.ch

Résumé

Contexte

L'évaluation des technologies de santé (ETS) est un outil permettant aux décideurs de disposer d'une information complète sur l'ensemble des conséquences liées à l'adoption d'une nouvelle technologie. Ces évaluations sont souvent menées par des agences régionales ou nationales d'ETS. Afin de permettre une analyse plus rapide et spécifique, certains hôpitaux se sont dotés d'une cellule d'ETS.

Objectif

L'objectif de cette étude est :

- D'analyser les différents modèles d'évaluation technologique à l'hôpital.
- De présenter la mise en place, l'organisation et les résultats de l'ETS au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

Résultat

Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a créé en 2002 une Unité d'évaluation technologique (UET). Rattachée à la Direction médicale, cette unité a pour fonction principale de rédiger des rapports d'évaluation médico-économiques sur les nouvelles procédures médicales. Sur la base de ces rapports, la Direction générale décide ou non d'introduire ces nouvelles procédures. Les rapports sont rédigés par un économiste de l'UET avec l'aide du médecin clinicien souhaitant introduire la nouvelle procédure de prise en charge.

Une étude rétrospective portant sur les dix premières années d'activité de l'UET a montré les résultats suivants : Sur les 40 nouvelles procédures médicales ayant fait l'objet d'un rapport d'évaluation médico-économique durant la période considérée, 34 ont été acceptées par la Direction générale. Parmi les 28 cliniciens en charge de ces 34 nouvelles procédures, 27 ont accepté d'être interviewé. Quatre-vingt-cinq pourcent des cliniciens (23/37) reconnaissent l'utilité et la nécessité du processus d'évaluation médico-économique. Parmi les 34 nouvelles procédures acceptées, 5 n'étaient plus utilisées en 2012. Pour les 29 autres, le nombre effectif de patients était supérieur à celui attendu dans 4 cas, inférieur dans 15 cas, conforme aux attentes dans 8 cas et non disponible dans 2 cas. La durée moyenne de séjour était supérieure à ce qui était attendu (+61%). Deux procédures médicales ont présenté un taux de complication supérieur à celui attendu et 3 procédures un taux de succès inférieur à celui attendu. Dans un premier temps, les indications définies dans le rapport d'évaluation ont été systématiquement suivies. Cependant, dans 16 cas sur 29, elles ont évolué après quelques années de pratique (6 élargissements, 7 réductions et 3 autres changements).

Conclusion

Le processus d'évaluation des technologies de santé est reconnu comme un outil permettant d'améliorer la qualité des prises de décisions. Une analyse de suivi des nouvelles procédures médicales devrait être systématiquement mise en œuvre afin d'adapter les conclusions des rapports d'évaluation à l'évolution de la pratique et des nouvelles évidences scientifiques.

Thème : Innovation et hôpitaux (1)

Président:

Expectativa e Satisfação do Paciente-Cliente em Serviço Público Hospitalar: Atendimento Médico e Tempo de Espera em Ambiente Hospitalar como Desafios à Gestão.

Sara Martins Vieira Zimmermann, Camila Goulart Joazeiro Zimmermann, Isaque Toledo Zimmermann et Anita Zimmermann, Brasil.

sa_mvz@hotmail.com

Resumo

A escolha de hospital de atendimento gratuito vem em encontro com a crescente preocupação das organizações de saúde pública de apresentarem altos índices de satisfação do público, a partir do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal Brasileira, em 1988. A satisfação do paciente pode ser um indicador de controle de qualidade do serviço de saúde. A avaliação da satisfação do paciente envolve medição cuidadosa, interpretação dos resultados em conjunto com outros dados e monitoramento constante para garantir a manutenção de qualidade de atendimento na saúde. Pesquisas demonstram que pacientes com experiências médicas positivas apresentam resultados de saúde positivos. É importante salientar que a análise da satisfação do paciente não deve apenas considerar experiências com a equipe médica, mas também a experiência do paciente no ambiente de espera. A expectativa desempenha importante papel na satisfação percebida. O objetivo deste trabalho foi identificar se o paciente-cliente se sente satisfeito em relação ao atendimento médico recebido em hospitais de assistência gratuita, mesmo que, possivelmente tenha que esperar por longo período de tempo em ambiente interno hospitalar, antes do atendimento médico. Para atingir tal objetivo, a metodologia utilizada foi pesquisa bibliográfica em fontes de bases científicas. É possível encontrar diferentes definições da satisfação do paciente-cliente. Ainda assim, definiu-se para este artigo apresentação da satisfação como a avaliação positiva do paciente em relação a diferentes dimensões no cuidado da saúde. A revisão teórica e a discussão demonstram que os pacientes sentem satisfação com o atendimento recebido, mesmo quando esperam por certo período para serem atendidos. Verificou-se também que os pacientes mais satisfeitos são aqueles que apresentam expectativa positiva antes do atendimento, confirmada após a experiência com a equipe médica. A pesquisa contribui para a exposição da importância da preocupação com a expectativa do paciente-cliente, bem como com a manutenção da satisfação do mesmo, e, oferece uma perspectiva do cliente que pode contribuir para uma avaliação completa da estrutura, dos processos e dos serviços de saúde. Observa-se, entretanto, que a espera é um fator importante na satisfação do cliente. Os motivos pelos quais os pacientes esperam por longos períodos de tempo para atendimento médico em um hospital universitário, a satisfação com a experiência, a confiança na equipe médica e a expectativa de cura são fatores determinantes para a espera de forma satisfatória. Hoje, a demanda por estas informações é grande, e os índices de satisfação são importantes indicadores de eficácia, qualidade e viabilidade de serviços de saúde. A contribuição do presente trabalho é a exposição da importância da preocupação, por parte dos gestores, com a expectativa do paciente-cliente, bem como com a manutenção da satisfação do mesmo.

Calidad de vida en enfermos oncológicos del Hospital General de Zacatecas.

Pascual Gerardo García Zamora, Arcelia Talamantes Lujan, Cristina Almeida Perales, Adriana Davalos et Dellanira Ruiz de Chavez Ramirez, México.

ggaza2000@yahoo.com.mx

Resumen

Los objetivos

Describir las determinantes de la calidad de vida del enfermo oncológico, haciendo énfasis en las esferas mental, social, conocer las creencias sobre las causas de la enfermedad y la actitud ante la muerte del paciente. Pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores determinantes de la calidad de vida en enfermos oncológicos atendidos en el Hospital General de los Servicios de Salud de Zacatecas, ?.

La hipótesis

Los factores sociales y emocionales son los determinantes que más influyen en la calidad de vida en pacientes oncológicos. Se realizó un estudio transversal y analítico en pacientes oncológicos del Hospital General Zacatecas «Luz González Cosío» de la ciudad de Zacatecas, Zacatecas con una muestra de 91 pacientes con diferentes tipos de cáncer. El análisis de los resultados se llevó en SPSS versión 15.0 para Windows, medidas de tendencia central y correlaciones de Pearsons, pruebas T y análisis de varianza (ANOVA). Se tomaron en cuenta los aspectos éticos para la investigación en seres humanos convenidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I.

En México el cáncer de mama constituye a partir del 2016 la primera causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres mayores de 25 años, teniendo en ese año un total de 4,440 defunciones y una tasa de 1.58 por 100 mil mujeres en ese rango de edad. En el 2014 se registraron 5980 defunciones con una tasa de 17.6 por 100,000 mujeres de 25 años y más. Siendo que en nuestro estado para el año 2014 se presentaron un total de 74 defunciones con una tasa correspondiente a 18 por cada 100,000 mujeres de 25 años y más años por arriba de la media nacional. p 19 (Diagnóstico Estatal Sectorial de Salud 2016)

La calidad de vida relacionada con la salud, es uno de los predictores más fuertes de satisfacción vital y en estos pacientes en las etapas iniciales se percibe como nula o mínima. Dependiendo de la edad, sexo, pronóstico y tratamiento de cada tipo de cáncer y de cómo éstos permiten al enfermo una capacidad razonable de mantener sus funciones físicas, intelectuales y psicológicas, así como la posibilidad de participar en actividades sociales comparadas con lo que ellos perciben como ideal o su experiencia previa, permitirá que la calidad de vida sea percibida nuevamente como «buena». (Font, 1994).

La Psicooncología, que es la fusión de la oncología, la psiquiatría y la psicología, modelo planteado por el físico matemático Basarab Nicolescu en 1983 que se define como la valoración y tratamiento de los aspectos sociales, culturales, espirituales, psicológicos, religiosos, económicos, políticos y de sexualidad, permitiendo explicar un suceso en particular, en este caso la premisa «No hay enfermedades, hay enfermos», cuya característica es que cada uno es único, nuevo y diferente si se compara con otro paciente (Alvarado, Genovés, & Zapata, 2009).

Resultados

En la distribución según el tipo de cáncer, la mayoría de los pacientes tienen diagnóstico de cáncer de mama (67 por ciento) y el resto se divide en diferentes tipos de cáncer. Para fines ilustrativos los cánceres de esófago, estómago, hígado, colon y recto se agruparon como «Digestivos» y dentro del grupo «Hematológicos» se incluyeron los linfomas no Hodgkin y las leucemias, ambos ocupan el segundo lugar con 6.6 por ciento; los de pulmón, garganta y laringe se agruparon como «Respiratorios»; por último en «Piel y Tejidos» se incluyeron cánceres de piel como el melanoma maligno y tumores del estirpe musculoesquelético. La calidad de vida en la mayoría de los pacientes se encuentra por encima de la media y es superior comparada con los resultados mundiales. Ella es influida positivamente por la ausencia de problemas emocionales, la interacción social positiva y el apoyo informativo y afectivo. Los hombres en general tienen menor calidad de vida que las mujeres. Los problemas físicos influyen negativamente en ésta. No se encontraron asociaciones significativas entre la calidad de vida y el apoyo instrumental, tipo de cáncer y otras variables sociodemográficas. La mayoría de las creencias de las personas respecto a la muerte se asocian con la divinidad. En los problemas prácticos, la seguridad financiera representó un problema en 80.2 por ciento de los pacientes, seguido de problemas en la escuela/trabajo en un 70.3 por ciento.

Los resultados sobre las creencias de las causas de su padecimiento mostrarán que el 86.8 por ciento tiene una opinión sobre la raíz de su patología. Más de la mitad (57 por ciento) de los pacientes refieren como causa a factores emocionales (20.3 por ciento), divinas (13.9 por ciento), traumatismo previo (12.7 por ciento) o destino (10.1 por ciento). Las causas establecidas por la medicina occidental se encuentran presentes, como los malos hábitos (14.3 por ciento) o la herencia (12.7 por ciento).

Transferts inter-hospitaliers d'examens CT Cérébraux de patients atteints d'un AVC.

Grégory Canivet, CHU de Liège. Domaine du Sart Tilman Service des Applications Informatiques SAI, Belgique

gregory.canivet@chuliege.be

Résumé

Contexte

Plusieurs hôpitaux de la région liégeoise en Belgique ont établi une convention permettant de se partager les gardes neurovasculaires dans la prise en charge des patients atteints d'un accident vasculaire cérébral (AVC) et nécessitant une thrombectomie.

Objectifs

Permettre au neuroradiologue de garde d'avoir accès au CT cérébral du patient atteint d'un AVC dans un délai très court.

Intégration des examens d'imagerie du patient dans le dossier électronique de l'hôpital recevant le patient pour l'intervention neurovasculaire.

Intégration dans le Pacs institutionnel afin que le neuroradiologue ait tous les outils à sa disposition pour le diagnostic et ait la possibilité de comparer l'examen avec d'autres examens antécédents.

Problématique

Le neurologue et le neuroradiologue doivent pouvoir diagnostiquer et intervenir dans un timing très court. L'examen CT Cérébral doit donc être disponible très rapidement à ces spécialistes. Les outils mis à disposition pour visualiser un examen CT réalisé dans une autre institution sont souvent fort limités au point de vue des fonctionnalités, ne permettant pas la comparaison avec les examens d'autres systèmes ni un export aisé dans le format Dicom.

Certains hôpitaux gravent encore des CD, ce qui permet de réintégrer l'examen au format Dicom dans un autre Pacs de manière plus aisée, mais du point de vue du timing dans le cadre de ces examens nécessitant une intervention très rapide, il y a une énorme perte de temps (gravure du CD, importation dans le dossier de l'hôpital destination possible seulement une fois le patient arrivé sur place).

Méthode

Le nouveau flux de travail consiste à envoyer de façon rapide et sécurisée l'examen CT Cérébral vers le Pacs de l'hôpital destinataire dès la réalisation de celui-ci.

Ce transfert s'effectue à travers le réseau Internet sur lequel les différents hôpitaux sont connectés.

Pour parvenir à réaliser un transfert Pacs à Pacs de manière transparente et efficace comme si le transfert s'effectuait dans la même institution, plusieurs éléments ont dû être mis en place :

a) Révision du protocole d'acquisition du CT Cérébral des hôpitaux émetteurs :

Certains protocoles d'acquisition utilisent le format Dicom Enhanced CT. Ce format CT multi-frames apporte plusieurs bénéfices (gain de temps lors du transfert Dicom, paramètres supplémentaires (gestion des couleurs, vitesse,...) et d'autres informations liées à certains protocoles d'acquisitions spéciaux). Bien qu'étant entrés dans le standard Dicom il y a presque 15 ans, certains Pacs n'ont pas implémenté l'affichage de ce type de séries. Il a donc été recommandé aux différents hôpitaux se regroupant dans la convention de modifier leurs protocoles d'acquisition CT Stroke pour n'utiliser que le format CT classique.

b) Installation d'un serveur de transfert Dicom :

Utilisation du serveur Pacs Open Source Orthanc pour recevoir et transmettre les examens vers le Pacs institutionnel. Les outils intégrés dans Orthanc permettent une vérification simple de l'entête Dicom des images et une redicomization si nécessaire. Ce serveur Dicom est utilisé comme passerelle entre le réseau privé de l'institution et le réseau public. Il est utilisé aussi pour convertir le protocole de transfert Dicom SCU du Pacs en DicomWeb.

Orthanc a également intégré le langage script Lua qui permet dans ce cadre de compresser/décompresser les images à la volée et de les transmettre vers la destination Dicom désirée.

c) Protocole de transfert DicomWeb STOW-RS sur https :

Par défaut, Orthanc contient sa propre API REST qui permet toutes les actions CRUD sur les ressources Dicom qu'il stocke.

Un plugin supplémentaire étend l'API REST native d'Orthanc par une implémentation du standard DicomWeb.

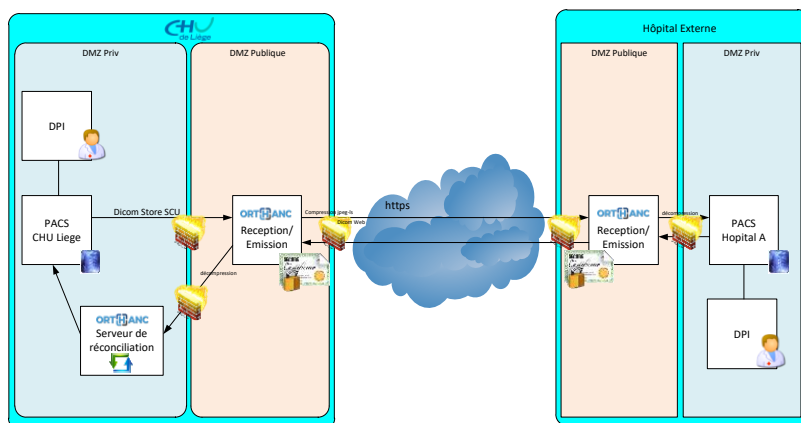
Le standard DicomWeb est plus récent et pas encore implémenté par tous les fournisseurs de Pacs mais la volonté dans ce projet d'échange d'images est de permettre à tout Pacs de pouvoir intégrer la solution sans devoir être lié à une solution propriétaire. Le passage par le web permet d'éviter les coûts de configuration d'un VPN ainsi que les coûts liés au processing des données par les serveurs VPN. Cela conduirait à une perte de performances dans l'encryption et la decryption des données.

d) Compression des données sans perte :

Afin de gagner plusieurs minutes dans le transfert d'un examen CT, les données Dicom sont compressées à la volée en JPEG-LS.

e) **Réconciliation des données dans le dossier patient récepteur :**

La réconciliation est primordiale pour intégrer les images dans le bon dossier patient afin que le radiologue puisse profiter des outils du Pacs pour comparer, mesurer, reconstruire certaines séries. La réconciliation est basée sur le numéro national du patient qui se trouve bien dans un des tags Dicom.



Résultats

Le transfert automatisé de Pacs à Pacs permet un gain de temps considérable pour l'accès aux données. Le transfert d'un CT de 1500 coupes prend en moyenne 15 minutes.

L'intégration dans le Pacs et le dossier patient de l'hôpital destinataire est un plus pour le neuroradiologue qui a alors accès aux images et aux antécédents éventuels du patient depuis son propre Pacs.

L'utilisation d'outils Open Sources et de standards internationaux permet d'interconnecter n'importe quel type de Pacs et de ne pas s'enfermer dans une solution propriétaire.

Factores de riesgo asociados a la resolución del embarazo en mujeres que acuden a consulta de Ginecología y Obstetricia en un Hospital Público de Sinaloa, México.

Ignacio Osuna-Ramírez, María Fernanda Salomón Benítez, Kenia Yaretzy Osuna Espinoza, Ricardo Parra Unda et Fred Morgan Ortiz, Universidad Autónoma de Sinaloa, México
ior6510@hotmail.com

Resumen

Introducción

El exceso de peso corporal (EPC) al inicio del embarazo y la ganancia de peso gestacional (GPG) superior a la recomendada, son factores que aumentan el riesgo de complicaciones durante el embarazo, las cuales derivan a nacimiento por cesárea. América Latina es el continente donde se practica con mayor frecuencia el nacimiento por cesárea con un 26%; **en México el 46.2% de los nacimientos son por esta vía según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.**

Objetivo

Identificar factores de riesgo asociados a la resolución del nacimiento por cesárea en mujeres que acuden a consulta de ginecología y obstetricia.

Material y métodos

Una cohorte dinámica de 158 mujeres embarazadas atendidas en un hospital público de Sinaloa, México, fue considerada para esta investigación. Las participantes fueron sometidas a mediciones antropométricas, dietéticas, bioquímicas y clínicas, en el período de seguimiento de julio de 2011 a julio de 2012. Un análisis de regresión logística múltiple fue usado para identificar los factores de riesgo asociados a la resolución del nacimiento. Un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

La edad promedio de las participantes fue de 24.5 años (IC95%: 23.5 - 25.4). En promedio las mujeres acudieron a consulta con el ginecólogo a las 9.2 semanas de gestación (IC95%: 8.8 - 9.6). El riesgo de cesárea, en mujeres que ganaron peso más de lo adecuado, fue de 2 (IC95%: 1.2 - 3.8) veces más en

comparación con aquellas que la GPG fue adecuada ($p=0.005$). El incremento del índice de masa corporal pre gestacional aumentó la incidencia de cesárea.

Discusión

El riesgo de cesárea es más alto en mujeres que inician su embarazo con exceso de peso corporal aunado a una ganancia de peso superior a lo adecuado, ajustado por la edad de la madre, número de consultas al obstetra y nacimiento prematuro. En México, según la Norma Oficial Mexicana, máximo el 15% de los embarazos deben ser por cesárea lo que pone en evidencia que en nuestras instituciones de salud la resolución del embarazo por cesárea supera, en mucho, los indicadores propuestos y esto contribuye, en consecuencia, gastos en salud tanto para las instituciones como para las mujeres.

Session 9

Salle 104

Thème : Innovation organisationnelle (1)

Président:

Lo sviluppo delle pratiche avanzate infermieristiche negli studi medici non ospedalieri in Svizzera.

Carlo De Pietro, Renata Josi, SUPSI – Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, Svizzera

carlo.depietro@supsi.ch

Riassunto

Obiettivi

Presentare le evoluzioni in corso nel settore ambulatoriale extra-ospedaliero svizzero, con particolare attenzione alla presenza e alle attività dei professionisti sanitari non medici (infermieri, dietisti, fisioterapisti, ergoterapisti) negli studi medici.

Contesto e descrizione del problema

Il settore ambulatoriale extra-ospedaliero in Svizzera sta evolvendo rapidamente. Al modello tradizionale dominante della “solo practice” con lo studio del medico che lavora da solo o aiutato da un assistente di studio medico, si stanno rapidamente affiancando nuove forme di organizzazione. Due evoluzioni chiare sono quelle legate alla crescente diffusione di:

- a. studi associati (con più medici) ed eventualmente a loro volta appartenenti a reti/gruppi (con gradi differenziati di autonomia),
- b. studi che, oltre a medici e assistenti di studio medico, si avvalgono anche di altri professionisti sanitari specializzati (infermieri, ostetriche, dietisti, ergoterapisti, fisioterapisti, psicologi, ecc.).

Queste trasformazioni del settore avvengono in concomitanza con riforme che, tuttora in corso in Svizzera, riguardano la regolamentazione delle professioni sanitarie e i loro percorsi universitari e formativi.

Le trasformazioni nei due settori (degli studi medici da una parte, e di regolamentazione e formazione dall'altra) hanno origini e dinamiche indipendenti tra loro. Entrambe però finiscono per influenzare lo sviluppo e le prospettive delle cure extra-ospedaliere.

Teorie, metodi, modelli, materiali utilizzati

L'analisi è di politica sanitaria.

Per la descrizione “anagrafica” del settore ambulatoriale ci avvarremo di una rilevazione da noi condotta presso gli studi medici associati svizzeri, nonché sull'esame della documentazione istituzionale e amministrativa dell'amministrazione federale (Ufficio Federale di Statistica, Ufficio Federale di Sanità Pubblica, ecc.). tale descrizione metterà in luce numerosità, tipo e formazioni specialistiche delle figure professionali attive negli studi, nonché l'appartenenza a reti/gruppi di studi medici.

A questa descrizione “anagrafica” si affiancherà una stakeholders' analysis basata principalmente degli atti parlamentari relativi al processo di consultazione in corso sulla legge federale sulle professioni federali non mediche.

Risultati e discussione

I risultati dell'analisi proveranno a rispondere alle seguenti domande:

- in quali forme organizzative sta evolvendo il settore degli studi medici extra-ospedalieri in Svizzera? Qual è il ruolo delle reti? Quali sono le dimensioni degli studi? Quali sono le attività/specialità offerte? Quali sono le figure professionali coinvolte?

- qual è l'autonomia professionale dei professionisti sanitari non medici (in particolare infermieri, dietisti, ergoterapisti, fisioterapisti) che lavorano in tali studi? Quali attività svolgono? Quali formazioni post-base hanno svolto?

Contributo/interesse della comunicazione in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche

Le trasformazioni in corso nel settore ambulatoriale extra-ospedaliero svizzero (riduzione della quota di "solo practice", sviluppo di reti e maggiore presenza/ruolo di professionisti sanitari non medici) sono in larga misura simili a quanto sta avvenendo in altri paesi.

La comunicazione che qui proponiamo permette di guardare all'esperienza svizzera agganciandola in modo forte alle evoluzioni nella regolamentazione delle professioni non mediche e nella loro formazione universitaria e post-universitaria.

Le développement de la coopération transversale entre socio-professionnels et socio-éducatifs dans une association.

Alexis Roche, Renaud Petit, Iseor, Magellan, iaelyon, Université Jean Moulin, France

roche@iseor.com

Résumé

Le but de la communication est de proposer un accompagnement global minimisant les ruptures par le développement d'une meilleure coopération transversale à travers le cas d'une association du domaine médico-social.

Aujourd'hui, en France, on répertorie plus de 34 000 établissements sociaux et médico-sociaux, au sens de la loi 2002-02 qui rénove l'action sociale et médico-sociale. Ces établissements regroupent près de 1 370 000 places. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et les meilleures prises en charge des usagers, il s'agit d'un secteur en plein développement. Le secteur social et médico-social doit en outre faire face à des besoins sociaux qui évoluent rapidement et profondément (Tregoat, 2008). Dans le même temps, ce secteur est devenu un environnement concurrentiel (Grenier, 2009), qui se complexifie du fait d'une forte rationalisation budgétaire, sources de conflits aussi bien internes qu'externes. Une autre source de conflit est associée à l'augmentation de la taille des structures qui amène une spécialisation fonctionnelle démultipliant les conflits inter-fonctionnels.

Nous faisons un état de l'art de la coopération transversale. Nous développons la méthodologie de recherche-intervention utilisée autour d'un cas suivi pendant plusieurs années.

Nous nous intéressons aux évolutions de l'organisation (organigramme, réunions, discours, postures, pratiques, comportements des usagers et des familles, impacts sur l'efficacité) suite à l'accompagnement.

La communication permettra de proposer une définition pratique de la coopération transversale et des solutions managériales pour accompagner les pratiques vers plus de coopération transversale.

Liens entre la composition des équipes de soins infirmiers et la prévalence des événements indésirables dans les unités de soins critiques au Québec.

Jolianne Bolduc, Roxane Borgès Da Silva^{1,2} et Johanne Goudreau¹, 1Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal et 2Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Québec
jolianne.bolduc@umontreal.ca

Résumé

L'objectif

principal de cette étude était d'analyser l'association entre les différentes compositions des équipes de soins infirmiers (ÉSI) et la qualité et sécurité des soins (QSS) dans les unités de soins critiques.

Contexte et problématique

Les systèmes de santé doivent s'adapter aux changements démographiques par des stratégies innovantes. Afin de répondre à ces changements, divers pays comme le Brésil, la France et l'Irlande ont rehaussé la formation minimale pour exercer comme infirmière en exigeant un diplôme universitaire. Au Canada, la seule province n'exigeant pas ce niveau est le Québec, où un diplôme d'études collégiales est suffisant. Depuis 2007, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) réclame que le diplôme universitaire devienne obligatoire.

Les unités de soins critiques sont des unités où la complexité des soins requis par les patients nécessite que les infirmières aient les connaissances et les compétences appropriées pour y travailler de façon sécuritaire et optimale. Il était donc innovant d'évaluer le lien entre les différentes compositions des ÉSI et la QSS offert dans l'ensemble d'une région territoriale au Québec, regroupant quatre centres

hospitaliers.

Cadre de référence

Le cadre de référence de Clarke et Donaldson (2008) a été choisi. Il a servi de base pour établir des liens entre les différents types de variables à l'étude.

Méthode

Un devis corrélationnel explicatif transversal a été utilisé pour cette étude. Toutes les unités de soins critiques d'une même région territoriale, excluant les urgences, ont fait partie de l'étude. L'unité d'analyse était les quarts de travail. L'échantillon de cette étude était donc de 853 (5 unités x 3 quarts de travail x 57 jours). Les données pour la composition des ÉSI (nombre d'infirmières cliniciennes et d'infirmières techniciennes) provenaient des bases de données administratives et les données sur la QSS ont été opérationnalisées à partir du logiciel Gesrisk, compilant l'ensemble des rapports d'incidents et d'accidents sensibles aux soins infirmiers. Les liens entre les variables ont été fait par des corrélations puis des régressions logistiques avec effet fixe.

Résultats

Cette étude a permis de faire une description détaillée des ÉSI et des événements indésirables pour l'ensemble des unités de soins critiques à l'étude. Il a été possible d'évaluer le lien entre le niveau de formation des infirmières du Québec et la QSS, puis de voir l'effet des variables de contrôle sur ce lien. Les quarts de travail dont l'équipe est composée de 40% et plus d'infirmières cliniciennes ont moins de chance d'avoir un événement indésirable.

Contributions et intérêt

Cette étude a permis de dresser un portrait, pour la première fois, de la QSS offert dans les unités de soins critiques d'un territoire du Québec, tout en faisant le lien avec la composition des ÉSI.

Dans un contexte où l'efficacité et la qualité des soins sont les priorités du gouvernement, il est important de partager les résultats innovants de cette étude avec les gestionnaires des établissements hospitaliers, car ces unités sont les unités qui engendrent les coûts les plus importants dans les budgets hospitaliers.

Les résultats de cette recherche permettront aussi aux cliniciens de porter leur attention sur les incidents et accidents les plus fréquents dans les unités de soins critiques, et pourront ainsi augmenter leur vigilance à cet effet.

Au Québec, aucune étude n'avait été menée pour examiner spécifiquement la relation entre la composition des ÉSI et la QSS dans ces unités. Les résultats innovants de cette étude permettent de mettre de l'avant l'importance de la formation infirmière sur la QSS.

Améliorer la participation au travail et la santé des travailleurs de 45 ans et plus du secteur de la santé et des services sociaux au Québec : une analyse basée sur les ressources et les demandes.

Alexandre Prud'homme, Carl-Ardy Dubois, IRSPUM, Québec

alexandre.prudhomme@umontreal.ca

Résumé

Objectifs

Comparer les travailleurs de différentes catégories d'emploi en termes de demandes auxquelles ils doivent répondre et de ressources dont ils disposent.

Examiner l'association entre les catégories d'emploi et la prévalence de problème de santé physique ou mentale **lié au travail** et de l'absentéisme au travail.

Contexte et problématique

En 2016, le Québec comptait 266 337 travailleurs dans le secteur de santé et de services sociaux, représentant 6,8% de la population active de la province. 42% de ces travailleurs étaient âgés de 45 ans et plus et se distinguent défavorablement par une augmentation des indemnités versés en assurance salaire. La participation au travail des 45 ans et plus constitue ainsi une préoccupation majeure pour les employeurs, les gestionnaires, les syndicats et les assureurs. Le haut taux d'absentéisme crée non seulement une pression supplémentaire sur ce secteur déjà affecté par une pénurie de main-d'œuvre, mais ont également occasionné des coûts de 404 millions de dollars en assurance salaire en 2013-2014 dans le secteur de la santé et des services sociaux.

Méthodes

Devis : Cette analyse s'inscrit dans le cadre des travaux d'une vaste étude descriptive et transversale menée dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec. Seule une partie du volet quantitatif de cette étude est ici présentée.

Échantillonnage

Le tirage d'un échantillon aléatoire simple de 400 travailleurs âgés de 45 ans et plus a été effectué à partir de la liste d'effectifs des Directions de ressources humaines pour chacun des 10 établissements participants. Le taux de réponse est de 58,7%. Pour cette analyse, trois catégories de travailleurs ont été choisis pour comparaison; le personnel d'encadrement (n=252), le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires (n=552), le personnel para technique, de services auxiliaires et de métiers (n=349).

Analyse

Une analyse descriptive a d'abord été réalisée pour comparer les différences entre les travailleurs des trois catégories d'emploi en termes de besoins et de ressources en effectuant des tests de Chi-carré. Ensuite, des analyses de régressions multiniveau logistiques ont été réalisées sur chacune des variables dépendantes. Outre la variable indépendante principale (catégories d'emploi), certaines caractéristiques sociodémographiques et d'emploi sont insérées dans les modèles à titre de variables de contrôles.

Résultats

Sur le plan descriptif, le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires et le personnel para technique, de services auxiliaires et de métiers perçoivent leur emploi comme étant plus exigeant physiquement, avec un accès moindre à diverses ressources, que le personnel d'encadrement. Les analyses de régressions démontrent que le personnel en soins infirmiers et para technique ont 1,5 fois plus de chance d'avoir vécu un épisode de douleurs physiques importantes que le personnel d'encadrement. Conséquemment, le personnel para technique a deux fois plus de chance de s'absenter au moins une journée à cause de ce problème que le personnel d'encadrement.

À l'inverse, sur le plan descriptif, le personnel d'encadrement rapporte que leur emploi est plus exigeant psychologiquement. Ces derniers rapportent également avoir davantage de latitude décisionnelle dans le cadre de leur emploi que les deux autres catégories de travailleurs. Les ressources disponibles sont aussi à l'avantage du personnel d'encadrement (situation économique plus favorable, meilleures relations avec leur supérieur immédiat et leurs collègues). Les analyses de régressions montrent que le personnel d'encadrement a 2,5 fois de plus de chance de ressentir des symptômes de dépression que les deux autres catégories d'emploi. Par contre, le personnel d'encadrement ne s'absente pas plus que les autres catégories pour cause de santé mentale.

Contributions

Le développement de connaissances sur ce sujet contribuera à l'élaboration d'interventions innovantes, ciblés sur les besoins spécifiques de chaque groupe de travailleurs.

Session 10

Salle 105

Thème : Politique de Santé (1)

Président:

El significado de la boca y la Salud bucal y su relación en el diseño de políticas públicas de salud bucal en México.

Natalia Odeth Santos Madrigal, Sergio López Moreno, Departamento de atención a la Salud, México
nataliaodeth@gmail.com

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar los significados de la boca de los usuarios, odontólogos del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México y de las políticas en salud bucal plasmadas en las Normas oficiales y el Programa de Salud Bucal. Las diferencias de los significados de los usuarios y los odontólogos y las políticas pueden impedir o imposibilitar el uso y la organización de los servicios de salud. Se propone que el conocimiento del significado de la boca sea útil para el diseño y la elaboración de políticas públicas en Salud Bucal.

Résumé

L'objectif de cette recherche est d'analyser les significations de la bouche des utilisateurs, les dentistes du système national de santé (NHS) au Mexique et des politiques de santé bucco-dentaire incorporées dans les normes officielles et le programme de santé bucco-dentaire. Les différences dans les significations des utilisateurs et des dentistes et des politiques peuvent empêcher ou désactiver l'utilisation et l'organisation des services de santé. Il est proposé que la connaissance du sens de la bouche soit utile pour la conception et l'élaboration de politiques publiques en santé bucco-dentaire.

El Cuidado, una categoría para innovar las políticas sociomédicas.

Gabriela Ríos-Cázares, Sergio López-Moreno, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, México
g.rios.cazares@gmail.com

Resumen

Objetivo:

Analizar la transversalización de la categoría *Cuidado* como innovación de las políticas sociomédicas para que la salud contribuya a la vida digna de las personas

Contexto y problema:

A pesar de las reformas a los sistemas de salud, los niveles de salud de las poblaciones distan de alcanzar metas aceptables con consecuencias en detrimento de la calidad de vida de las personas lo que implica que no puedan conseguir sus objetivos de vida. Algunos esfuerzos se han orientado en políticas o programas sociomédicos que, partiendo de una comprensión más integral del proceso salud-enfermedad, intentan acciones intersectoriales que frecuentemente son una suma poco organizada de actividades que tampoco resuelve, evidenciando la fragmentación de los sectores que incluso, duplican acciones, sistemas de información y por tanto, desperdician recursos financieros, de conocimiento y de tiempo del personal que participa.

Teoría, método, modelo y material:

Partimos de: la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado desde la Salud Colectiva (SC), el análisis hermenéutico de la categoría Cuidado y su diferencia con los cuidados -que desarrollamos en trabajo previo-, de la propuesta de Ayres sobre el Cuidado desde la SC brasileña, de la teoría de capacidades (Amarty Senn) y, de la perspectiva de curso de vida. Es una investigación cualitativa de análisis de contenido y de interpretación a partir de la revisión de fuentes secundarias: investigaciones y políticas públicas en salud y sociales, así como informes estadísticos.

Resultados:

El *Cuidado* es la categoría del ser. En tanto eso, permite a las personas, en su traducción pragmática, construir la vida que consideran valiosa, siempre y cuando, existan también las condiciones que el cuidado demanda y las oportunidades sustantivas para la libertad verdadera, es decir, aquella en la que, las personas pueden escoger sin obstáculo alguno, la opción que consideren mejor para ellas en un contexto de solidaridad y sustentabilidad con los demás y con el entorno físico.

Las sociedades han considerado que ciertas opciones sustantivas deben cumplirse para todas las personas y se han positivizado como derechos y algunos, específicamente, como derechos humanos -educación, trabajo, salud, vida digna, libertad- por lo que el Estado está obligado además de proveerlos, a no interferir. Sin duda, la condición de salud o enfermedad es una pieza fundamental en el logro real de esos derechos y, por tanto, en la construcción de los proyectos de vida. Aún en situaciones de padecimientos crónicos o de discapacidades permanentes, las personas deben contar con las condiciones compensatorias o supletorias que les permitan la consecución de los objetivos de una vida valiosa.

Innovar quiere decir pensar diferente para lograr respuestas adecuadas en la resolución de los problemas que nos preocupan. Con frecuencia veremos, que no son necesarios más recursos materiales y tecnológicos como condición de la innovación. Se trata de comprender de una mejor forma los procesos para articular preguntas y respuestas más acertadas. Es probable, incluso, que sobren recursos materiales tras la implementación de las respuestas correctas. Pero es también muy probable, sobre todo, y es lo que más nos interesa, que los objetivos, en este caso de la salud en la contribución a los proyectos de vida, sean conseguidos.

Para ello proponemos que la categoría Cuidado sea transversal a las políticas en sociomédicas o sociosanitarias -y los programas y servicios que de ella se deriven-, pues como categoría del ser, traducida en la consecución de proyectos de vida, permite establecer objetivos, indicadores y metas de carácter integrativo de tal forma que las acciones de los sectores involucrados sean verdaderamente intersectoriales, en un proceso dialéctico y no artificiosamente sumativo, donde se pueda, en principio, atribuir responsabilidad al sector, conocer el peso específico de su actuar en la consecución o no de tales proyectos de vida y posteriormente, modificar las formas de interacción intersectorial, de acciones, de

organización y de provisión de servicios para lograr una sinergia. A cada etapa de vida, corresponden una serie de oportunidades sustantivas para la construcción de la vida valiosa.

Proponemos, por tanto, la innovación en la forma de pensar la contribución de la salud a la vida digna, a través del *Cuidado* como categoría del ser y los cuidados que de la atención a la salud emanan y se constituyen, por tanto, en un obstáculo o en un promotor de los proyectos de vida.

La producción de conocimiento científico, las políticas y los indicadores sobre diabetes en América Latina: un estudio comparativo sobre brechas para la innovación de los sistemas de salud.

Soledad Rojas-Rajs et Carolina Tetelboin Henrion, Conacyt-Universidad Autónoma Metropolitana et Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México

srojasrajs@gmail.com

Resumen

En esta ponencia se presentan los avances de una investigación en curso, cuyo objetivo es analizar la relación entre producción científica, políticas de atención e indicadores de salud sobre diabetes entre 2000 y 2018, de 5 países latinoamericanos con la mayor prevalencia de esta enfermedad en la región, entre 11.4 y 10.2*: Chile, Uruguay, México, Argentina y Cuba. La diabetes es un grave problema de salud, que requiere intervenciones decididas por parte de los sistemas de salud para su prevención, atención y control.

Desde ciertas perspectivas, predomina la idea de que es a través del conocimiento, traducido en innovación, que se lograrán mejoras a la salud. Sin embargo, no es claro que la producción científica bajo estudio sobre diabetes de estos países tenga impacto en términos de la movilización del conocimiento hacia las políticas sanitarias o en cuanto a ganancias en salud.

Metodológicamente, se analiza la relación entre las publicaciones científicas sobre diabetes de cada país, como indicadores del trabajo académico; así como los principales elementos de las políticas sobre diabetes y los indicadores de salud en el período. Los resultados preliminares muestran que existe una gran brecha entre la producción científica, las políticas y los indicadores sanitarios, acentuada en algunos casos.

Adicionalmente, se muestra que ante un problema de magnitud similar (la prevalencia de diabetes), existen grandes desigualdades en términos de políticas sanitarias y resultados de los sistemas de salud, que tienen mayor relación que la producción de conocimiento.

Los temas principales que se busca discutir son ¿cuáles deben ser los aportes del conocimiento científico a las políticas y a los sistemas de salud? ¿Cuáles los aportes de la ciencia ante los problemas sanitarios? ¿Qué criterios de evaluación de la producción científica son necesarios, más allá de las publicaciones? ¿Qué se requiere para movilizar mejor el conocimiento científico hacia los sistemas de salud? ¿Cuál debe ser el lugar y tipo de conocimiento científico adecuado para los sistemas sanitarios? ¿Cómo considerar el problema de la relación entre desigualdades en la producción de conocimiento, en las políticas y en los sistemas de salud?]

*Prevalencias ajustadas por edad, OMS 2016.

Patients et personnes accompagnées partenaires de la formation initiale et continue : la démarche d'innovation pédagogique Associons nos savoirs.

Christophe Pascal, Jean Baptiste Capgras, IFROSS, Faculté de droit, Université Jean Moulin, France

Session 11

Salle 106

Thème : Santé mental

Président:

Saúde do trabalhador: um diagnóstico dos riscos psicossociais existentes em um CAPS - centro de atenção psicossocial do DF.

Luciana Oliveira, Gabriela Macedo et Grazielle Silva, UnB, Brasil

lutsi2005@gmail.com

Resumo

O objetivo deste trabalho foi investigar a saúde de trabalhadores de um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial do Brasil, a partir de aplicação do inventário sobre riscos de sofrimento patológico no trabalho (IRIS), bem como entrevistas à equipe. Como pontos fortes elencados: o vínculo entre a equipe e desta com os usuários, a motivação para o trabalho e o estilo de gestão participativo; e como pontos a serem

aprimorados: sobrecarga, estrutura física, limitação de recursos, dificuldades de capacitação e de interação com parceiros externos à instituição.

Résumé

L'objectif de ce travail est de faire une analyse de la santé des travailleurs d'un CAPS – centre d'attention psychosociale au Brésil – à partir de l'inventaire des risques de souffrance pathogène au travail (IRIS) et d'entretiens avec les membres de l'équipe. Les points forts ayant été relevés : les liens entre les membres de l'équipe et entre celle-ci et les usagers, la motivation au travail et le style de gestion participative; les questions à améliorer : la surcharge de travail, la structure physique des locaux, les ressources limitées, les difficultés de formation et d'interaction avec les partenaires externes.

Oferta e atenção psicossocial para adolescentes como enfrentamento aos transtornos mentais.

Camília Susana Faler, Milena Nissola, Karine Schwaab Brustolin, Morgana Orso dos Santos, Michele Gaboardi Lucas, Unoesc/SC, Brasil
camilia.faler@unoesc.edu.br

Resumo

Introdução:

Os dados da OMS (Organização Mundial da Saúde) apontam que até o ano de 2020 os transtornos neuropsiquiátricos na infância e na adolescência tendem a crescer em todo o mundo acima de 50%, tornando-se uma das cinco causas mais comuns de adoecimento e mortalidade nessa faixa etária (Saggese; Oliveira; Teixeira, 2013). O presente estudo tem como objetivo apontar as queixas vinculadas aos transtornos mentais mais frequentes que acometem os jovens e adolescentes que se encontram em atendimento psicológico e social no Serviço de Atendimento Psicológico SAP – vinculado ao Curso de Psicologia do Campus Chapecó/SC Chapecó, sendo financiado pelo Fundo de Apoio à Manutenção e ao Desenvolvimento da Educação Superior/FUMDES.

Método:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista incluindo nesta etapa análise de dados secundários, sendo os prontuários 145 de pacientes 12-18 anos atendidos no SAP nos anos de 2013-2016, sendo adolescentes com queixas, diagnóstico clínico ou psicológico de transtorno mental, os quais os dados foram analisados de maneira descritiva com frequência relativa e absoluta.

Discussão:

Segundo a UNICEF (2011) estima-se que, em todo o mundo, cerca de 20% dos adolescentes tenham problemas de saúde mental ou de comportamento. O suicídio é uma das três principais causas de mortalidade em meio a indivíduos de 15 a 35 anos de idade. Em termos globais, estima-se em 71 mil o número anual de adolescentes que cometem suicídio; e é 40 vezes maior o número de adolescentes que tentam o suicídio. Cerca de 50% dos transtornos mentais têm início antes dos 14 anos de idade, e 70% deles, antes dos 24 anos de idade. A prevalência de transtornos mentais em meio a adolescentes vem aumentando nos últimos 20 a 30 anos.

Resultados:

Contrariando os dados da literatura brasileira, neste estudo meninas buscam mais o serviço de saúde mental que meninos 60% e 40% respectivamente, a maioria tem 14 anos, frequentam 8ª série Ensino Fundamental, possuem grupo familiar com média de 4 pessoas e renda de um salário mínimo nacional. Quanto as queixas mais frequentes, nervosismo/isolamento, ansiedade, depressão, tristeza, choro constante, agressividade, mudança de humor, ciúmes. Conclusões: Existe inúmeras produções científicas acerca da saúde mental na faixa etária da adolescência, no entanto, é preciso clarificar quanto a prevalência de casos para categoria gênero, considerando que existe dissonâncias quanto estes achados. As características sócio econômicas, renda, idade, grupo familiar, escolaridade dos adolescentes atendidos nos serviços de apoio psicológico SAP corroborando que tais características implicam na saúde mental dos adolescentes.

Considerações:

As queixas trazidas no atendimento pelos adolescentes e suas famílias, revelam a necessidade de ações preventivas e de promoção da saúde mental deste segmento social. Destaca-se como importante o serviço de apoio psicológico como atenção, acolhimento, diagnóstico e tratamento da saúde mental dos adolescentes, pois este espaço se configura como sendo um ambiente em que a queixa pode ser

compartilhada e manejada de acordo com as necessidades de cada usuário, configurando-se como uma rede de apoio e atenção que integra a saúde pública.

Session 12

Salle 107

Thème : Déterminants sociaux de la santé

Président:

Revue systématique des facteurs influençant le taux de mortalité infantile au Brésil.

Alexandre Hamilton Bugelli, École de Santé Publique de l'Université de Montréal, Canada

alexandre.bugelli@umontreal.ca

Résumé

Introduction

Diverses publications montrent que le taux de mortalité infantile est un indicateur capable non seulement d'évaluer l'état de santé (LAURENTI & SANTOS, 1996; DUARTE, 2007; OMS, 2008) mais également d'estimer d'une façon efficiente la dimension des inégalités en matière de santé d'une population (REIDPATH & ALLOTEY, 2003). Le Brésil fait partie des pays qui selon l'UNICEF ont réussi à réduire de façon significative le taux de mortalité infantile entre 0 et 5 ans. Le taux de mortalité infantile est passé de 61 décès par mille enfants nés vivants en 1999 à 16 en 2015. Le pays a atteint plus tôt que prévu le but concernant les inégalités chez les enfants du programme Objectifs du Millénaire pour le développement (UNICEF, 2015). D'autre part, en dépit de l'amélioration et de l'extension de programmes sociaux au cours des dernières années, les inégalités de revenu au Brésil se situent parmi les plus élevées du monde et les inégalités en matière de santé sont omniprésentes dans toutes les catégories socioéconomiques du pays (GUANAIS, 2015). Durant la première décennie de ce début de siècle, le contexte économique favorable et un ensemble de politiques sociales ciblées n'ont pas été capables d'éliminer les différences socioéconomiques et de santé observées parmi les populations des cinq macro-régions du pays : Nord, Nord-Est, Sud, Sud-Est et Centre-Ouest (MORETTO, 2010; IBGE, 2016; ALBUQUERQUE, 2017). À partir de 2001, la tendance à une stabilisation du taux de mortalité infantile à un niveau assez élevé (actuellement environ 13 décès par milles enfants nés vivants), dans un cadre d'augmentation globale des dépenses dans le système de santé et dans les programmes de protection sociale, nous amène à s'interroger sur les facteurs que possiblement ont eu une influence sur cette tendance. Cette question trouve écho dans diverses études dédiées à comprendre les maladies et les mécanismes sociaux capables d'influencer le taux de mortalité infantile dans d'autres pays. Afin d'établir un agenda de recherche pour tenter identifier ces facteurs, nous menons cette revue systématique de la littérature scientifique sur les facteurs influençant le taux de mortalité infantile au Brésil.

Méthodologie

Nous avons mené des recherches sur Pubmed, SciELO et Google Scholar afin de sélectionner les études scientifiques et les rapports sur la mortalité infantile au Brésil. Cette stratégie de recherche a eu comme but principal d'identifier des lacunes ou des pistes visant à élaborer un agenda de recherche pour étudier la stabilisation du taux de mortalité infantile au Brésil. La recherche était limitée aux études écrites en Anglais, Français, Portugais et Espagnol, à partir de 2000. Les articles ont été répartis en quatre groupes de facteurs capables d'influencer les taux de mortalité infantile : les facteurs socioéconomiques, les facteurs liés au système de soins de santé et à leur utilisation, les politiques publiques et les facteurs environnementaux.

Résultats

D'un total de 91 études, nous avons trouvé 80 études liant des facteurs relatifs au système de services de santé et aux enjeux socioéconomiques comme les causes prépondérantes des variations dans le taux de mortalité infantile. 5 articles soulignent les conditions environnementales comme des éléments capables d'influencer le taux de mortalité infantile, tandis que 35 études identifient les effets des politiques et des programmes sociaux, comme le programme de transfert conditionnel en espèces brésilien, le *Programa Bolsa Família*, comme facteurs d'influence sur les décès d'enfants. Parmi nos conclusions, nous constatons que malgré l'intérêt accru pour les études sur la relation entre les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé, le contexte économique et les liens entre les politiques publiques et la performance économique du pays sont encore des facteurs peu explorés par les chercheurs qui se

penchent sur la question de la mortalité infantile au Brésil. Nous constatons également que très peu a été fait sur une possible relation directe entre le travail et le taux de mortalité infantile.

Conclusions

Cette revue systématique démontre qu'il y a nettement une augmentation de l'intérêt de la littérature scientifique par rapport aux déterminants sociaux de la santé comme facteurs importants dans le changement du taux de mortalité infantile à partir de ce début de siècle. Nous avons trouvé 40 études sur ces déterminants, soit le même nombre d'études qui mettent l'accent sur les questions liées aux sciences biomédicales comme facteurs influant sur les décès d'enfants. D'autre part, nous concluons qu'il y existe des lacunes dans la littérature scientifique liant les effets des résultats des politiques économiques par rapport à la tendance récente du taux de mortalité infantile au Brésil. Nous proposons des études afin de vérifier quel est l'impact de l'emploi (le taux de chômage ou le taux d'occupation) sur le taux de mortalité infantile au Brésil.

Dor crônica pós Chikungunya: impactos na qualidade de vida.

Maricelia Maia de Lima, Helvia Maia de Lima Cerqueira, Erenilde Marques de Cerqueira, Mara Luiza Anunciação Rios, João Batista O. Lima, Maria Aparecida O. Lima, Iago Barbosa Ribeiro, Melissa Barreto Falcão et Rivaldo Venâncio da Cunha, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil

Profils de consommation d'alcool des adultes jeunes en France en 2014 et évolution de 2002 à 2014.

Laure Com-Ruelle, Nicolas Celant et Clément Nestrigue, IRDES, France. comruelle@irdes.fr

Objectifs de la recherche

Les objectifs sont : 1) évaluer les prévalences des différents modes de consommation d'alcool des adultes jeunes de 18 à 30 ans en France en 2014 selon quatre des profils de consommation, 2) les comparer aux autres tranches d'âge de la population générale, 3) en distinguant systématiquement les hommes des femmes, 4) affiner par année d'âge pour situer le moment des modifications de comportements, 5) et mesurer l'évolution en 12 ans.

Contexte et problématique

Les conditions de vie des 18-30 ans ont été profondément modifiées ces dernières décennies, révélant une diversification et une prolongation des études et un retard de l'intégration professionnelle et affective. La transition des comportements semble devenue plus tardive. Si la consommation d'alcool inquiète dès l'adolescence, quels sont ceux qui évoluent vers un risque accru ou l'inverse ? Quel est le rôle de leur situation socio-économique ? Y a-t-il des effets de génération depuis le début du 21^e siècle ?

Sources et méthode

Les données sont issues de l'enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014, enquête santé généraliste auprès des ménages ordinaires, représentative de 97 % de la population française métropolitaine, et des Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) bisannuelles précédentes de 2002 à 2012.

Dans les sept opus analysés, les personnes interrogées de 16 ans ou plus répondent au test standardisé AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test) validé en France. Quatre profils de consommation d'alcool sont construits : non-consommateurs, consommateurs sans risque, consommateurs à risque ponctuel et consommateurs à risque chronique (dont dépendants). Une analyse descriptive de ces profils est menée en fonction des caractéristiques socioéconomiques des personnes.

Résultats

En 2014, 15 213 personnes ont été interrogées et classées selon un profil de consommation d'alcool (7 268 hommes, 7 945 femmes), dont 2 626 adultes jeunes de 18-30 ans (1 286 hommes, 1 340 femmes).

Comparés aux autres tranches d'âge, les 18-30 ans forment la population la plus à risque de consommation problématique, essentiellement à risque ponctuel. Les jeunes hommes sont 46 % à présenter un risque ponctuel, 11 % un risque chronique, soit respectivement 2,2 fois et 4,8 fois plus souvent que les jeunes femmes. Le risque ponctuel culmine entre 25-30 ans (50 %) chez eux pour s'atténuer ensuite, alors qu'il ne dépasse pas 28 % chez les femmes de 18-24 ans pour s'atténuer dès 25-30 ans (24 %) et diminuer plus vite ensuite.

Les hommes actifs occupés présentent plus de risques que les étudiants aux profils similaires à ceux des chômeurs. Les femmes étudiantes présentent un profil plus proche de celui des hommes mais à moindre niveau et les chômeuses sont plus souvent non-consommatrices.

Les catégories socioprofessionnelles les plus exposées au risque chez les hommes sont les artisans-commerçants (70 % de risques ponctuels, 13 % de risques chroniques), les cadres et professions intellectuelles (resp. 62 %, 10 %) et les professions intermédiaires (resp. 52 %, 16 %), alors que ceux n'ayant jamais travaillé sont les moins exposés (resp. 33 %, 10 %). Comparativement chez les femmes, celles artisannes-commerçantes sont très peu exposées (resp. 17 %, 0 %), les ouvrières qualifiées bien plus

exposées (resp. 34 %, 0 %), les cadres et professions intellectuelles étant les plus à risque (resp. 38 %, 0 %). Le risque augmente avec le niveau d'études pour les deux sexes mais révélant un risque bien moindre chez les hommes étudiants (resp. 35 %, 11 %) alors qu'il est maximal chez les étudiantes (resp. 30 %, 5 %). Le risque augmente avec le revenu mensuel, régulièrement chez les hommes pour atteindre un maximum au 5e quintile (resp. 58 %, 16 %) alors qu'il se stabilise dès le 3e quintile chez les femmes (resp. 31 %, 1 %). Entre 2002 et 2014, le risque cumulé ponctuel et chronique baisse très légèrement chez les hommes (de 46 % à 44 %) du seul fait du risque chronique, mais il augmente légèrement chez les femmes (resp. 14 %, 17 %) du seul fait du risque ponctuel.

Discussion

Les étudiants, souvent stigmatisés dans les médias, ne sont pas les plus à risque de consommation excessive. Le facteur déterminant prépondérant semble être le niveau de revenu. Des modélisations seront menées pour mesurer la part de chaque caractéristique dans le niveau de risque. Les trois questions du test AUDIT-C ne peuvent affiner les types de comportements par exemple en termes de bûture express (binge drinking).

Contribution/intérêt de la communication

Il s'agit de résultats inédits issus d'enquêtes représentatives de la population française vivant en ménage ordinaires. Leur recueil identique dans sept opus consécutifs interrogeant l'ensemble des 16 ans ou plus est un avantage sur les enquêtes plus spécifiques. Ces profils de consommation seront utilisés pour éclairer l'état de santé et la consommation médicale.

A atuação dos determinantes sociais da saúde na configuração de desigualdades em saúde.

Clara Akie Yoshino, Fundação Getulio Vargas, Brasil

Horaire : 15h30-16h00

Pause Café

Horaire : 16h00- 17h30

Session plénière II Malraux

Amphithéâtre

Comment combiner innovations organisationnelles et prise en charge des patients ?

Intervenants :

Quelles innovations organisationnelles pour faire face au mal être des personnels des EHPAD ? Pistes de réponses à une problématique majeure du secteur médico-social français.

Sandra BERTEZENE, Professeur, Chaire Gestion des services de santé, CNAM, Paris.

Pour transformer vos organisations, faites confiance aux patients !

Amah KOUÉVI, Directeur fondateur, Institut français de l'expérience patient, France.

Comment innover et s'insérer dans un réseau territorial de prise en charge de patients ?

Nicolas WALTHER, Directeur, Clinique La Lignière, Gland, Suisse.

L'innovation dans la prise en charge des personnes handicapées. Témoignage et évaluation.

Frédéric GLORO, Directeur, Association Adapei-Nouvelles Côtes d'Armor, France.

Horaire : 17h30- 18h30

1. Per la conservazione della salute comune'. Giustizia, sanità marittima e logiche corruttive: un caso del XVII secolo.

Andrea Beto, Università Politecnica delle Marche, italia

Resumo

O estudo pretende analisar, após uma introdução sobre o contexto normativo e institucional da época, o caso relativo a um julgamento ocorrido em 1628, que foi enfrentado pelos magistrados da cidade de Ancona, no Estado Pontifício: no processo, que surgiu no setor de saúde marítima, se evidenciam práticas de teor corruptivo que impedem a proteção do interesse geral e determinam a prevalência do interesse particular de sujeitos poderosos. No entanto, fica evidente a partir dos trabalhos estudados, o surgimento, na Administração de Saúde do Município de Ancona, da consciência desse conflito entre interesses e a necessidade essencial da ética pública como base da correta administração.

Riassunti

OBIETTIVI

Il lavoro intende analizzare, dopo una introduzione relativa al contesto normativo ed istituzionale dell'epoca, la vicenda relativa al caso processuale del 1628, che viene affrontato dalle magistrature della città di Ancona, nello Stato Pontificio: nel processo, sorto nell'ambito della sanità marittima, si evidenziano pratiche di tenore corruttivo che impediscono la tutela dell'interesse generale e determinano il prevalere di quello particolare di soggetti potenti. Ciò nondimeno si rileva dalle carte studiate, l'emergere, presso l'Amministrazione di sanità del Comune di Ancona, la coscienza di tale conflitto tra interessi e la necessità essenziale dell'etica pubblica come base della corretta amministrazione

CONTESTO

Il sistema normativo pontificio d'Antico Regime, con particolare riferimento alla città di Ancona, e le sue caratteristiche istituzionali e sociali.

TEORIE, METODI E MATERIALI

Il metodo utilizzato è quello proprio della ricerca storico-giuridica, con indagine delle carte processuali, in documenti d'archivio delle autorità giurisdizionali del tempo.

RISULTATI ATTESI E CONTRIBUTO INTERDISCIPLINARE

Si intende offrire un quadro sintetico del sistema normativo indagato e delle particolarità che emergono dal caso esaminato, tale da fornire spunti di riflessione utili in ogni tempo, perchè sempre attuali.

2. Consórcio Público de Saúde como estratégia de cooperação intermunicipal em uma região de saúde.

Fernanda de Freitas Mendonça, Silvia Karla Azevedo Vieira Andrade, Universidade Estadual de Londrina, Brasil

fernanda0683@gmail.com

Resumo

Objetivo

Compreender a atuação do CPS como um agente na construção de relações federativas cooperativas da gestão em saúde.

Contexto e Descrição do Problema

Os Consórcios Públicos de Saúde (CPS) constituem um exemplo de arranjo organizativo na perspectiva da cooperação intermunicipal. A ação consorciada foi citada na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas do SUS como uma estratégia frente ao processo de municipalização, para que, sobretudo as pequenas localidades, escapassem do risco de atomização e viessem a desenvolver ações de saúde de maneira solidária e cooperativa. A partir dos CPS, alguns estudos apontaram

evidências de que houve um aumento da eficiência e da qualidade dos serviços especializados, o que possibilitou a otimização de recursos financeiros, conferindo acesso às especialidades mais restritas, de forma equitativa em benefício aos municípios com maiores dificuldades de estruturação de serviços próprios, afastando o risco de engessamento e esgotamento potencial dos municípios. Porém, a manutenção da viabilidade dessas instituições depende do equilíbrio das relações de confiança mútua entre os gestores. Pois se por um lado a conformação dos consórcios ocorre por meio de amplos debates dos atores envolvidos seguindo as necessidades de saúde da região, por outro, *esse processo pode ser atravessado por interesses clientelistas*.

Método

O estudo foi desenvolvido na região do Médio Paranapanema do Norte do Paraná, que compreende 21 municípios, coincidentes ao desenho da 17ª Regional de Saúde do Estado. Foram selecionados os gestores municipais de saúde, além de um representante da organização diretiva do CPS da região, dois da esfera estadual e um da esfera federal de gestão em saúde. Para o levantamento das informações utilizou-se duas estratégias de coleta de dados: entrevistas e grupos focais. O projeto de origem desse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e obteve aprovação (CAAE: 56868416.1.0000.5231).

Resultados/Discussão

Os resultados revelaram que um dos indicativos que favorece a construção de relações cooperativas pelo CPS é o reconhecimento por parte dos gestores municipais acerca do caráter de colaboração que o consórcio promove. O caráter colaborativo do CPS é fundamental no contexto de algumas localidades brasileiras tendo em vista que o movimento descentralizador brasileiro foi marcado pela tentativa de transferir encargos e responsabilidades do governo central para os municípios, sem o cuidado de vincular essas novas responsabilidades com recursos financeiros, desenvolvimento econômico e social municipal, não levando em consideração um processo de fortalecimento e desenvolvimento municipal.

Outro aspecto significativo evidenciado a partir do relato das experiências dos atores envolvidos no estudo foi a representatividade da ação consorciada. Com isso, legitimam sua representatividade aos interesses de seus entes consorciados, apontando para um cenário de aproximação e trânsito livre de informações para os consorciados, ressaltando que seu envolvimento contribui com as políticas públicas no âmbito da RS. Os municípios, quando atuam conjuntamente, obtêm diversos resultados positivos: o aumento da capacidade de realização, ou seja, a ampliação do atendimento aos cidadãos e do alcance das políticas públicas; uma maior eficiência no uso dos recursos públicos, na medida em que os custos do consórcio para realizar uma determinada atividade são menores que a soma dos recursos necessários a cada um dos municípios para realizá-la individualmente; e a realização de ações que seriam inacessíveis a uma única prefeitura, como a aquisição de equipamentos de alto custo ou a implementação de políticas públicas de desenvolvimento regional.

Ademais, os participantes mencionam o consórcio como um agente apoiador dos municípios. Apontam situações experienciadas em que o consórcio atuou por meio do assessoramento à gestão municipal, através da elaboração de estudos técnicos como subsídio a proposições de políticas públicas no âmbito regional. Neste sentido, há uma forte preferência na utilização da figura do consórcio como ferramenta para implementação da gestão em saúde, uma vez que este apresenta competência técnica, sem ônus para os municípios, em um cenário que aponta para a impossibilidade de contratação de consultorias externas devido ao custo elevado ou ainda tendo em vista experiências com resultados pouco aplicáveis.

Os consórcios são apontados ainda como fundamentais no desenvolvimento de educação continuada e permanente, quer seja junto às equipes gestoras ou equipes assistenciais. Os sujeitos referem que após iniciativa do consórcio, os municípios tornaram-se fortes demandantes de atividades de capacitação para as equipes de atenção primária em saúde, com vistas ao preparo técnico das nas funções do cotidiano, tais como: protocolos clínicos, manejo clínico resolutivo em saúde, uso adequado de tecnologias, entre outros.

Considerações finais

Com base nos resultados apresentados verifica-se que o CPS tem atuado de modo coerente em muitos aspectos, no que se refere ao caráter cooperativo de gestão, fato que pode contribuir para estimular outras regiões de saúde a adotarem arranjos consorciados com vistas a potencializar o aspecto cooperativo intermunicipal.

3. O método da mediação como instrumento para a promoção da saúde.

Isadora Catananti Ardenghi, Kellen Moreira et Rosane Martins, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil
Isadora_ardenghi@hotmail.com

Resumo

Este trabalho resultou da construção e avaliação de um método de mediação para a promoção da saúde. Fundamentado no Método MISC – Mediatonal Intervention for Sensitizing Caregivers - e em instrumentos para Promoção da Saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A pesquisa foi desenvolvida em quatro oficinas mediacionais com seis crianças pré-escolares. A análise dos dados ocorreu por gravações em vídeo e desenhos realizados pelas crianças. Concluiu-se a pertinência e efetividade da intervenção mediacional para a promoção da saúde.

Résumé

Ce travail a résulté de la construction et de l'évaluation d'une méthode médicamenteuse pour la promotion de la santé. Basé sur la méthode MISC - Mediatonal Intervention for Sensitizing Caregivers - et dans un instrument pour la promotion de la santé, mis à disposition par le Ministère de la Santé. La recherche a été développée dans quatre ateliers médicaux avec six enfants d'âge préscolaire. L'analyse des données a été basée sur des enregistrements vidéo et des dessins réalisés par les enfants. Nous concluons la pertinence et l'efficacité de l'intervention médicaux pour la promotion de la santé.

4. Síndrome de Burnout entre Internos de Medicina de uma Universidade Pública do Brasil e a contribuição do Grupo Balint na sua prevenção.

Edméa Fontes de Oliva-Costa, Enaldo Vieira de Melo, Dâmaris Alejandra Paula Calcides, Manoel Barroso Mendes Júnior; Rayssa da Nóbrega Didou et Enaldo Vieira de Melo, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
edmeaolivacosta@gmail.com

Resumo

Objetivos

Estimar a prevalência de Síndrome de Burnout (SB) e fatores associados entre os Internos de Medicina de uma Universidade pública brasileira. Investigar a contribuição do Grupo Balint (GB) na prevenção de SB.

Contexto e descrição do problema

A formação médica é complexa, pois fatores relacionados à personalidade dos estudantes e à vida diária com dor e morte podem contribuir para agravos à sua saúde mental, tais como SB, caracterizada por exaustão emocional, descrença e baixa eficácia no trabalho/estudo. GB é um método utilizado para melhorar habilidades de comunicação dos profissionais/estudantes com a abordagem centrada no paciente. Contudo também pode aumentar a satisfação no trabalho/estudo, porque os participantes usam experiências frustrantes para refletir e desenvolver alternativas para situações estressantes, o que poderia reduzir níveis de SB. No curso de modelo tradicional, o Internato é o período em que o estudante vivencia mais intensamente as experiências da prática médica, mas SB entre Internos ainda é pouco estudada. Desse modo, são relevantes pesquisas que possibilitem sua detecção precoce e meios de intervenção e prevenção.

Método

Estudo transversal realizado em fevereiro/2018 com todos os estudantes dos últimos 2 anos do curso, utilizando um questionário elaborado pelos autores, contendo 26 questões fechadas pré-codificadas sobre características sociodemográficas, processo ensino-aprendizagem e vivências psicoemocionais atuais, além do Maslach Burnout Inventory/Student Survey (MBI-SS) para triagem de SB. Os dados coletados foram registrados num programa estatístico e analisados com estatística descritiva e regressão logística por backstepwise para identificar os fatores potencialmente associados a SB. Foi utilizada análise de agrupamentos ("Clusters") para avaliar as variáveis com maior capacidade de discriminação entre os indivíduos, possibilitando classificá-los em três subgrupos. Foi utilizado a estatística F para determinar a capacidade de discriminação das variáveis.

Resultado

Participaram 184 internos (98%), mas foram excluídos os questionários não respondidos completamente pela impossibilidade de análise. A amostra consiste de 126 alunos (67,7%) com idade de $25,7 \pm 3,1$, com mínima de 21 e máxima de 38, sendo 53,2% do sexo masculino e 46,8% feminino, 82,5% são solteiros, 63,5% praticam alguma religião, 54% são procedentes da capital do Estado, 67,5% possuem renda familiar ≤ 10 salários mínimos, 73,8% moram com familiares e 85,7% não trabalham, além de estudar. A prevalência de SB foi 10,3% pela escala tridimensional e 35,9% pela escala bidimensional, a qual considera apenas, exaustão emocional e descrença. As variáveis que apresentaram forte associação com a síndrome após regressão logística foram: já ter pensado em abandonar o curso (OR=2,14), considerar o desempenho acadêmico insatisfatório (OR=2,64), estar insatisfeito com as estratégias de ensino (OR=2,67) e fazer uso de substância psicoativa lícita (OR=2,37). As variáveis associadas a SB permitiram discriminar três grupos pela análise de Clusters: Grupo 1 (G1), Grupo 2 (G2) e Grupo 3 (G3). A proporção de participação de cada grupo no Balint foi: 40,3% do G1, 55,6% do G2, 18,5% do G3. Pensaram em abandonar o curso: ninguém do G1, 100% do G2, 59,3% do G3. Fazem uso de drogas lícitas: 34,7% do G1, 55,6% do G2, 44,4% do G3. Apresentou SB pelo critério bidimensional: 25% do G1, 40,7% do G2, 55,6% do G3. Acreditam que o Balint contribui para a formação médica: 50,9% do G1, 56,5% do G2, 25% do G3.

Discussão

A prevalência de SB foi alta pelo critério bidimensional e mostrou associação com fatores do processo educacional, resultados semelhantes aos encontrados em população parecida (OLIVA-COSTA, 2012). As variáveis analisadas permitiram discriminar três grupos distintos: Grupo 1 com menor prevalência de SB, maior prevalência na participação de GB, não pensou em abandonar o curso, apresentou prevalência razoável no uso de drogas lícitas e mais da metade acredita que GB contribui para a formação médica; Grupo 3 apresentou maior prevalência de SB, menor frequência de participação no GB, maior proporção em pensar em abandonar o curso, e menor crença que GB contribui para a formação médica; Grupo 2 apresentou prevalência intermediária de SB, maior participação do GB, todos pensaram em abandonar o curso e mais da metade refiraram uso de drogas lícitas. Isso mostra que a participação no GB foi associada a redução na prevalência de SB. Essa mesma associação foi encontrada em uma pesquisa com médicos da atenção primária na Sérvia (STOJANOVIC-TASIC, 2018), contudo não encontramos estudos que tratem desse tema entre estudantes.

Conclusão

Foi alta prevalência de SB pelo critério bidimensional com fatores associados ao processo educacional. A participação no GB foi associada a redução da prevalência de SB.

Contribuições

Nossa pesquisa contribui para alertar nossa comunidade acadêmica e aquelas de perfil semelhante acerca da associação entre SB e fatores relacionados ao processo educacional, bem como em relação a vantagem do uso da tecnologia de GB como fator protetor para preservação da boa saúde mental dos estudantes de medicina de modo que a mesma seja replicada e disseminada entre outras turmas desta e das diversas escolas médicas.

5. Grupo Balint como Instrumento Facilitador da Formação Médica.

Edméa Fontes de Oliva-Costa, Rayssa da Nóbrega Didou¹, Dâmaris Alejandra Paula Calcides, Manoel Barroso Mendes Júnior et Enaldo Vieira de Melo, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
edmeaolivacosta@gmail.com

Resumo

O método Balint é uma modalidade grupal amplamente utilizada como mecanismo potencializador das percepções dos profissionais médicos sobre si mesmos, sobre seu ofício, e sobre as relações estabelecidas com seus pacientes. Os grupos permitem uma melhor compreensão acerca da subjetividade envolvida no “fazer médico”, viabilizando a conexão do profissional com suas emoções dentro de um ambiente de trabalho, não raro, marcado pelo mecanicismo e pela objetividade. O intuito do método é aperfeiçoar o ofício do profissional, auxiliando-o na melhoria da relação “médico-paciente”, e na definição de condutas terapêuticas apropriadas, levando em consideração os aspectos subjetivos frequentemente presentes nas queixas clínicas dos pacientes, embora pouco investigados. Além disso, a inserção nos grupos

permite ao profissional um espaço onde pode compartilhar impressões pessoais, angústias e expectativas, sendo um meio propício a catarses emocionais, que são importantes para a preservação da saúde psíquica do profissional. Desse modo, sabendo-se que a formação acadêmica médica envolve sofrimentos psíquicos diversos, a adoção do sistema grupal ainda no momento do Internato tende a ser uma estratégia preventiva, inclusive, na manutenção da saúde mental desse público.

Palavras chave: Grupo Balint; Estudantes de medicina; Saúde mental; Educação médica; Estudo qualitativo.

Resumen

El método Blint es una modalidad grupal ampliamente utilizada como mecanismo potencial de las percepciones de los profesionales médicos sobre ellos mismos, sobre su oficio y sobre las relaciones establecidas con sus pacientes. Los grupos permiten una mejor comprensión acerca de la subjetividad delante de la práctica médica, haciendo viable la conexión del profesional con sus emociones dentro de un ambiente de trabajo, conocido, marcado por el mecanismo y por objetividad. El intuio del método es perfeccionar el oficio del profesional, auxiliándole en una mejor relación médico-paciente, y en la definición de conductas terapéuticas apropiadas, llevando en consideración los aspectos subjetivos frecuentemente presentes en las quejas clínicas de los pacientes, aunque poco investigados. Además, la inserción en los grupos permite al profesional un espacio donde pueda compartir impresiones personales, angustias y expectativas, considerándose un medio propicio para catarsis emocionales, que son importantes para la preservación de la salud psíquica del profesional. De esa manera, reconociendo que la formación académica médica abarca sufrimientos psíquicos diversos, la adopción del sistema grupal, aún en el período de Internado Anual Rotatorio, suele ser una estrategia preventiva, incluso para la salud mental de ese público.

6. Influência da disciplina de Neuroanatomia durante a graduação médica na escolha de especialidades da Neurociência.

Sofia Oliva-Costa, Paulo Roberto Sousa, Sergio Carvalho, Camila Soares, Luciana Araújo et Jamary Oliveira Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil
sofiaolivacosta@gmail.com

Resumo

Objetivos

O objetivo primário foi avaliar a frequência de escolha de Especialidades em Neurociências (ENC) ao longo do tempo em duas universidades com curso médico na Bahia. Os objetivos secundários foram: Determinar se há associação entre cursar a disciplina de Neuroanatomia e a escolha ENC nos graduandos de da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FAMEB/UFBA); Comparar a frequência de escolha das ENC ao longo do tempo em duas universidades com curso médico na Bahia.

Contexto e descrição do problema

A FAMEB/UFBA é a Escola Médica mais antiga do Brasil inaugurada em 1808 após a chegada da Família Real Portuguesa ao Brasil. Nesta Escola, a disciplina Neuroanatomia passou por 3 fases distintas, nas quais, cronologicamente: 1) “pré-extinção” da disciplina, até 1999.1, 2) extinção, entre 1999.2 e 2002.1 e 3) reestruturação, a partir de 2002.2, tendo, pois, estudantes cursando-a em tais períodos, sendo possível, então, avaliar se a mesma obteve um papel influenciador no que se refere ao direcionamento do estudante para a escolha das ENC. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo *quasi-experimental* de caráter observacional, descritivo e analítico com análise secundária de dados. Os participantes – egressos dos cursos de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) no período entre 1995 e 2012 - foram coletados a partir das listas de formandos contidas no livro “Formados de 1812 a 2008 pela Faculdade de Medicina da Bahia”, das listas de formandos da FMB entre 2009 e 2012, os quais foram disponibilizados pelo Colegiado de Graduação de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e das listas de formandos no período de 1995 a 2012 da EBMSP, fornecidas pela Secretaria Geral da EBMSP. Nossa principal variável de interesse foi a Residência Médica escolhida pelo egresso, registrada no Conselho Federal de Medicina (CFM) e/ou na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). A variável dependente do estudo foi a escolha das especialidades em neurociências (residências médicas em Neurologia, Neurocirurgia ou Neuropediatria). As variáveis

independentes são sexo, ano de formatura, faculdade de medicina (i.e., FMB ou EBMSP) e ter cursado a disciplina Neuroanatomia.

Resultados

Foram avaliados 6227 egressos no total, sendo 2731 egressos do curso de medicina da FMB e 3496 da EBMSP entre 1995 e 2012. Dos 6227, foram excluídos 1821 (29%) por falta de dados sobre a escolha da especialidade. No que toca à proporção global de escolha das especialidades em neurociências (ENC) durante todo o período analisado, 119 egressos escolheram-nas (2,7%), sendo 54 egressos da UFBA e 65 da Bahiana. Quanto à distribuição das ENC, a maior parte dos egressos da UFBA optou por Neurologia (59%), seguido por Neurocirurgia (32%) e Neuropediatria (9%). Na EBMSP a maior parte dos egressos optou por Neurologia (65%), seguido por Neurocirurgia (20%) e Neuropediatria (15%). Quando avaliado o período de conclusão do curso (pré-extinção, extinção e reestruturação da disciplina), observamos que a proporção de formandos que escolheram especialidades em neurociências (ENC) nos três períodos foi respectivamente de 2,0%, 2,1% e 4,5% formandos da UFBA, e de 2,2%, 3,8% e 3,1% formandos da EBMSP.

Discussão

São diversos os estudos que tratam dos fatores influenciadores na escolha de especialidades médicas. No entanto, todos tratam de fatores extrínsecos à graduação tais como remuneração, estilo de vida, duração da residência, qualidade de vida, prestígio da especialidade, tempo livre, afinidade e influência de terceiros. No nosso estudo buscamos evidenciar a influência do contato com a disciplina durante a graduação na escolha das ENC. Nossos resultados demonstram que aqueles que estudaram EBMSP na época em que a disciplina foi extinta na UFBA escolheram uma das ENC como residência médica com maior frequência quando comparado com o período em que antecedeu a extinção dessa mesma disciplina na UFBA. Além disso, observou-se que, no período em que houve reestruturação da disciplina na UFBA, os egressos da UFBA optaram mais por uma das ENC como residência médica do que o período que antecedeu a extinção da Neuroanatomia naquela instituição.

Conclusão

O contato com a disciplina Neuroanatomia durante a graduação pode ter sido um dos fatores influenciadores na escolha das ENC.

Contribuição

Este estudo contribui para a educação médica ao refletir o impacto que as disciplinas causam na futura escolha de carreira em especialidades médicas.

7. Sfide socio-economiche tra innovazione e longevità: il caso della Regione Marche.

Frida Paoletta, Bernardino Cristino, UNIVPM, Regione Marche, Italia
fridapaoletta@gmail.com; b.cristino@pm.univpm.it

Riassunto

Obiettivo della ricerca:

Poiché gli autori appartengono a due Enti diversi l'obiettivo principale è quello di dimostrare la necessità di fare sinergia tra il **sistema pubblico**, il **sistema della ricerca**, ed il **settore privato** per addivenire ad una gestione coordinata della policy di settore, in una prospettiva di sistema.

Nelle Marche, come nel resto dell'Europa, infatti, il settore pubblico deve far fronte ad importanti sfide sociali, come:

- assicurare cure sanitarie di elevata qualità a prezzi accessibili
- affrontare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione
- contenere la spesa pubblica

Sono pertanto necessarie soluzioni nuove e migliori, alcune delle quali ancora non disponibili sul mercato e che in alcuni casi presentano un'elevata complessità sia dal punto di vista tecnologico che organizzativo.

Contesto e descrizione del problema:

L'ISTAT indica che tra gli elementi che incidono sull'invecchiamento della popolazione sono compresi i livelli di mortalità, di fecondità, i servizi per la salute e gli stili di vita degli individui. Questi fattori stanno progressivamente mutando il profilo per età della popolazione. In Italia, al 1°

gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha età compiuta superiore o uguale ai 65 anni. Associato a ciò è da evidenziare come uno dei tratti che connotano la Regione Marche sia la detenzione del primato di regione longeva e regione imprenditoriale (fonte: statistica.regione.marche.it). Le previsioni regionali della popolazione residente al 2065 evidenziano che l'età media della popolazione passerà dagli attuali 44,7 a oltre 50 anni del 2065. Considerando che l'intervallo di confidenza finale varia tra 47,8 e 52,7 anni, il processo di invecchiamento della popolazione è da ritenersi certo e intenso. Il Fondo Monetario Internazionale rileva come la moderata crescita della produttività del lavoro e l'invecchiamento della popolazione continuino a frenare la crescita nelle economie avanzate.

L'Ente pubblico è dunque chiamato a **fare delle scelte** per gestire un sistema economico di questo tipo in quanto, al tempo stesso, la longevità può essere considerata anche opportunità per quello che riguarda l'invecchiamento attivo e la silver economy.

Teorie, metodi, modelli, materiali utilizzati:

Quadro normativo comunitario composto da:

- Politica di Coesione 2014-2020, Accordo di Partenariato, Fondi Strutturali, FESR, ecc)
- Politica europea della Smart Specialization (S3): approvata dalla Regione Marche con Delibera di Giunta n. 157 del 17.02.2014: *"Strategia per la ricerca e l'innovazione per la specializzazione intelligente"*
http://www.norme.marche.it/Delibere/2014/DGR0157_14.pdf
- Programma Nazionale per la Ricerca 2015-2020 (aree di specializzazione)
- Indicatori ISTAT
- Fondo Monetario Internazionale – World Economic Outlook 2018

Risultati:

La sperimentazione dei progetti vincitori può essere utile anche ad altri Paesi e/o contesti differenti dalla Regione Marche, che rilevano un elevato tasso di popolazione anziana in quanto comune problematica in Europa

<https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/news/growing-silver-economy-europe>

8. Sistema prisional no Brasil: realidades e vivencias.

Camilia Susana Faler, Mariani Signori et Karine Schwaab Brustolin, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Brasil

camilia.faler@unoesc.edu.br

Resumo

Trata-se de um relato de experiência no sistema prisional brasileiro, que teve início em em Outubro de 2017 e encontra-se em andamento

Objeto da experiência:

A experiência aqui exposta ocorre no Complexo Penitenciário da Cidade de Chapecó Santa Catarina/Brasil, que inclui a Penitenciária Agrícola onde acolhe 1.132 sujeitos masculinos privados de liberdade, os quais, cumprem pena nos regime fechado e semi aberto.

Objetivos

Realizar acolhimento aos apenados no Sistema Prisional por equipe multidisciplinar

Metodologia

Semanalmente no Setor de Saúde, Educação e Promoção Social são realizadas entrevistas aos apenados que chegam ao sistema com Psicólogos, Assistentes Sociais e Enfermeiros, a fim de apresentar ao sujeitos os serviços de assistência oferecidos neste espaço seja material; saúde; jurídica; educacional; social e religiosa, de acordo com a LEP(1984). Tal prática traz um recorte da assistência prestada pelo setor social, dentre os quais, as orientações e confecção de carteira de visitas íntimas.

Resultados

Cita-se a experiência vivenciada pela equipe no atendimento aos casais homoafetivo que realizam visitas íntima. Esta realidade nos desafia propor estratégias para garantir direitos humanos e de saúde e superar intolerâncias, tanto externa, em que a sociedade preconceitualiza as visitas íntimas, ademais, aos casais homoafetivos, dentro do espaço prisional. Tais histórias corrobora á

necessidade de compreender a manutenção da relação familiar e matrimonial das pessoas privadas de liberdade como um direito, sem contudo, reforçar juízos e valores morais diante de tal prerrogativa, que tem cunho legal disposto na Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), do Ministério da Justiça, publicada em julho de 2011 e encontra-se no rol e na perspectiva da garantia do direito a igualdade.

Análise Crítica:

Apesar de possuir poucos estudos sobre o tema na literatura brasileira, entende-se que a visita íntima é um instituto que permite ao sujeito privado de liberdade manter algum contato com o mundo exterior, mas ao mesmo tempo revela uma realidade de estruturas sociais complexas detrás de muros e celas, em que na sua maioria, aqueles que assumem relações homoafetivas sofrem preconceito e discriminação. Tal realidade, nos inquieta a propor ações que garantam o direito da igualdade, o respeito e a compreensão sobre a diversidade de histórias e trajetórias de vidas trazidas pelos sujeitos privados de liberdade.

Conclusões e/ou Recomendações

Entende-se que a Resolução do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCCP), do Ministério da Justiça, publicada em julho de 2011 avançou na garantia do direito a visita íntima aos casais homoafetivos. Existe poucos estudos sobre este tema, o qual precisa ser descortinado, seja quanto as contradições que envolve o referido direito, bem como, novos achados podem contribuir para dispor estratégias e ações que visem preencher as lacunas existentes dentro do sistema prisional, no que concerne a desmistificar resistências diante da visita íntima especialmente aos casais homoafetivos.

9. Intérêts professionnels et représentations du métier de médecin des étudiants en quatrième année de médecine à l'Université de Liège.

Anne-Laure Lenoir, Nathalie Maes, Frédéric Ketterer¹, Adelin Albert² et Didier Giet¹, 1.

Département de médecine générale – Université de Liège, 2. Service des Informations Médico-Économiques (SIMÉ) - Université de Liège, Belgique

allenoir@uliege.be; nmaes@chuliege.be

Résumé

Cette étude avait pour objectif d'explorer les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin des étudiants de l'Université de Liège au début de la phase clinique de leurs études de médecine afin de voir si des différences s'exprimaient entre étudiants selon leur potentiel choix de spécialisation.

Selon l'approche cognitive des conduites d'orientation, le choix de spécialisation résulte de la congruence entre les représentations que les étudiants ont d'eux-mêmes, dépendantes de leurs intérêts et de leurs valeurs, et celles qu'ils ont des spécialités médicales. Suivant la logique d'appariement individu-profession, les étudiants ne choisissant pas les mêmes spécialités devraient donc posséder des intérêts et valeurs différents. Afin de mieux comprendre les choix d'orientation des étudiants, il semblait dès lors opportun d'étudier les intérêts professionnels (qui ont une action plus directe sur les choix d'orientation professionnelle et sont plus facilement mesurables que les valeurs), mais également les représentations du métier de médecin (choix d'orientation commun à l'ensemble des étudiants) des étudiants avant leur exposition aux spécialités.

Cette étude quantitative visait l'ensemble des étudiants inscrits en quatrième année de médecine à l'Université de Liège. Le questionnaire comprenait des questions sur les spécialités envisagées par les étudiants, sur les intérêts professionnels et les représentations du métier de médecin. Ils étaient invités à indiquer l'importance qu'ils accordaient à seize intérêts professionnels et à donner leur avis sur vingt-six affirmations relatives au métier de médecin et aux qualités d'un bon médecin, via des échelles de Likert.

Au vu des résultats et des différences mises en exergue par une analyse multivariée, des analyses en composantes principales ont été menées afin de mieux « contraster » les choix de spécialités et tenter ainsi de mieux cerner les profils d'étudiants.

Au total, 267 étudiants sur les 277 recensés ont répondu à l'étude, soit un taux de réponse de 96.4 %. Parmi eux, seuls 21.4 % possédaient une idée précise de la spécialité vers laquelle ils souhaitent s'orienter. Si 27.8 % hésitaient entre plusieurs choix possibles, il n'en reste pas moins que, globalement, un étudiant sur deux n'avait pas encore d'idée de la spécialité vers laquelle s'orienter. La médecine interne, la médecine générale, la chirurgie et la pédiatrie étaient les quatre disciplines le plus fréquemment envisagées par les étudiants.

Quelles que soient les spécialités envisagées, il apparaît que les intérêts professionnels liés au développement personnel (le plaisir, les projets, etc.) se voyaient accorder plus d'importance que ceux en lien avec la conciliation avec la vie privée et les autres facteurs extrinsèques au travail. Nos résultats ont aussi montré que les étudiants pensaient qu'un bon médecin, en plus de savoir observer et écouter, devait pouvoir développer de nouvelles compétences et avoir l'esprit d'organisation. La majorité des étudiants estimait également qu'un bon médecin ne devait pas consacrer toute sa vie à son travail.

Néanmoins, des différences concernant les intérêts professionnels et la représentation du métier de médecin ont été mises en évidence entre les étudiants envisageant les quatre spécialités les plus populaires.

Ainsi, les intérêts en lien avec les caractéristiques extrinsèques tels que les revenus ou le style de vie avaient plus d'importance pour les étudiants souhaitant s'orienter vers la médecine interne ou la chirurgie et moins pour ceux envisageant la médecine générale et la pédiatrie. Quant aux intérêts en lien avec la conciliation avec la vie privée, ils étaient plus importants pour les étudiants attirés par la pédiatrie et moins pour ceux envisageant la médecine interne.

Ensuite, concernant la représentation du métier de médecin, les étudiants attirés par la médecine générale, la chirurgie et la pédiatrie avaient une vision du métier exigeant et qui privilégie le bénéficiaire (en demandant d'adapter son travail au patient et de lutter contre les inégalités sociales de santé) au contraire de ceux envisageant la médecine interne. De plus, un bon médecin se définit, pour les étudiants attirés par la médecine interne, la chirurgie et la pédiatrie par ses qualités personnelles. Les étudiants envisageant la chirurgie estimaient également qu'un bon médecin se caractérisait pas son savoir être plutôt que par le fait d'avoir eu de bons enseignants, au contraire des étudiants attirés par la pédiatrie.

L'intérêt principal de cette recherche est d'avoir étudié les choix potentiels de spécialisation, conjointement aux intérêts professionnels et aux représentations du métier de médecin, chez les étudiants en début de phase clinique des études de médecine. Le nombre important d'étudiants en quatrième année de médecine indécis quant à leur futur choix de spécialisation semble indiquer que, pour une grande partie des étudiants, le choix d'orientation se construit lors de la phase clinique des études de médecine. Afin de favoriser le recrutement dans des spécialités en pénurie comme la médecine générale, il semble donc opportun de mettre en place des mesures, plus ou moins tôt dans le cursus, visant à promouvoir les valeurs et les intérêts associés préférentiellement à ces spécialités.

10. Réduction des coûts des complications du diabète à travers la théorie socioéconomique.

Habiba Dabboussy, Henri Savall et Renaud Petit, ISEOR, Hôpital DAR EL CHIFAE, Liban et France
habiba_dabboussy@hotmail.com

Résumé

Contexte et problématique :

La plupart des patients diabétiques sont admis à l'Hôpital fréquemment pour une hyperglycémie, ou une éventuelle complication du diabète, et par suite des coûts élevés s'engendrent.

Objectifs de la recherche:

Une démarche s'avère nécessaire afin de recenser les principaux dysfonctionnements:

- Explorer la situation existante à l'hôpital, estimer les coûts, et proposer des recommandations permettant aux patients diabétiques, de prévenir à long terme, les complications liées au diabète,

- Sensibiliser les équipes de travail sur l'importance de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés :

La recherche-intervention socio-économique a été mise en œuvre, elle avait pour objectif de permettre, d'une part, de décrire la situation existante concernant la perturbation du taux de la glycémie chez les patients diabétiques fréquentant l'hôpital, et d'identifier les différents dysfonctionnements liés au niveau du personnel infirmier, et d'autre part, de proposer des actions, en matière de formation du personnel infirmier, d'un côté, afin d'améliorer leurs compétences, et en terme d'éducation thérapeutique aux patients, d'un autre côté, dans le but d'avoir un meilleur contrôle sur leurs taux de glycémie, et par suite prévenir les éventuelles complications, diminuer leur taux de réadmissions et réduire les coûts qui peuvent s'engendrer.

Cette recherche-intervention a consisté à mettre un diagnostic socio-économique à partir des entretiens élaborés au niveau horizontal et vertical et qui ont porté sur les dysfonctionnements appartenant aux six familles du management socio-économique. Les phrases témoins collectées à partir des entretiens ont été classifiées en thèmes, sous-thèmes et idées-clés.

Plusieurs outils du management socio-économique ont été mis en œuvre, tels que la grille de compétence, la grille de gestion du temps, le plan d'actions stratégiques internes et externes, et le plan d'actions prioritaires. Les coûts cachés ont été calculés et l'effet miroir a été présenté. Ensuite, des groupes de projet ont été développés.

La dernière étape de la recherche-intervention était l'évaluation à travers des indicateurs d'ordre qualitatif, quantitatif et financier.

Résultats et discussion :

- Amélioration des compétences de 87%.
- Augmentation du taux de satisfaction du personnel de 55 à 70%.
- Diminution du taux d'absentéisme du personnel infirmier de 35%.
- Amélioration de la satisfaction des patients diabétiques fréquentant l'hôpital de 60 à 80%.
- Diminution du taux de réadmissions des patients diabétiques à l'hôpital pour une hyperglycémie ou une éventuelle complication du diabète de 40%.
- **Réduction des coûts cachés : Gain de 120 063\$ par an (Balance économique).**

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique :

Le diabète est une maladie très fréquente et grave. Elle est en constante progression. Ses conséquences sont particulièrement lourdes. S'il n'est pas bien contrôlé, le diabète pourrait être responsable, en premier lieu, de nombreuses complications graves.

Un significatif progrès a été démontré à partir des résultats obtenus. Les effets positifs de cette recherche-intervention ne se sont pas limités aux patients seulement, mais au personnel infirmier aussi. Tout d'abord, une nette amélioration a été observée au niveau des compétences du personnel infirmier qui ambitionne depuis longtemps un changement. Ensuite, une diminution de leur surcharge de travail a été remarquée, et, finalement, une augmentation de leur satisfaction a été relevée.

Outre le fait que la coopération du personnel était cruciale pour l'avancement de la recherche-intervention, le soutien et le support de la direction générale était exemplaire et essentiel au succès de la recherche. Sans la coopération de la direction générale, convaincre le personnel et les encourager à continuer dans la recherche aurait dû être une mission presque impossible.

L'acquisition de certains outils tels que la grille de compétences et la gestion de temps, et leur utilisation continue de la part des cadres, va certainement contribuer à garantir la permanence de l'intervention pour après.

11. Connaître le recours aux urgences pour identifier les opportunités de réajustement de l'organisation des services d'urgences de la région Auvergne Rhône Alpes.

Auriane Philippe-Desneufbourgs, Faculté de lettres, Master 2 SIGAD, France

aurianephd@gmail.com

Résumé

- faire un état du lieu du recours aux services d'urgences dans la région AuRA en 2016

- contexte : surcharge des services d'urgences, tension du personnel... Connaître le recours, c'est faire un premier pas pour des décisions de (ré)organisation pertinentes
- représentation spatiale des recours avec l'outil SIG ArcGIS après standardisation des données
- Des disparités territoriales de recours aux urgences existent en Auvergne Rhône-Alpes (sur-recours et sous-recours), ainsi que des corrélations avec le statut socio-économique des territoires. Ces disparités varient suivant l'âge ciblé des patients. Cette étude devra se coupler d'études qualitatives et d'études sur l'accessibilité des services d'urgence.
 - Ce type d'étude, utilisant ce type de base de données avec une approche géographique est peu courant, et montre que la géographie de la santé est un outil à fort potentiel dans l'aide à la décision en matière d'organisation des soins.

12. Formalisation du projet d'établissement au Groupement Hospitalier Mutualiste les Portes du Sud : un outil stratégique guidant la conduite du changement.

Léa Delefortrie, Faculté de lettres, Master 2 SIGAD, France

leadelefortrie@gmail.com

Résumé

Chaque établissement de santé est tenu de rédiger un projet d'établissement de façon périodique, qui définit la politique générale de l'établissement. Dans ce cadre, le GHM des Portes du Sud a formalisé le document « Horizons partagés 2017-2022 » qui traduit les engagements de l'établissement en faveur de l'innovation et l'amélioration de la prise en charge pour les cinq prochaines années. 10 ans après l'accueil du premier patient au sein des Portes du Sud, ce projet permet de fédérer les professionnels autour d'un objectif commun. L'élaboration de ce projet a été pensée collectivement, en partenariat avec l'ensemble des fonctions de la clinique, et obéit à cinq axes stratégiques (Garantir l'excellence dans l'organisation des parcours patients, la qualité et sécurité des soins, maintenir et développer notre place d'établissement recours, optimiser la prise en charge des flux saisonniers/aléatoires, développer une offre adaptée aux populations fragiles, pratiquer un management ambitieux au service de la qualité de vie au travail)

. Il s'organise en projets de services, projets interservices permettant de travailler en transversalité, et projets supports. Plusieurs outils de management et communication ont été mobilisés au cours des différentes phases du projet afin de présenter un document stratégique reflétant les atouts d'attractivité de l'établissement. Parmi eux, un séminaire d'entreprise ainsi que plusieurs réunions de travail collectives et plus ciblées ont été organisés. Un diagnostic du territoire a en outre été réalisé de manière à mettre en place des initiatives répondant au mieux aux besoins des patients. L'adéquation entre les dynamiques de soin du territoire et le développement de l'activité était en effet un pré-requis indispensable, identifié en amont du projet.

13. La coopération inter-organisationnelle au service du territoire.

Alice Martin, IAE Lyon / Master 2 CTERSAMS, France

gcsms.charge.de.mission@gmail.com

Résumé

Quelles sont les conditions à mettre en œuvre pour qu'un groupement soit efficient ?

-Le GCSMS AU FIL DE L'ÂGE EN ARDECHE compte 5 établissements membres (4 EHPAD et une résidence autonomie) sur le territoire d'Ardèche Méridionale, l'étude a été menée sur le terrain au sein de ces établissements.

-reconnaissance du GCSMS au niveau du territoire par les tutelles : Evolution vers un GCSMS référent

-limites et difficultés de mise en place : relève de la fonction publique territoriale, temps à consacrer en amont, stratégie à adopter, évolutions du groupement dans le futur.

14. Télésurveillance et accompagnement thérapeutique de patients avec une maladie rénale chronique.

Anne-Laure Camarroque, Agnès CAILLETTE-BEAUDOIN ;Jean-Pierre GRANGIER, CALYDIAL, Centre de santé rénale, France

Résumé

Pourquoi un télésuivi et un accompagnement thérapeutique pour la maladie rénale chronique sévère?

- Une maladie asymptomatique => pour remettre le patient au cœur de son parcours de santé, lui donner les moyens d'agir
- Une résultante de pathologies métaboliques et cardiovasculaires => pour faciliter la coordination des professionnels de santé: médecins généralistes, spécialistes, infirmiers...
- Une maladie au long cours => pour permettre un meilleur suivi de la maladie chronique à domicile et prévenir les complications

Objectif de la recherche

L'objectif principal de ce projet de recherche médico-économique (PRME) est d'évaluer l'efficacité du service NeLLY pour la surveillance des patients présentant une maladie rénale chronique sévère (MRC) au stade 4 (DFG < 30 ml/min). Un financement a été attribué à cet effet par la DGOS fin 2016. Cette étude est menée avec le soutien des Hospices Civils de Lyon. Calydia, centre de santé rénale dans le sud-ouest lyonnais, en est l'initiateur, l'investigateur principal et le promoteur.

NeLLY est un service de télé surveillance et d'accompagnement, qui comporte:

- la fourniture d'une application numérique: Ap'Telecare (TMM), permettant au patient de saisir ses données de santé de manière régulière (poids, tension...) et de communiquer avec un professionnel de santé via une messagerie sécurisée.
- une éducation thérapeutique renforcée, via des ateliers en présentiel, des documents et des vidéos proposés via l'application.
- un accompagnement personnalisé par un(e) infirmier(e), qui répond aux messages, suit les données de santé remontées par les patients dans l'application, et réagit aux alertes selon un protocole défini en amont, en lien avec le néphrologue.

Les objectifs du service NeLLY sont donc de:

- Permettre aux patients de mieux comprendre et gérer leur maladie au quotidien
- Assurer un accompagnement personnalisé du patient à domicile (à distance) : réagir vite pour permettre une prise en charge optimale du patient en cas d'alerte
- Rassurer le patient et ses aidants

Méthodes

Douze centres investigateurs en France vont inclure un total de 640 patients dans l'étude. Pendant 3 ans, nous allons suivre les consommations de soins, la qualité de vie et l'évolution clinique et biologique des patients, en comparant deux périodes: une première période pendant laquelle leur prise en charge est habituelle, et une seconde période pendant laquelle ils bénéficieront en plus du service NeLLY. La méthodologie retenue est en stepped wedge: tous les centres incluent les patients dans l'étude entre avril et décembre 2018, puis les centres mettent en oeuvre le service NeLLY les uns après les autres, à raison d'un ou deux nouveaux centres tous les 4 mois.

Pour assurer l'accompagnement thérapeutique prévu dans le service NeLLY, nous avons développé des vidéos d'éducation thérapeutique: les "ludyaides". La création de ces vidéos vise à rendre le patient encore plus acteur de sa prise en charge, via un support ludique. Un véritable parcours de formation numérique est ainsi en cours de création, avec à terme 25 modules interactifs disponibles pour tous les centres participant au projet de recherche. Les thématiques abordées sont larges: biologie, traitement, diététique, psychologie...

Résultats

NeLLY implique un travail collaboratif entre médecins et soignants intervenants auprès du patient, coordonné par un IDE. Les patients qui bénéficient déjà de ce service témoignent volontiers de son caractère "rassurant" face à une maladie silencieuse.

Confortés par plusieurs publications et résultats de recherches, nous espérons prouver que NeLLY induit une réduction des coûts de santé, une stabilisation de la progression de la MRC, et une qualité de vie perçue améliorée pour le patient.

Contribution et intérêt

Grâce à ce PRME, nous souhaitons contribuer à :

- évaluer la pertinence du télé suivi,
- développer la prévention de la maladie chronique,
- encourager une nouvelle organisation avec les professionnels de santé au service du patient acteur.

15. Impression 3D : une main mécanique articulée adaptée.

Manon Garde, Paul Rigato et Gérard Carle Accueil Savoie Handicap, France

manon.garde@ash73.com

Résumé

Conscients que l'innovation est la clé pour s'adapter et devancer les métamorphoses du monde, nous nous sommes interrogés sur les modalités d'adaptation et d'utilisation des technologies existantes à ce jour.

Ainsi, nous avons exploré le champ des possibles de la technologie de l'impression 3D, dans l'optique de nous adapter aux particularités de chaque personne en situation de handicap.

La genèse de ce projet est un constat simple : chaque personne est unique de par ses goûts, ses aspirations, sa morphologie, son type de handicap, sa personnalité. L'objectif est de créer des objets personnalisés afin de faciliter son quotidien.

Dès l'achat puis la maîtrise de l'imprimante 3D, Accueil Savoie Handicap a mené ses réflexions à travers son partenariat avec E-nable France, association mettant en relation des personnes ayant besoin d'un appareil avec celles susceptibles de les fabriquer.

Ce partenariat a permis de croiser les compétences et expertises de chacun, handicap et communauté 3D, avec pour objectif commun d'améliorer l'accompagnement grâce à une approche personnalisée.

Dans un premier temps, les réflexions nous ont menées vers l'élaboration d'une main mécanique articulée pour les personnes souffrant d'agénésie. L'atout principal de la maîtrise de l'impression 3D dans le champ du handicap est de pouvoir adapter le produit fabriqué à la personne qui en fait la demande, en prenant en considération plusieurs paramètres : le type d'objet fabriqué, son utilisation, la morphologie de la personne, son confort, et les goûts de la personne.

La première demande de main mécanique articulée était pour un enfant de 7 ans souffrant d'agénésie. La première prise de contact a consisté à prendre en compte ses goûts (il aimait Batman), ses envies (il souhaitait faire du vélo), et bien évidemment sa morphologie, permettant à la fois une utilisation simple mais également confortable. Une main mécanique Batman et un guidon adapté à sa pratique et à sa morphologie lui ont remises.

Aujourd'hui, nous sommes en mesure de remettre gracieusement une main mécanique articulée adaptée à toute personne en faisant la demande.

La maîtrise de cette technologie adaptée à notre expertise du handicap constitue une réelle innovation pour nos pratiques.

D'autres perspectives s'offrent maintenant à nous : nous envisageons actuellement la conception d'objets du quotidien, sur mesure et stylisés « à la demande » adaptés aux personnes en situation de handicap moteur accompagnées par l'établissement.

Le projet d'impression 3D peut tout à fait être transposable et reproduit par une autre structure. Il se veut être adaptable au regard des besoins et des demandes en région mais aussi des collaborations et expertises venant compléter son développement.

Cette innovation permet de :

- Valoriser le lien humain et social par une approche technologique et technique
- Apporter un accompagnement de l'enfant plus ludique, « customisé », et sur le long terme (en suivant l'évolution de ses goûts et souhaits)
- Utiliser une dynamique à grande échelle (l'impression 3D) pour une action de proximité et personnalisée
- Témoigner de la force d'un partenariat de qualité entre un acteur du médico-social et un acteur de la technologie

Etendre les possibilités d'accompagnements envisagés pour la qualité des soins, l'autonomie et même la participation sociale des personnes en situation de handicap

16. Infirmier de parcours en maladie rénale chronique : un nouveau métier de coordination pour personnaliser et faciliter le parcours et la relation.

Teresa Valderas, Lauriane Guigues, Corinne Combe, Centre Hospitalier Lucien Husel, Vienne, France

17. La responsabilité sociétale ou comment repenser la performance dans le secteur social et médico-social.

Pascale Masson, IFROSS, France

Horaire : 18h30 -20h00 COCKTAIL D'ACCUEIL MUSICAL - Ensemble Brin de Voix "L'opéra autrement"

Vendredi 7/09/2018

Horaire : 08:00 - 08:15 – Accueil et inscription (Amphithéâtre Malraux)

Horaire : 08:30 - 10:00

Session 13

Salle 102

Thème : Innovation et soins à domicile

Président:

Innovation dans les traitements des troubles mentaux graves: des Centres de traitement au traitement dans la communauté au Traitement intensif bref à domicile.

Hubert Wallot, Université Téluq, Canada

wallotha@hotmail.com

Résumé

Depuis le milieu des années 80', l'hôpital psychiatrique de Québec, a développé diverses structures innovatrices de traitement dans la communauté. D'abord, les équipes intégrées de suivi externes inspirées de la psychiatrie de secteur, puis démantelées dans les années 90' à la faveur de l'élargissement de la vocation des CLSC (centres locaux de services communautaires). Puis naquirent trois centres de traitements dans la communauté avec des lits dans la communauté (portes ouvertes, pas d'isolement, pas d'injection) (Wallot 1998b). Ces structures assurent une continuité des services et une insertion subjectivement signifiante dans le lien social même si ce n'est pas toujours le travail. Le premier, le «388 St-Vallier» (Apollon, Bergeron, Cantin, 1990), naquit en 1982 d'une collaboration entre l'hôpital psychiatrique et une organisation sans but lucratif offrant de la formation en psychanalyse. C'est un centre de traitement psychanalytique de la psychose. Les seuls postes classiques d'une équipe de santé mentale sont ceux du psychiatre et de la travailleuse sociale. Les autres intervenants sont des gens académiquement bien formés dans les sciences humaines, mais n'étant pas liés, pour leur emploi, à des ordres professionnelles. Il s'y trouve 7 lits de crise, approche de porte ouverte, d'absence de don d'injection ou d'isolement. Les usagers y viennent volontairement et s'engagent à participer à des activités (théâtre, écriture, arts plastiques, musique), et, tôt ou tard, à entrer en analyse avec un analyste du centre qui ne transmet pas d'information sur le contenu de la cure. Lorsque les résidents sont hébergés, on leur confie des tâches, afin de ne pas les laisser régresser. Sauf pour des situations particulières, avec entente avec l'usager, il y a un respect de l'intimité du domicile. La cadre thérapeutique est la psychanalyse.

Par la suite, naît en 1989 le centre de traitement dans la communauté «le Benoît XV» : 9 lits de traitement et entièrement sous la responsabilité clinique et administrative de l'hôpital psychiatrique. Ses intervenants sont infirmier(e), éducateurs et travailleur social. Les usagers doivent s'engager dans leur traitement mais pas d'activités artistiques offertes et pas de cure analytique. Les autres règles de fonctionnement sont similaires à celle du 388. Les interventions réduisaient le nombre et la durée des hospitalisations (Wallot, 1998b)

Puis au début des années 90' apparut un troisième centre, le Centre de traitement et de réadaptation De

Nemours. Un centre avec sept lits, des principes de fonctionnement semblables aux deux autres centres, des infirmiers et éducateurs et travailleurs sociaux relevant de l'hôpital psychiatrique mais avec aussi une psychologue, un pair-aidant et enfin une pharmacienne dans le but d'ajuster le mieux possible la médication aux projets de vie des usagers. Aucune cure analytique.

Les centres Benoît XV et De Nemours furent fermés sous prétexte de réduction budgétaire depuis 2010, en parallèle avec de la mise sur pied dès les années 2002) d'équipes en nombre croissant de suivi intensif de maintien dans la communauté (modèle PACT, démontré efficace aux USA dès les années 80' (Stein et Test, 1980; Stein et Santos, 1998), modèle quasi imposé partout par le gouvernement. Initialement axé sur garantir la prise de médication et s'assurer de l'acceptabilité du milieu de vie, les équipes ont commencé d'utiliser les concepts de la réadaptation. Depuis quelques années, les psychiatres demeurent les médecins traitants durant l'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, ce qui assure une continuité. Mais l'hospitalisation est tributaire de ce qu'un tel milieu peut amener de régression. Par ailleurs, les intervenants qui se rendent à domicile peuvent changer tous les jours, ce qui rend la le lien et la continuité difficile puisque la majorité des patients souffrent d'une psychose et sont plus facilement méfiants. Finalement depuis 2011, un équipe de Traitement intensif dans la communauté (TIBD) (Boisvert, Bouffard et Paquet, 2016) , le tout pour réduire le nombre d'hospitalisés et d'hospitalisation par personne et la durée de ces hospitalisations. L'hôpital psychiatrique de Québec (via la structure du CIUSSS) croit voir là une opportunité de diminuer les hospitalisations et en prend prétexte pour déjà fermer une vingtaine de lits. Cette approche est une intervention brève, d'au plus six semaine. Par définition, c'est une approche plus intrusive en se faisant à domicile. Et parfois où il faut vraiment retirer la personne de son milieu, pour des raisons tantôt médicale (exemple intoxication), tantôt psychosociale (type et environnement de l'hébergement, risque suicidaire majeur).

Tous ces diverses approches réduisent les effets délétères des hospitalisations et promeuvent le rétablissement sous différents angles. Nous comparerons ces différents modèles, leurs avantages, leurs inconvénients, sous les angles de la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, de la continuité des soins, de la promotion du rétablissement et enfin de leur éventuelle complémentarité par rapport aux personnes souffrant de troubles graves de santé mentale, mais aussi en tenant compte, aspect trop souvent oublié, de la configuration des services, qui, par exemple, n'est pas la même au Québec qu'aux USA.

Conditions d'implantation et les effets d'utilisation du modèle de soins d'hospitalisation à domicile : une revue systématique de revues systématiques et de méta-analyses.

Christiane Pereira Martins Casteli, Serge Dumont^{3,4}, Clémence Dallaire^{1,5}, Lucille Juneau^{2,7}, Élisabeth Martin^{1,4,6}, Marie-Claude Laferrière⁸ et Marie-Pierre Gagnon^{1,5}, 1. Faculté des sciences Infirmières, Université Laval, 2. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, 3. École de travail social et de criminologie, Université Laval, 4. Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL) - Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux - CIUSSS de la Capitale Nationale, 5. Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, 6. Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), 7. Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)-CIUSSS-CN et 8. Bibliothèque, Université Laval, Québec, Canada

christiane.pereira.1@ulaval.ca

Résumé

Objectif

Synthétiser systématiquement les méthodes d'implantation du modèle de soins d'hospitalisation à domicile (HAD) de même que les facteurs associés au succès de l'implantation et de l'utilisation de ce modèle de soins.

Contexte et problématique

Au Canada comme ailleurs dans le monde, les débordements des salles d'urgence témoignent également d'une performance sous optimale de l'offre de services telle que celle-ci est actuellement organisée et dispensée. En plus, l'hospitalisation dans les services d'urgence entraîne des risques importants pour les personnes âgées, dont les complications iatrogènes, le déclin fonctionnel et cognitif, et la perte d'autonomie. L'HAD propose un modèle de prestation novateur de soins hospitaliers à domicile, adapté aux besoins de certaines clientèles qui seraient hospitalisés dans les établissements conventionnels en raison d'un épisode aigu et qui ont besoin d'une surveillance continue et de suivi qui n'est actuellement disponible que dans les unités hospitalières. En général, les modalités d'organisation de services d'HAD ne sont pas bien définies dans les études, ce qui limite la possibilité de réflexion sur la façon dont les facteurs organisationnels, cliniques, économiques, politiques et sociaux influencent l'implantation de ce modèle

de soins. Ainsi, une synthèse des expériences concernant les facteurs associés à la mise en œuvre de l'HAD et ses effets d'utilisation pourra contribuer au développement et au partage des connaissances en matière d'HAD.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés : Il s'agit d'une revue systématique de revues systématiques quantitatives (incluant les méta- analyses), qualitatives, et d'études mixtes basée sur la méthode « Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols » (PRISMA-P) et évaluée selon la grille d'évaluation de la qualité méthodologique des revues systématiques (AMSTAR 2). La recherche s'est effectuée dans les bases de données Medline (OVID), EMBASE, The Cochrane Database of Systematic Reviews and CINHAL, à partir des termes contrôlés et libres. La sélection s'effectuée indépendamment par deux membres de l'équipe. À

partir des titres et résumés identifiés, une première sélection a été effectuée. Ensuite, les textes complets correspondant aux critères d'inclusion ont été évalués. Pour chaque revue incluse, deux réviseurs ont compilé indépendamment les résultats. Les désaccords ont été discutés et un troisième réviseur a agi comme arbitre au besoin. Les résultats ont été analysés en s'inspirant au modèle conceptuel de Dubois qui permet une approche systématique sur le système de soins en général, notamment de soins infirmiers. Pour les résultats primaires, ont été inclus les facteurs facilitant ou limitant l'implantation de l'HAD au niveau environnemental, organisationnel, du personnel, du patient et ses proches. Les résultats secondaires ont été basés sur les effets de l'utilisation de l'HAD sur l'accès, la continuité, la qualité et la sécurité des soins, les pratiques cliniques, l'organisation des services de santé, les coûts, et ce, au niveau du patient, du système de santé et de la société.

Résultats et discussion

Sur un total de 448 revues systématiques et méta- analyses identifiées par la stratégie de recherche dans les deux premières bases de données interrogées (Medline (OVID) et CINHAL), 22 ont été retenues après vérification des titres et des résumés. Après la lecture complète, 20 ont été conservées. Nos résultats font la synthèse du profil des patients, du milieu de soins, du type de service fourni, du contexte de la prise en charge, de la durée du séjour, des composantes incluses dans l'intervention, façon dont l'HAD est fournie et des technologies utilisées. Nous discutons également de l'évaluation des comparaisons entre l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation conventionnelle et des facteurs déterminants de l'implantation de l'HAD et ses effets mesurés retrouvés dans les revues à partir du modèle organisationnel d'HAD schématisé avec le modèle conceptuel de Dubois.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique

L'analyse des expériences sur l'implantation d'HAD et ses effets d'utilisation permet de mettre à disposition des stratégies pour faciliter la mise en œuvre de ce modèle de prestation de soins novateur dans les organisations de services intéressés. Conséquemment, les effets positifs seront optimisés afin de les utiliser à leur plein potentiel pour soutenir le modèle de soins d'HAD au niveau du patient, du système de santé et de la société.

L'exploitation des données actigraphiques au service du maintien à domicile.

Nathalie Maes, Patrick Maggi, Daniel Gillain, Stéphanie Dequinze, Philippe Kolh et Jean Petermans,
Université de Liège, Belgique
nmaes@chuliege.be

Résumé

L'actigraphie est une technique de mesure de l'activité motrice d'une personne dans son milieu environnemental. La mesure de l'activité ou de la mobilité est un indicateur de fragilité physique. Cette étude prospective est réalisée sur base de 38 volontaires 65ans et plus, autonomes, robustes et résidant au domicile. Le but de ce travail est d'objectiver l'utilisation des données d'activité diurnes et nocturnes récoltées via le dispositif IST Vivago® Wristcare. L'objectif secondaire est de confronter ces paramètres à des signes avant-coureurs de fragilité tels que mesurés par des échelles issues de l'évaluation gériatrique standardisée.

Riassunto

Actigrafia è una tecnica per misurare l'attività motoria di una persona nel suo ambiente. Misurare l'attività o la mobilità è un indicatore di fragilità fisica. Questo studio prospettico si basa su 38 volontari di 65 anni e oltre, che sono autonomi, robusti e vivono a casa. Lo scopo di questo lavoro è di oggettivare l'uso di dati di attività diurna e notturna raccolti attraverso il dispositivo IST Vivago® Wristcare. L'obiettivo secondario è quello di

confrontare questi parametri con i segni premonitori della fragilità misurati dalle scale derivate dalla valutazione geriatrica standardizzata.

Session 14

Salle 103

Thème : Innovation et hôpitaux (2)

Président:

Sistema de Informação Aplicada à Gestão Hospitalar: Uma Realidade dos Hospitais Públicos da Província da Huila, Angola.

Anabela Almeida, Tomas Hambili Paulo Sanjuluca et Ricardo Correia, Universidade da Beira Interior, Portugal

Amélioration du triage au sein d'un service des urgences d'un CHU en utilisant la simulation des flux.

Safa Bhar Layeb, Nour Chouchen¹, Siwar Jebali¹, Amel Jaoua¹, Najla Aissaoui Omrane^{1,2} et Chokri Hamouda^{1,3}, Ecole Nationale d'Ingénieurs de Tunis, Ecole Nationale d'Ingénieurs de Carthage et Service des Urgences, CHU Charles Nicolle, Faculté Médecine, Tunisie

Safa.layeb@enit.utm.tn; najla.aissaoui.omrane@gmail.com

Les services des urgences sont le lieu d'accueil, de prise en charge et d'orientation des patients qui se présentent pour une consultation non programmée par nature même du service. Jour après jour, ils sont confrontés au défi de l'admission excessive des patients. Puisque ces derniers n'ont pas le même degré de sévérité, les urgences font appel à différents systèmes de « Triage » pour évaluer la gravité de l'état des patients et assigner des priorités de traitement. Ce travail porte sur l'étude en vue de l'amélioration du processus d'admission et de triage mis en place dans le service d'urgence de l'hôpital Charles Nicolle à Tunis, Tunisie, à l'aide de la simulation à événements discrets. Le modèle de simulation développé est basé sur une étude empirique des temps menée sur six mois. Plus particulièrement, nous avons implémenté un modèle de simulation sur le logiciel Arena. Ce modèle a permis de prendre en compte l'aspect stochastique du système réel sans recourir à des hypothèses simplificatrices. En effet, plusieurs papiers de la littérature utilisent le test de Kappa pour traiter et évaluer les systèmes de Triage implantés. Dans ce travail, grâce aux données récoltées, nous avons pu valider le modèle du service d'urgence.

Ainsi, le simulateur nous a permis de tester différents scénarios notamment sur l'allocation des ressources aux différents postes. Pour le service des urgences de l'hôpital Charles Nicolle à Tunis, nous avons proposé plusieurs scénarios de réaménagement des ressources disponibles (humains et matériaux) tout en suivant les standards internationaux des systèmes de Triage. Des tests numériques ont montré que les scénarios proposés permettent de réduire le temps total moyen passé par les patients au sein des urgences.

O trabalho em emergências hospitalares: Argélia, Brasil e França.

Magda Scherer, Eleonor Minho Conill, Rémy Jean, Abdesselam Taleb, Francine Lima Gelbcke, Denise Elvira Pires de Pires et Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade de Brasília, Universidade Federal de Santa Catarina, Institut de Ergologie, Aix-Marseille Université, Université de Tlemcen, Argélia, Universidade Federal do Piauí, Brasil, France et Argelie

Session 15

Salle 104

Thème : Innovation organisationnelle (2)

Président:

Caractéristiques des services d'éducation prénatale de groupe et en ligne : innover pour optimiser.

Geneviève Lapointe, Geneviève Rock, Julie Poissant, Holly Witteman, Élisabeth Parent, Marie-Pierre Gagnon ; Caroline Vaillancourt, Geneviève Painchaud-Guérard, Roxane Borgès Da Silva, Université Laval : GR, GL, HW, EP, MPG. Université du Québec à Montréal: JP. Université de Montréal : RBDS. Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval : GR, GL, HW, MPG, CV, GPG, Québec

genevieve.roch@fsi.ulaval.ca

Résumé

Objectifs de la recherche

Caractériser les services d'éducation prénatale de groupe (EPG) et en ligne (EPL) dispensés ou recommandés par des établissements intégrés de santé et de services sociaux (EISSS) pour dégager des pistes d'optimisation visant leur harmonisation et leur utilisabilité.

Contexte et problématique

L'éducation prénatale est au cœur de l'offre des soins et services infirmiers et de santé publique. En réponse aux enjeux d'accessibilité et à l'évolution des besoins des futurs parents, certains EISSS ont opté pour implanter des services d'EPL, tout en poursuivant l'offre de service d'EPG en présentiel. À l'implantation de cette innovation technologique s'ajoutent des défis d'harmonisation conséquents aux récentes restructurations du système de santé québécois. Il a été démontré en contexte expérimental que l'EPG peut s'avérer efficace pour promouvoir certains aspects de la santé périnatale. Aucune étude ne s'est toutefois intéressée à documenter les caractéristiques des services d'EPG dispensés en pratique, un élément essentiel à l'harmonisation des services régionaux et de leurs retombées. Quant à l'offre récente de services en ligne, rares sont les études portant sur cette innovation éducative et ses impacts sur la santé des usagers.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

S'appuyant sur une adaptation du *Interactive Quality Health Education Outcomes Model* de Humenick (2000), la caractérisation des services d'EPG et d'EPL a été réalisée par le biais d'une méthode de *environmental scan*, mobilisant des sources documentaires (N= 106) et des entretiens auprès d'infirmières formatrices (N = 26). Des tests d'utilisabilité avec entretiens individuels de type *think aloud* se sont ajoutés auprès de femmes enceintes et leur partenaire (N = 11) pour documenter l'interface Web d'EPL. Des analyses de contenu itératives et d'utilisabilité ont permis la documentation des caractéristiques des services d'EPG et d'EPL. Par le biais d'une approche collaborative avec les décideurs concernés, des avenues d'optimisation des services d'EPG et d'EPL ont été convenues.

Résultats et discussion

Sur un total de 25 sites d'EPG documentés, 5 ont misé sur un regroupement de leurs ressources, une majorité offraient 4 séances et couvraient 10 thématiques se rapportant à trois catégories: 1) la grossesse et l'accouchement, 2) l'allaitement; 3) les soins du nouveau-né et la santé familiale. Des variations quant à l'organisation (p. ex. : fréquence de prestation, collaborations avec organismes externes), au format (p. ex. : 2 à 6 séances, matériel mobilisé) et au contenu (p. ex. : nombre de thématiques abordées, temps alloué par thématique) ont été identifiées comme principales cibles d'harmonisation. Les tests-utilisateurs sur l'interface Web d'EPL ont permis d'identifier différents problèmes d'utilisabilité, d'ergonomie et de design nuisant à l'accès, à la compréhension de l'information et à la crédibilité du contenu. En réponse à ces enjeux, des recommandations ont été suggérées aux décideurs et transmises au fournisseur de services d'EPL.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique

Devant ces résultats, quant aux disparités observées dans les différents sites d'EPG et aux enjeux d'utilisabilité des services d'EPL, l'approche collaborative et intégrée d'application des connaissances a permis de dégager des avenues d'optimisation et d'harmonisation prenant en considération les réalités des décideurs et des praticiens. L'introduction de services d'EPL gagne à se faire en considérant les caractéristiques qui permettront aux usagers de bénéficier pleinement de ces innovations. Les résultats mettent aussi en relief l'importance de considérer les caractéristiques distinctives et complémentaires des services d'EPG et d'EPL pour mieux s'adapter aux différents besoins des futurs parents.

La transformation organisationnelle par l'innovation transversale : le système d'informations levier de l'émergence et de la diffusion.

Sarah Garidi, Julien Hsusson, CEREFIGE, IAE de Metz– Université de Lorraine, France
sarah.garidi@univ-lorraine.fr

Résumé

Les objectifs de la recherche

Le contexte général du secteur associatif sanitaire, social et médico-social est empreints de nombreuses incertitudes. Face à des défis complexes et multiples, les réponses novatrices sont multiples : innovations technologiques, de produits et de service, innovations organisationnelles et managériales (Damanpour et Aravind, 2012). Les réponses à apporter et la manière de les imaginer et de les déployer restent des défis majeurs dans le champ de la santé, caractérisé par sa nature fortement institutionnalisée (Friedland & Alford, 1991) et pluraliste (Denis et al., 2001).

L'objectif de notre recherche est d'observer le comportement des organisations qui réinterrogent leurs fondamentaux et adoptent des postures nouvelles afin d'affirmer leur singularité tout en améliorant la réponse apportée aux personnes vulnérables prises en charge ou accompagnées. Telle est la posture adoptée par l'association LADAPT objet de notre étude. La capacité d'innovation de l'association a été identifiée et bien réelle. Le souhait d'ancrer l'innovation dans l'ADN de l'organisation à travers la création d'une nouvelle mission transversale est en file d'amorcer une transformation organisationnelle considérable, annoncée comme la clé de survie par la gouvernance. Elle a pour but d'ajouter du liant dans l'ensemble d'un système bien pensé et structuré afin que la cohésion soit plus garantie.

Le contexte et la description du problème :

Ainsi notre étude portera sur l'association LADAPT qui est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique. Elle accompagne depuis près de 90 ans la personne handicapée dans son combat ordinaire, celui de sa vie quotidienne pour garantir une égalité des chances (projet associatif 2016-2020). Avec près de 120 établissements et services (sanitaires, sociaux et médico-sociaux), l'association accompagne chaque année plus de 16000 personnes. La variété des acteurs qui y agissent forme davantage un système aux cloisonnements professionnels et structurels qui fait face au risque d'empilement. Ce dernier fait craindre la déperdition du sens entre les objectifs fixés par les orientations stratégiques et l'action des acteurs sur le terrain. L'intérêt de ce cas étudié est justifié par un projet qui vient d'une manière structurelle et circonstancielle impulser l'innovation à travers la création d'une mission transversale d'« études et de recherche » cette mission vient confirmer l'objectif inscrit dans le statut de l'association qui est de « soutenir l'étude et la recherche concernant tous les problèmes de réadaptation et d'insertion sociale et professionnelle ».

L'association a compris que le caractère novateur de ce projet ne sera un succès que si son usage trouve sa place dans la vie quotidienne des acteurs de terrain. Ainsi, pour viabiliser ce projet l'association engage une réflexion autour du knowledge management qui revêt une dimension de management mais aussi une dimension entrepreneuriale d'activation des connaissances et de l'action. Il s'agit d'impulser une dynamique où chaque acteur se sent en responsabilité de produire ou de consommer sur ces connaissances. Le challenge est de trouver le système d'informations adapté à supporter l'innovation à l'heure où l'information se gère en flux et non plus en stock, un tel système devient non seulement prioritaire, mais bien stratégique pour la durabilité du projet. C'est dans ce contexte que s'inscrira notre étude qui traite de la problématique suivante : à quelle condition la posture managériale permet-elle l'innovation ? et comment le système d'information favorise-t-il l'émergence et la diffusion durable de cette innovation ?

La méthode

Selon Yin (2013), utiliser une étude de cas à travers une approche qualitative, présentant toutes les conditions nécessaires pour tester une théorie, peut confirmer, challenger ou enrichir une théorie. C'est le choix qui a été fait pour ce travail de recherche. La collecte des données sera réalisée selon deux techniques selon le modèle proposé par Yin (2013) : des entretiens semi-directifs et des observations sur le terrain. Les entretiens semi-directifs ont l'avantage de laisser une flexibilité qui va permettre de mettre en lumière toutes les idées et d'évaluer la posture des interviewés. Par ailleurs, les observations vont nous permettre de saisir l'atmosphère de travail et de générer des conclusions en rapport avec les données collectées lors des entretiens.

Les résultats et la discussion

Les résultats de l'étude porteront dans un premier temps sur la posture managériale adoptée par l'association pour mener et cultiver la durabilité de son projet innovant. Dans un second temps l'accent sera mis sur les facteurs qui influencent la diffusion de l'innovation en passant par le rôle du système d'information dans l'approche de Knowledge management. Une dernière partie discutera l'efficacité de l'articulation triangulaire : posture managériale, innovation et système d'informations.

Les apports et intérêt de la communication

Les apports et l'intérêt de cette communication portent sur la compréhension des moyens qui permettront de transcender le cloisonnement et la complexité des organisations (sanitaire, sociales et médico-sociales) et d'identifier les capitaux qui permettront l'émergence et la diffusion de l'innovation.

Dispositifs médicaux innovants et évaluation des technologies de santé en milieu hospitalier : état des lieux et développements à venir en France.

Nicolas Martelli, Carole Serrano², Judith Pineau¹, Patrice Prognon¹ et Hélène van den Brink², ¹Service Pharmacie, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, ²Groupe de Recherche et d'Accueil en Droit et Economie de la Santé (GRADES), Faculté de Pharmacie, Université Paris-Sud, France
nicolas.martelli@aphp.fr

Résumé

Contexte et description du problème

L'évaluation des technologies de santé (ETS) en milieu hospitalier permet d'améliorer l'efficacité des décisions en déterminant sur la base de données scientifiques probantes si une technologie de santé mérite d'être introduite et financée par un hôpital. Afin d'évaluer des dispositifs médicaux innovants, toujours plus nombreux et très souvent onéreux, l'ETS hospitalière semble être devenue essentielle dans leur fonctionnement pour beaucoup d'hôpitaux français. Toutefois, de grandes disparités demeurent et de nouveaux défis apparaissent qui nécessitent de repenser le schéma d'organisation de l'ETS hospitalière en France.

Objectifs

Le premier objectif de notre travail a été d'établir un état des lieux de l'ETS hospitalière en France. Le second objectif est de présenter les principaux développements que devrait connaître cette discipline dans les années à venir.

Matériel et Méthode

Notre travail s'est fondé sur une revue de la littérature effectuée en 2016 sur l'ETS hospitalière, sur les résultats d'une table ronde sur le sujet et qui a rassemblé des industriels du secteur du dispositif médical, des académiques et des institutionnels. Enfin, elle s'inspire de nos travaux récents effectués dans le domaine de l'évaluation de l'impact organisationnel des dispositifs médicaux.

Résultats/Discussion

Le premier constat concernant l'organisation de l'ETS hospitalière consacrée aux dispositifs médicaux innovants est la très forte hétérogénéité entre les modèles existants dans les hôpitaux français. Ceci est tout d'abord souligné que les ressources dédiées à cette activité qui sont très disparates. Certains centres hospitalo-universitaires (CHU) ont en effet créé de véritables unités d'ETS, alors que d'autres centres plus modestes en particulier privés n'ont aucune ressource affectée à cette activité. Ensuite, la méthodologie d'évaluation employée diffère aussi fortement d'un établissement à l'autre et semble de façon évidente corrélée aux ressources consacrées. Ainsi, certains centres ne réalisent une évaluation qu'en se fondant sur l'avis du praticien demandeur, là où d'autres disposant d'une unité d'ETS associent à la fois avis d'experts, revue de la littérature voire évaluations in situ réelle à travers des laboratoires d'essai. La temporalité des évaluations est aussi très variable. Ainsi, certains hôpitaux réalisent plutôt une évaluation *a posteriori* de l'introduction du DM innovant, c'est-à-dire directement en pratique courante, alors que d'autres centres la réalisent systématiquement *a priori*. Enfin, il a été constaté que la participation des industriels au processus d'ETS hospitalière était aussi très différente selon les hôpitaux. Par exemple, certains centres demandent la rédaction d'une note d'intérêt hospitalier auprès de l'industriel de façon systématique alors que d'autres jamais et ce, même à moyens équivalents.

Parmi les principaux développements que devraient connaître l'ETS hospitalière en France, l'amélioration de la coopération entre les hôpitaux semblent être une étape majeure. En effet, cette coopération est actuellement embryonnaire et pourrait grandement se perfectionner en mettant en commun certaines données d'évaluation. Ensuite, l'harmonisation de la méthodologie de l'évaluation entre centres apparaît comme une nécessité et favorisera, du même coup, ce partage de données. Dans le cadre méthodologique, l'évaluation de l'impact organisationnel des dispositifs médicaux innovants doit aussi progresser et se codifier. Cela peut passer notamment par la désignation de centres pionniers en matière d'évaluation organisationnelle. Enfin, il nous est apparu que la valorisation de cette activité est essentielle afin de combler les disparités qui se creusent entre établissements. Il reste à déterminer sous quelle forme et selon quels indicateurs.

Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art

Ce travail apporte un éclairage nouveau sur l'actualité de l'évaluation des technologies de santé en milieu hospitalier, appliquée aux dispositifs médicaux innovants, en France.

Evaluation clinique de l'impression 3D en chirurgie : où en sommes-nous ?

Résumé

L'adoption du règlement du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux vise à favoriser la commercialisation au sein du marché intérieur européen des produits de santé sûrs et innovants. L'examen des particularités des exigences mises à la charge des fabricants, exploitants ou distributeurs de produits de santé, voire des concepteurs de logiciels, impose un regard international, à l'image du réseau internet qui ne connaît pas de frontières. A cet égard, une meilleure compréhension des pratiques des autorités compétentes et de l'agence fédérale américaine de sécurité sanitaire des médicaments et autres produits de santé (FDA), apparaît comme un préalable indispensable pour des entrepreneurs désireux d'étendre leurs activités de part et d'autre de l'Atlantique. En outre, la signature d'accords pour le commerce et l'investissement entre l'Europe et les États-Unis, mais aussi avec le Canada et les pays d'Amérique du Sud, pourrait à plus ou moins long terme favoriser l'émergence de procédures communes, en vue de la mise sur le marché de dispositifs médicaux innovants, de plus en plus interconnectés.

Les dispositifs immatériels, les logiciels ou les applications mobiles, peuvent rentrer dans le champ du règlement européen du 5 avril 2017, à condition d'être destinés « par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales » telles que le diagnostic, la prévention, le traitement, d'une maladie ou d'un handicap. Ainsi une application mobile destinée à suivre en continu les constantes cardiaques d'un patient hypertendu, afin de déterminer la meilleure thérapeutique possible, pourrait correspondre à la définition établie par les instances communautaires. Le règlement de 2017 ne comporte pas de chapitre dédié mais des références éparses aux spécificités des logiciels ou dispositifs médicaux connectés. La participation d'un objet connecté à l'établissement du diagnostic direct d'une maladie, d'un état pathologique ou s'il fournit des informations décisives, fera de ce produit, un dispositif médical soumis à des procédures de certification adaptées à la prévention des risques. Toute la difficulté reposera donc sur la compréhension du rôle d'un logiciel pour la détermination d'un diagnostic ou d'une thérapeutique, selon la notice présentée par le fabricant. A cet égard, la Commission européenne pourra adopter des actes délégués concernant de nouveaux groupes de produits présentant des similarités avec les dispositifs médicaux.

Dés 1989, l'agence américaine (FDA) a défini une politique générale concernant la gestion des logiciels en tant que dispositifs médicaux. Depuis lors, plusieurs lignes directrices ont été établies, telles que celles relatives aux dispositifs de gestion des données ou encore aux applications mobiles, dont l'usage médical leur confère le statut prévu sous la section 201(h) de la loi fédérale sur les aliments, les médicaments et les cosmétiques. Une particulière attention sera portée sur les applications susceptibles de créer un danger pour les patients, dans le cas d'une pratique non conforme à la notice présentée par le fabricant. Ainsi plusieurs applications mobiles qui pourraient être qualifiées de dispositifs médicaux ne subiront néanmoins qu'un contrôle administratif limité en raison du faible risque qu'elles représentent ; tel est le cas des programmes qui favorisent le sevrage tabagique ou qui apportent de l'aide aux patients asthmatiques, par l'analyse des quantités d'allergènes présentes dans l'atmosphère. Au surplus, afin d'introduire plus de flexibilité dans les procédures de mise sur le marché, plusieurs logiciels dont les fonctions ont été légalement précisées, ne seront plus considérés comme des dispositifs médicaux. Pourront tirer avantages de cette simplification, les industriels désireux de commercialiser des éléments informatiques destinés à optimiser des tâches administratives et les prises de rendez-vous avec les patients, ou encore des applications qui visent à encourager ou à maintenir un mode de vie sain à condition qu'elles demeurent sans lien avec le diagnostic ou le traitement des maladies et des troubles associés.

Progressivement, les textes législatifs et réglementaires s'adaptent à la miniaturisation des plateformes informatiques, associée à des capacités de calculs logarithmiques augmentées. S'il apparaît donc concevable d'alléger les procédures préalables à la commercialisation de certains dispositifs médicaux, c'est à la condition de maintenir une surveillance effective et continue du circuit de distribution de part et d'autre de l'Atlantique. Le suivi de la sécurité et de l'efficacité des produits à disposition des professionnels de santé et de la population pourra être optimisé par l'utilisation d'un identifiant unique (UDI) et surtout l'interopérabilité des bases de données américaines et européennes. Le règlement européen de 2017 souligne la nécessité du respect des principes internationaux reconnus par la plupart des partenaires commerciaux. Sur ce fondement, les autorités compétentes pourront s'engager à coopérer pour l'échange d'éléments sur les risques potentiels des dispositifs médicaux et ainsi conduire à une pleine effectivité de la surveillance du marché international des dispositifs médicaux innovants.

L'intégration des technologies numériques innovantes dans l'offre de soins et services de santé : le défi de l'évaluation dans un contexte d'incertitude.

Hassane Alami, Marie-Pierre Gagnon^{1,2,3} et Jean-Paul Fortin^{1,2,4}, 1) Institut Universitaire de Première Ligne. Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval (CERSSPL-UL), (2) Axe Santé des Populations et Pratiques Optimales en Santé, Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval, (3) Faculté des Sciences Infirmières de l'Université Laval et (4) Faculté de Médecine de l'Université Laval, Québec

Résumé

Les technologies innovantes apportent avec elles de nombreux défis. Leur nouveauté implique une disponibilité limitée de données probantes sur les bénéfices, la valeur ajoutée et les impacts -réels ou potentiels- de leur introduction dans l'offre de soins et services de santé. Cette situation met les décideurs devant un dilemme : comment assurer un accès rapide à des technologies potentiellement bénéfiques pour la population dans un contexte où les données disponibles n'offrent pas toujours le niveau de confiance suffisant pour en autoriser une intégration généralisée ? C'est le cas notamment de nombreuses technologies numériques comme les applications mobiles et les dispositifs connectés. Pour ces dernières, il n'existe pas encore de méthodologie et de processus d'évaluation et de validation qui font consensus. Ici, l'insuffisance et/ou la faible qualité des données existantes sur ces technologies rend difficile une prise de décision "éclairée" sur l'autorisation ou non de leur utilisation, donc de leur prise en charge par les assurances (publiques ou privées). Au Canada, ce problème de disponibilité et de qualité des données s'explique en partie par le fait qu'un grand nombre de fabricants sont de petites entreprises qui n'ont pas les capacités nécessaires pour produire des preuves cliniques/économiques rigoureuses et de qualité. On peut ajouter à cela une durée de vie technologique limitée (environ 18 mois) et une concurrence accrue (difficulté de protection des brevets). Cette situation fait émerger des préoccupations grandissantes de la part des différentes parties prenantes (ex. décideurs, industriels, cliniciens, citoyens) sur les délais existant entre les étapes de développements et celles de l'intégration de ces technologies dans l'offre de soins et services. L'une des caractéristiques de ces technologies est que leur valeur ajoutée dépend grandement de nombreux facteurs contextuels, ce qui rendrait difficile l'identification des effets mesurables, notamment le niveau d'impact et d'influence des facteurs contextuels (ex. clinique, organisationnel, humain, technologique, financier) sur cette valeur. L'objectif de cette présentation sera de discuter, sur la base de nos travaux, certains des enjeux relatifs à l'évaluation des technologies numériques innovantes, tout en exposant des éléments de réflexions et de débats en vue de proposer des pistes d'action et des stratégies pouvant contribuer à une meilleure gouvernance de ces technologies dans les systèmes de santé et services sociaux.

Session 17

Salle 106

Thème : Innovation et évaluation (1)

Président:

Inovação em saúde mental: subsídios à construção de práticas inovadoras e modelos avaliativos multidimensionais.

Maria Lucia Magalhães Bosi, Liliane Brandão Carvalholl, Maria Aparecida Alves SobreiraIII, Verônica Moraes XimenesIV, Mariana Tavares Cavalcanti LiberatoV et Maria Gabriela Curubeto GodoyVI, Brasil

La prise en charge des médicaments innovants délivrés par les établissements de santé.

Olivier Debarge, Faculté de pharmacie de Reims, CRDT, France
olivier.debarge@univ-reims.fr

Résumé

Contexte et problématique :

L'utilisation de médicaments innovants au sein des établissements de santé se concrétise de différentes manières (la liste des médicaments en sus, les rétrocessions, les ATU) et représente un coût conséquent, variable selon les traitements. Il induit la volonté de parvenir à un équilibre : les patients doivent pouvoir accéder à ces médicaments pour bénéficier de soins adaptés. Mais ce dessein s'inscrit dans une logique de maîtrise des dépenses de santé.

Cela nécessite l'adoption de normes favorables au développement de l'innovation, permettant à certaines spécialités de bénéficier de prix élevés. Ceci en tenant compte de dimensions économiques inhérentes à des enjeux variés selon les acteurs : les entreprises pharmaceutiques orientent leurs stratégies vers le développement de produits rentables, et la capacité de prise en charge des nouveaux traitements ; le CEPS qui, avec ces mêmes entreprises, échange et fixe par voie conventionnelle le prix des médicaments ; les établissements de santé négocient avec les entreprises les achats des médicaments innovants ; et l'assurance maladie, qui doit anticiper l'arrivée de nouveaux traitements coûteux.

De nombreuses normes ont été adoptées ces dernières années afin d'encadrer les modalités de financement des médicaments innovants délivrés par les établissements de santé.

Discussion et résultats :

Deux aspects sont donc analysés :

- le premier relève des ressources utilisées pour le financement des médicaments innovants. La création, par la LFSS 2017, d'un fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique, dédié aux médicaments innovants, prend en charge le financement des médicaments inscrits sur la liste en sus, des autorisations temporaires d'utilisation et des post-ATU, et des médicaments rétrocedés. Néanmoins, cette initiative sort ces dépenses du champ de l'ONDAM, proposant une délimitation trop restrictive et contraire à son essence.

- Le second concerne les dépenses qu'implique l'achat des médicaments innovants réalisés par les établissements de santé, ainsi que leur prise en charge par l'assurance maladie. Tout d'abord, une clause de sauvegarde « Lh » appliquée au milieu hospitalier doit permettre de lutter contre le fort accroissement des dépenses liées aux médicaments innovants : lorsque le taux d'augmentation défini annuellement est dépassé, cela entraîne le versement d'une contribution par l'ensemble des entreprises. Ensuite, pour les médicaments inscrits sur la liste en sus, le prix fixé par convention peut être négocié à la baisse entre l'établissement de santé et le laboratoire.

Cela représente des gains pour ces établissements, et par ricochet, pour l'assurance maladie. Mais cette règle ne produit pas les effets escomptés.

La récente LFSS 2018, dans la continuité des précédents efforts, introduit des instruments destinés à favoriser une plus grande maîtrise. Par exemple : un prix d'achat limite pour les médicaments mentionnés sur la liste en sus ou rétrocedés, l'unification du tarif de remboursement des médicaments à efficacité comparable. Les différentes mesures concernées apparaissent cependant insuffisantes.

Pour promouvoir l'innovation en santé, des expérimentations dérogatoires peuvent également être développées afin « d'améliorer la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments », mesure notamment destinée aux produits inscrits sur la liste en sus, et pour optimiser le recueil des informations pertinentes relatives aux prescriptions et à leurs effets.

Le PLFSS 2018 faisait également référence à l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée (UTES), introduite dans l'article 35 B par le Sénat, devant permettre à des patients volontaires victimes de pathologies incurables d'accéder à des médicaments, sous certaines conditions, à l'issue de la phase I des essais cliniques. L'article a finalement été supprimé pour différentes raisons : les problèmes de responsabilité qu'il engendre ; sa présence au sein de la LFSS était juridiquement infondée du fait de l'absence de prise en charge par la sécurité sociale ; et le fait que les patients puissent potentiellement en assumer l'importante charge.

Objectif :

La communication a pour objectif de présenter, comme le titre le précise, les différentes modalités de prise en charge, par l'assurance maladie, des médicaments innovants délivrés par les établissements de santé, en examinant les modalités du financement de ces médicaments, et en déterminant si les dernières mesures adoptées permettent de concilier un objectif d'accès à l'innovation avec la maîtrise des dépenses de santé.

Matériel et méthode :

L'analyse effectuée prend pour base les différentes normes pertinentes, notamment les dernières LFSS et les rapports des commissions des affaires sociales des deux assemblées. Cette étude est également nourrie par les récents travaux publiés par la Cour des comptes, le CESE et la HAS. La méthode retenue consiste à examiner deux facteurs, et à les comparer lorsque cela s'avère utile : d'une part, l'intérêt des réformes pour un meilleur accès des patients à l'innovation ; d'autre part, les effets économiques de ces mesures.

Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art :

Cette étude présente une analyse du financement des médicaments innovants délivrés par les établissements de santé, et les conditions de la prise en charge assumée par l'assurance maladie. Elle contient notamment une présentation exhaustive des récentes mesures adoptées au sein de la LFSS 2018 assortie d'une réflexion sur leur pertinence et leurs limites.

A Faculdade de ciências da saúde da Universidade de Brasília promove saúde? Um estudo qualitativo sobre a percepção de estudantes.

Veridiana Silva Ramalho, Elza Maria de Souza, Alana Lopes Rodrigues, Wigor da Silva Alves, Marcelo da Silva Costa et Hélio Rodrigues dos Santos Júnior, Universidad de Brasília, Brasil

Le rôle de la Foule dans l'évaluation subjective des projets : le cas du financement des innovations en biotechnologie santé.

Laurence Attuel-Mendès, Ola Abdel Malik et Soulas Céline, Univ. Bourgogne Franche-Comté, France
Laurence.attuel-mendes@bsb-education.com

Résumé

En 2014, parmi les 10% de médicaments innovants, près de 8% sont nés de l'apport scientifique des biotechnologies. Plus précisément, le développement du secteur repose sur la création de *startups* et de PME intensives en recherche, pour 49% et 38% respectivement, et pour un chiffre d'affaires hors grands laboratoires pharmaceutiques de 2,8 milliards d'euros (LEEM, 2015). L'accès au financement externe est une des clés de réussite des *startups* de façon générale et l'est encore plus pour l'innovation dans la santé, très consommatrice de trésorerie.

L'ordonnance du 30 mai 2014 a permis l'émergence du *crowdfunding* (CF) comme mode de financement alternatif des biotechnologies en santé. Cette approche semble être un choix original pour un secteur industriel très innovant, incertain et où les perspectives d'amortissement dépassent souvent les 10 ans. En 2015, Azar et Mackey avançaient que l'industrie de biotechs-santé devrait s'intéresser au CF si elle veut pouvoir ensuite attirer d'autres acteurs du capital risque. Une étude exploratoire auprès de startups françaises de biotechs santé a montré l'importance et les spécificités du recours aux plateformes de CF par celles-ci (Attuel-Mendès et Soulas, 2018 à paraître).

L'évaluation des startups dans les biotechs santé est complexe à cause de la forte technicité et des exigences réglementaires. L'investissement dans ce secteur nécessite des connaissances pertinentes de la part d'un éventuel apporteur de capital extérieur (Baeyens et al., 2006). L'horizon de sortie très long et l'incertitude réduisent le panel de financeurs sur ce type de projet (Jung et al., 2011). Le CF, facilitant l'accès à une foule d'acteurs potentiels consommateurs et donc investisseurs, vient contredire cette logique de rationnement des capitaux. Cette recherche veut interroger l'influence que peut avoir la foule sur la perception puis la décision individuelle d'investissement dans une startup de biotechs santé. A notre connaissance, aucune étude de ce type n'existe dans le contexte français.

La littérature, tout en postulant la prégnance des qualités de l'entrepreneur dans la décision d'investissement dans les biotechs santé, invoque aussi l'importance d'une validation externe du projet (Baeyens et al., 2006). Pour Jung et al. (2011) et Elin et Givi (2015), un réseau d'acteurs compétents est important dans l'évaluation de ces projets. Le CF, comme approche de financement, a plutôt répondu à ce besoin de validation externe. Pour Drove et al. (2017), la foule va jouer un rôle de certification de la qualité d'un projet. Ainsi, elle facilite les tours de table suivants dans la chaîne de financement. L'étude d'Onnée et Renault (2014) analyse le rôle de la foule dans le cadre général du CF avec récompense, mais ne porte pas sur les biotechs santé. Le rôle de la foule dans ce secteur est pourtant un objet de recherche intéressant puisqu'il est possible de circonscrire la logique de perception de l'opportunité d'investissement. En effet, les entrepreneurs dans ce secteur ont déjà la compétence nécessaire au développement du produit. Ils viennent seulement solliciter un appui financier, ce qui n'est pas le cas de la plupart des approches de *crowdsourcing*. Ainsi, la foule est-elle capable de pallier le manque d'informations objectives sur le potentiel des *startups* de biotechs santé ?

Pour répondre à cette interrogation, nous utiliserons la théorie de la décision dans des contextes d'incertitude non probabilisable (Hoppe, 2007 ; Huang & Pearce, 2015 ; Lipshitz & Strauss, 1997 ; McMullen & Shepherd, 2006 ; Mintzberg, 1976). Cette littérature pousse à se concentrer sur les facultés de traitement des informations par les individus pour créer de la connaissance et induire les décisions. Nous comprendrons donc comment se « fabrique » la décision d'investissement tout en y intégrant l'influence de la foule. L'étude va mobiliser à la fois des données d'entretien et des informations collectées autour de différentes campagnes CF par des startups de biotechs santé françaises. Ce matériel empirique sera analysé qualitativement grâce à des logiciels d'analyse de contenu.

À ce stade, cette communication s'inscrit dans un projet en cours de réalisation et n'a pas encore de résultats exploitables. Son intérêt se révèle eu égard à la particularité de ce secteur très risqué. Sur un plan théorique, la communication se donne pour objectif de combler un déficit dans la littérature concernant l'évaluation subjective du potentiel des projets en biotechs santé. Il permet également d'approfondir la plus-value de la foule au-delà de l'apport financier et de la logique d'idéation. Sur un plan pratique, les

résultats offriront aux plateformes l'opportunité de mieux appréhender les spécificités des critères de choix importants pour la foule vis-à-vis de ces projets. Par extension, l'entreprise pourra adapter sa communication, notamment aux attentes de ses investisseurs potentiels, afin d'augmenter les chances de réussir sa campagne de levée de fonds.

Session 18

Salle 107

Thème : Télémedecine

Président:

Effcience de la télémédecine en psychiatrie : une revue systématique de la littérature médico-économique.

Janis Hilaricus, Université des Antilles

Télesoins à domicile et télésurveillance pour les maladies chroniques : Une revue des données probantes sur leur efficacité.

Marie-Pierre Gagnon, Carmen Lindsay³, Amélie Lampron², Aude Motulsky^{4,5}, Geneviève Rouleau⁵, Julie Payne-Gagnon², Claude Sicotte^{4,6}, Université Laval, Université de Montréal, Centre de recherche du CHUM et Institut du management de l'École des hautes études en santé publique (EHESP), Québec et France

La dématérialisation de la prise en charge du patient, source d'écueils.

Guillaume Monziols, Cécile Le Gal Fontes, Université de Montpellier, UFR – Pharmacie UMR 5815 Dynamiques du Droit, France

Session 19

Salle 109

Thème : Politique de santé (5)

Président :

Institucionalização da estratégia de Apoio Institucional do Ministério da Saúde do Brasil no estado do Rio Grande do Sul.

Bárbara Zwetsch, Claudia Itaborahy, Daiane Araújo, Jairo Silveira Filho, Jaqueline Sacramento, Roberto Schneiders e Veralice Gonçalves, Ministério da Saúde, Brasil

La innovación de las políticas publicas de salud en el contexto de la reproducción social de la diabetes en México.

Lukasz Czarnecki, Carolina Tetelboin, UNAM, México

Politique de la Ville de Lyon en matière de santé, dispositif ateliers santé ville.

Myriam Buffet et Michaël Baska, Direction Développement Territorial / Ville de Lyon, France

Horaire : 10h00- 11h15

Session plénière III

Salle Amphithéâtre Malraux

Innovations dans les pratiques de soins et implications organisationnelles

Intervenants :

Le déploiement et la diffusion d'une nouvelle pratique médicale. Application au TAVI, en chirurgie cardiaque.

Ivan CAREL, Docteur, Clinique de la Sauvegarde, Ecully-Lyon, France.

Innovation organisationnelle : distinguer l'écume de la lame de fond.

Étienne MINVIELLE, Professeur, Titulaire de la chaire de management, École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes, Hôpital Gustave Roussy, France.

Adapter l'organisation hospitalière à l'innovation thérapeutique : évolution médicamenteuse du traitement du myélome et nouvelle activité d'éducation thérapeutique du patient.
Anne THIÉBAUT, Hématologue, CHU de Grenoble, France.

Horaire : 11:15 - 11:30

Pause Café

Horaire : 11:30 – 13:00

Session plénière IV

Salle Amphithéâtre Malraux

La place du patient dans le système de santé : quelles innovations en perspective ?

Intervenants :

La Chaire Valeur(s) du soin centré-patient : une initiative innovante dans le champ des sciences sociales de santé

Didier VINOT, Professeur et Élisabeth CHELLE, Docteur, Université Jean Moulin, Lyon, France.

Le développement de la pair aidance.

Véronique BOURRACHOT, Directrice générale, Hôpital psychiatrique de St Egrève, Grenoble, France.

Patients et personnes accompagnées partenaires de la formation initiale et continue : la démarche d'innovation pédagogique Associons nos savoirs.

Alice CASAGRANDE, Directrice de la formation et de la vie associative, FEHAP, Paris, France.

Le patient-partenaire : avant tout une question de management.

André RIEUTORD, Pharmacien chef, Hôpital Antoine Beclère, APHP, Paris, France.

Horaire : 13:00 – 13 :30

SÉANCE PHOTOS

Horaire : 13 :30 – 14 :30

Repas (Salon des symboles)

Horaire : 14:30 - 16:00

Session 20

Salle 102

Thème : Questioni aperte sul diritto alla salute. Uno sguardo da due paesi latini
Questions ouvertes sur le droit à la santé. Un regard de deux pays latins

Session organisée: Monica De Angelis, CRISSS, Italia

L'efficacité du système de santé français.

Florence Faberon, Université Clermont Auvergne, France

Les problèmes non résolus du droit à la santé aujourd'hui.

Monica De Angelis, Università Politecnica delle Marche, Italia

Le système de santé universaliste face au principe constitutionnel de l'équilibre budgétaire. Problèmes et perspectives.

Marta Cerioni, Università Politecnica delle Marche, Italia

marta.cerioni@univpm.it

Riassunto

La ricerca indaga l'equilibrio raggiunto e raggiungibile tra il principio del pareggio di bilancio previsto all'art. 81 Costituzione italiana ed il costo sociale interamente pubblico del sistema sanitario nazionale italiano basato sul principio dell'universalismo.

Si passano in rassegna la normativa e le sentenze, in particolare della Corte costituzionale.

La protection des personnels de santé et établissements de santé en droit humanitaire.

Dominique Breillard, Université Poitiers, France

La protection de la santé en droit de l'Union européenne. Évolutions et questions encore ouvertes.

Federica Rassu, Institut de Droit Public (IDP- EA2623), Faculté de droit et de sciences sociales, Université de Poitiers, France

federica.rassu@univ-poitiers.fr

Résumé

La protection de la santé publique ne figurait pas au cœur du marché commun mis en place par le traité de Rome de 1957, et pourtant désormais l'influence du droit de l'Union européenne en ce domaine est indéniable. Cette influence se caractérise, dans un domaine traditionnellement réservé à la compétence nationale, par une inévitable hétérogénéité, en raison initialement de la vocation économique et commerciale des Communautés et, ensuite, à cause de l'affirmation très limitée de la légitimité de l'intervention communautaire dans le domaine de la santé à partir du traité de Maastricht. Cette influence composite s'est renforcée aujourd'hui, mais elle trouve encore ses limites dans la nécessité de préserver les libertés du marché commun, ainsi que dans la marge d'appréciation laissée aux États membres lesquels, comme apparaît à la lumière de la jurisprudence de la Cour de justice, adoptent de législations et de niveaux de protection de la santé publique très variés.

Session 21

Salle 103

Thème : Innovation et hôpitaux (3)

Président:

Améliorer la Communication-Coordination-Collaboration entre les Hôpitaux Privés et le Syndicat des Hôpitaux Privés au Liban (SOPH).

Mohamad Ali Hamandi, Université Jean Moulin - Lyon III (France), ISEOR et Université Balamand (Liban)

mhamandi@hotmail.com

Résumé

Problématique

Liban, 86% des lits d'hôpitaux sont exploités par le secteur privé. Les hôpitaux privés sont représentés par une association appelée Syndicat des Hôpitaux Privés au Liban (SOPH). SOPH est le porte-parole principal des hôpitaux privés au Liban.

SOPH agit comme intermédiaire avec les tiers payeurs. La plupart des tiers payants au Liban sont publics. Le Syndicat des hôpitaux agit en tant que médiateur représentant les hôpitaux en tant qu'organe de négociation collective. Les garants font de leur mieux pour briser la tentative de solidarité entre les hôpitaux pour affaiblir les hôpitaux et le Syndicat fait face à certaines lacunes qui favorisent les garants.

D'un autre côté, les hôpitaux ne perçoivent souvent pas l'avantage supplémentaire d'une coalition et agissent individuellement, ce qui peut compromettre les efforts de négociation collective déployés par le conseil d'administration du syndicat.

Les exemples de pertes à ne pas coopérer sont des taux supérieurs tout en contractant avec des tiers payeurs, perte du bénéfice de l'achat groupé ...

En conséquence, les hôpitaux perdent une partie de l'impact de solidarité que leur adhésion au Syndicat est censé leur donner.

Hypothèses

La performance des hôpitaux privés qui ont accueilli des membres du Syndicat des hôpitaux du Liban pourrait être bénéfique pour les efforts collectifs de ses membres et pour leur unité. Une meilleure coopération pourrait découvrir des moyens de compatibilité basés sur l'analyse des coûts cachés.

- Hypothèse descriptive : Nous observons un manque de coopération entre les hôpitaux qui résout de nombreux dysfonctionnements et un jeu perdant-perdant.

- Hypothèse Explicative : Les acteurs ne sont pas conscients de la perte d'apprentissage par la non-coopération.

- Le projet démontrera la valeur ajoutée de la coopération à travers l'équilibre économique de la conception du projet avec le Syndicat des hôpitaux du Liban

Contexte

Ce projet de recherche est en train d'être mené au Liban. Il commence avec SOPH et comprend tous les membres du comité exécutif du Syndicat des hôpitaux privés au Liban, tous les employés du Syndicat et un échantillon de directeurs d'hôpitaux (en dehors du conseil d'administration de SOPH).

La méthodologie utilisée est socioéconomique, basée sur une approche qualimétrique. elle comprend des mesures quantitatives et qualitatives. des entrevues semi-structurées ont été menées pour identifier les dysfonctionnements de communication-coordination-concertation. Une présentation méta-narrative des résultats citant les interviews est présentée. Ensuite, un exercice "effet miroir" a été réalisé. A la fin de l'évaluation, toutes les parties prenantes évaluées sortiront avec un plan d'action.

Questions de recherche

Sur la base de ce qui précède, les questions de recherche pour cette recherche-intervention sont :

1. Quelles sont les difficultés qui entravent la Communication-Coordination-Collaboration entre les Hôpitaux Privés et le Syndicat des Hôpitaux Privés au Liban (SOPH) ?
2. Quels types de stratégies permettent une Communication-Coordination-Collaboration efficace ?
3. Quels types de mécanismes peuvent être appliqués pour améliorer la performance organisationnelle interne au sein de SOPH ?
4. La coopération va-t-elle augmenter l'efficacité et diminuer les coûts d'hospitalisation ?

Objectifs

1. Explorer les dysfonctionnements de communication-coordination-concertation (3C) entre le Syndicat des Hôpitaux, les membres du conseil d'administration et les hôpitaux.
2. Établir une base pour modifier les stratégies et la constitution de SOPH afin d'améliorer les 3C.
3. Créer un environnement de travail productif au sein de SOPH tout en améliorant la compétence des employés et une utilisation judicieuse du temps.
4. Créer une atmosphère d'ouverture sur les problèmes et leurs causes profondes.
5. Établir une confiance entre SOPH et les hôpitaux.

Résultats

Le comité de pilotage a identifié les priorités suivantes sur lesquelles travailler :

- Le rôle du Syndicat des hôpitaux envers les hôpitaux membres n'est pas clair sur la façon dont il peut augmenter l'efficacité.
- Mauvaise image : les hôpitaux au Liban ne sont pas bien commercialisés.
- Manque d'alignement stratégique
- Les employés du syndicat manquent de compétences. Ils ont rarement été formés.
- Demande de l'hôpital pour former leur personnel.

Le comité de pilotage a approuvé un plan de commercialisation des hôpitaux comprenant un film documentaire et un ouvrage de référence sur les hôpitaux privés.

Un programme de formation pour les employés du Syndicat est en cours de développement. En outre, un plan visant à développer la capacité des cadres supérieurs et intermédiaires des hôpitaux est en préparation.

Une proposition est en préparation afin de réactiver le «COOP des Hôpitaux » qui ne fonctionne pas afin d'augmenter l'efficacité en agrégeant les quantités achetées et en utilisant l'influence pour discuter de prix réduits.

Toutes ces interventions ont commencé à être mises en œuvre. Les résultats apparaîtront dans quelques mois.

Apport d'une démarche d'innovation socio-économique à l'analyse d'un bloc opératoire.

Sophie Le Lédan, laelyon- Université Lyon3

sophieledan@yahoo.fr

Résumé

Objectif de la recherche / La recherche propose d'analyser le fonctionnement du bloc opératoire d'un établissement sanitaire privé à but non lucratif grâce à la méthodologie de recherche-intervention socio-économique. Il s'agit de comprendre les dysfonctionnements et de créer avec les acteurs les conditions d'une amélioration de la performance sociale et économique.

Contexte de la recherche / Dans le contexte de diminution annuelle du tarif remboursé pour les actes médicaux et chirurgicaux, les établissements de santé cherchent à diminuer les coûts des prises en charge. L'établissement étudié a investi dans la construction d'un bloc opératoire deux fois plus grand et à la pointe de la technologie. Quatre ans après la mise en service, l'établissement est en plan de retour à l'équilibre budgétaire, le personnel du bloc opératoire se dit mécontent et la direction peine à identifier les leviers d'action.

Théorie, méthodes, modèles / Une démarche de recherche-intervention socio-économique a été conduite dans cet établissement par l'auteur, en tant que stagiaire. Aux termes de 83 entretiens qualitatifs et 22 entretiens de coûts cachés, un diagnostic socio-économique a été présenté à la direction et aux personnels de tous les services interrogés. Puis, un accompagnement de groupes de travail a été initié sur la base des axes d'améliorations identifiés, en collaboration avec la direction et l'encadrement du bloc opératoire.

Résultats, discussion / Cette étude exploratoire d'un bloc opératoire au sein de sa « filière de production » apporte un aperçu des dysfonctionnements précis vécus par les acteurs de terrain. Les indicateurs de pilotage existants ne permettaient d'identifier de cause majeure au malaise ressenti. Le diagnostic socio-économique a permis d'identifier et de faire exprimer, et ainsi de communiquer, des dysfonctionnements qui n'avaient pas été identifiés jusque-là. La prise de conscience du ressenti des autres acteurs a permis de mettre en évidence en particulier les manques de communication et de collaboration et les malentendus profonds qui en découlaient. Le compte-rendu a permis également la prise de conscience de l'impact négatif sur la qualité de la prise en charge des patients des dysfonctionnements mis en lumière.

Intérêt par rapport à l'état de l'Art Cette recherche explore également les relations de forte interdépendance d'un bloc opératoire avec les services clients-fournisseurs. Elle permet d'approcher la description du management global d'un service hospitalier, souvent étudié sous un angle spécifique tel que contrôle de gestion, management des ressources humaines, ethnologie ou ordonnancement et planification de l'activité.

As interações por condições sensíveis à atenção primária e sua associação com o modelo de organização do serviço e com a especialização do profissional médico da atenção primária à saúde : um estudo ecológico transversal em Curitiba (PR).

Helena Eri Shimizu, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Introdução:

As interações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP) são frequentemente utilizadas como um indicador de qualidade e efetividade dos serviços de APS ao redor do mundo. O objetivo do estudo foi avaliar se o modelo de APS (Estratégia Saúde da Família (ESF) x convencional) e a especialização de médicos da APS se associam ou não às taxas de internações gerais e por CSAP na rede SUS do município de Curitiba/PR.

Metodologia:

estudo de desenho ecológico transversal, onde se procedeu Regressão Linear Múltipla com dados socioeconômicos e sanitários referentes à 01ª de abril de 2014 a 31 de março de 2015, agregados a nível de Unidades Municipais de Saúde (UMS).

Resultados:

após ajuste para idade e sexo, e controle das variáveis socioeconômicas renda per capita; percentual de domicílios com renda per capita inferior a meio salário mínimo; taxa de alfabetização na população com 10 anos ou mais; e percentual da população

preta, parda e indígena, o modelo ESF se associou a seis ICSAP a menos por 10.000 habitantes ao ano em relação ao modelo convencional e a disponibilidade de um Médico de Família e Comunidade por 10.000 habitantes em UMS de modelo ESF se associou a 1,1 internação por Insuficiência Cardíaca (IC) a menos por 10.000 habitantes ao ano, ambos os resultados estatisticamente significativos ao nível de 5%. A disponibilidade de Médicos de Família e Comunidade ainda se associou a menores taxas de ICSAP ao nível de significância de 10%. Médicos das Especialidades Básicas (Clínicos, Pediatras e Ginecologistas-Obstetras) e Médicos Subespecialistas não se associaram a menores taxas de ICSAP.

Conclusão:

o presente estudo realizado em Curitiba (PR) encontrou associações significativas entre ESF e menores taxas de ICSAP, e disponibilidade de Médicos de Família e Comunidade e menores taxas de ICSAP, especialmente por IC, principal causa de ICSAP em idosos em Curitiba e principal causa de ICSAP geral no Brasil. As demais especialidades médicas não se associaram significativamente a menores taxas de ICSAP. Estes resultados em uma importante capital Brasileira reforçam o papel da ESF como modelo prioritário de APS no Brasil e sugerem uma superioridade dos Médicos de Família e Comunidade sobre os demais especialistas no lócus da APS, apontando seriamente para o potencial impacto da especialização em Medicina de Família e Comunidade com vistas à melhoria das condições de saúde da população. Assim sendo é preciso incluir na equipe os Médicos de Família e Comunidade para a melhoria da qualidade da atenção da ESF.

Session 22

Salle 104

Thème : Innovation organisationnelle (3)

Président:

Équité et accès à des services d'éducation prénatale de groupe.

Geneviève Lapointe, Geneviève Roch, Thierry Badard, Suzie Larrivée, Julie Poissant, Holly Witteman, André-Anne Parent et Roxane Borgès Da Silva, Université Laval : GL, GR, TB, SL, HW. Université du Québec à Montréal : JP. Université de Montréal : AAP, RBDS. Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval : GL, GR, HW
genevieve.lapointe.7@ulaval.ca

Résumé

Objectifs de la recherche

Caractériser les zones de desserte des services d'éducation prénatale de groupe (EPG) dispensés par des établissements intégrés de santé et de services sociaux (EISSS) et dégager les iniquités potentielles de santé.

Contexte et problématique

Les services d'éducation prénatale dispensés par les établissements intégrés de santé et de services sociaux (EISSS) constituent une stratégie de promotion de la santé qui se situe au cœur de l'offre de services périnataux. À cet égard, la prestation d'éducation prénatale de groupe (EPG) en présentiel est l'une des modalités éducatives les plus courantes. Alors que différentes études ont démontré que les services d'EPG peuvent avoir des impacts sur des déterminants de santé, les disparités de prestation observées en pratique pourraient menacer l'accès et l'équité vers laquelle tendent les EISSS en réponse aux besoins des futurs parents.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

En s'appuyant sur le cadre de référence PROGRESS de O'Neill et al. (2014), des méthodes de *environmental scan* et d'analyse de zones de desserte ont permis de caractériser les services d'EPG dispensés dans les points de service de deux EISSS et d'en dégager les facteurs d'iniquité. La consultation de sources documentaires (N=104), la réalisation d'entrevues auprès d'infirmières formatrices (N=26) et la réalisation d'une analyse géographique autour des 25 points de service d'EPG de deux territoires totalisant une superficie de 37100 km² ont permis d'analyser les caractéristiques et de cibler des éléments susceptibles de créer des iniquités, notamment en termes

de lieu de résidence, de langue, d'emploi, de genre/sexe, de statut socioéconomique et de capital social. Sur la base de ces analyses, des pistes d'optimisation des services ont été identifiées.

Résultats et discussion

Sur un total de 25 points de service documentés, 16 sont inaccessibles en transport en commun. La distance maximum entre deux lieux physiques de prestation d'EPG est de 100 km, ce qui laisse croire que certains participants devraient parcourir jusqu'à 50 km, soit plus de 30 minutes en voiture, pour s'y rendre (iniquité liée au lieu de résidence). Aucun point de service n'offrait des services d'EPG dans une langue autre que le français (iniquité linguistique); une majorité offrait des prestations de soir (iniquité professionnelle pour les travailleurs atypiques/de soir); cinq offraient un contenu s'adressant uniquement aux pères (iniquité potentielle de genre); huit étaient payants (iniquité socioéconomique) et une majorité faisait appel à des organismes communautaires pour présenter des ressources de soutien aux futurs parents (mesure favorisant le développement du capital social). Ces résultats soulèvent d'importants enjeux d'optimisation qui révèlent des éléments d'équité à considérer dans la consolidation des services d'éducation prénatale, notamment en termes d'accessibilité aux services. Ces résultats pourront aussi contribuer à alimenter les prises de décision visant la réduction d'inégalités sociales de santé et la consolidation du réseau et des services.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique

Cette communication contribuera à mettre en relief et mieux comprendre comment les iniquités de santé se manifestent dans le contexte de l'offre de cours prénataux de groupe couvrant un large territoire diversifié, à la fois rural, urbain et semi-urbain. L'équité gagne à être optimisée en réponse aux besoins évolutifs de la population desservie par les établissements de santé et de services sociaux. Cette communication alimentera également la réflexion quant aux pratiques infirmières, de même que celles d'autres professionnels et intervenants communautaires impliqués dans l'offre d'éducation périnatale. Par la mobilisation d'une approche de recherche novatrice en matière d'analyse de zones de desserte, les résultats de cette étude pourront également servir à soutenir les décisions clinico-administratives liées à la consolidation de services périnataux contribuant au mieux-être des nouveau-nés et de leur famille.

Les services intégrés- Le Rôle de l'infirmière dans l'assistance médicale primaire.

Natalia Zarbailov, L'Université d'Etat de Médecine et Pharmacie « Nicolae Testemitanu », R. de Moldavia

Modèle Robuste pour l'Optimisation du Processus Opératoire dans les établissements de soin privés.

Najla Aissaoui Omrane, Hajer Khelif Hachicha¹ et Farah Zeghal Mansour¹, Ecole Nationale d'Ingénieurs de Tunis et Ecole Nationale d'Ingénieurs de Carthage, Tunisie

najla.aissaoui.omrane@gmail.com

Résumé

En Tunisie, le nombre de lits d'hospitalisation proposés par le secteur privé n'a cessé d'augmenter depuis les années 90. D'un autre côté, vu la localisation géographique du pays, le coût de la main d'œuvre ainsi que la qualité des soins proposés, le nombre d'admissions de patients étrangers a connu une forte croissance avec environ 376.000 patients en 2013 contre 42.000 en 2003. Dans ce contexte fortement concurrentiel, les cliniques privées sont appelées à améliorer continuellement l'usage de leurs ressources afin de préserver leur compétitivité. Ainsi, durant ces dernières années, praticiens et chercheurs se sont fortement intéressés au bloc opératoire vu qu'il constitue l'installation la plus coûteuse et la plus productive dans un établissement de soins. Toutefois, les travaux antérieurs concernent le secteur public et se focalisent essentiellement sur la gestion du bloc opératoire sans tenir compte de la disponibilité des lits d'hospitalisation ni des différents aléas qui peuvent affecter le bon déroulement des plannings.

Dans ce travail, nous nous intéressons à l'optimisation du processus opératoire des établissements de soins privés dans un contexte incertain. Etant donné un ensemble d'opérations chirurgicales à réaliser, le problème consiste à ordonnancer les activités nécessaires depuis l'admission des patients jusqu'à leur sortie en tenant compte des disponibilités des chirurgiens, des lits d'hospitalisation, des salles opératoires et des lits de réveil. Notre objectif est

de construire de façon proactive un programme opératoire peu sensible aux aléas relatifs aux durées des différentes activités ainsi qu'à la disponibilité des ressources. Nous proposons ainsi un programme linéaire en nombre mixtes qui maximise la robustesse du programme opératoire en insérant judicieusement des marges horaires. Les résultats des tests préliminaires réalisés sur des instances réelles montrent l'efficacité de ce modèle en termes de temps de résolution. Les tests ont également prouvé que les solutions générées se comportent mieux que les solutions déterministes face aux retards qui peuvent survenir.

Session 23

Salle 105

Thème : Politique de santé (3)

Président:

Capacidades en Salud como contenido a proteger por el Derecho a la Salud.

Adriana González Delgado, Sergio López Moreno, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México

gonzalezdadrina@gmail.com

Resumen

Objetivo o propuesta de investigación

Proponer a las capacidades en salud como el bien jurídico protegido por el Derecho a la Salud.

Contexto y descripción del problema

Por lo general, el derecho a la salud se analiza desde la perspectiva de los servicios de salud, limitando el derecho a la salud a su protección mediante la atención médica. No obstante, de acuerdo con la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, la salud es un proceso que supone mucho más que la mera ausencia de enfermedad. La salud puede concebirse incluso como la habilidad para alcanzar las metas vitales de todo ser humano (Nordenfelt, 1984) y el derecho a la salud no puede circunscribirse a la atención proporcionada por los servicios médicos (ONU, 2000). En consecuencia, es posible identificar dos derechos: a) el Derecho a la Protección de la Salud (DPS), y b) el Derecho a la Salud (DS).

El DPS se refiere, básicamente, a la disponibilidad, acceso, calidad y aceptabilidad de los servicios públicos de salud. Este derecho se alcanza cuando existe acceso universal y oportuno a servicios de salud suficientes, de buena calidad y a un costo justo. En el caso del DS, sobre todo debido a la dificultad de definir conceptualmente este término, resulta complejo identificar el bien que debe ser protegido. En este trabajo se propone un contenido para este derecho.

Teorías, métodos, modelos utilizados

Para identificar el contenido del derecho a la salud se realizó un abordaje cualitativo. Mediante investigación documental y análisis de contenido se abordaron los aspectos normativos y fácticos del derecho a la salud dentro de los modelos: a) de determinación social de la salud, de la escuela latinoamericana de medicina social (Laurell, 1976; Breilh, 2013); b) de derechos fundamentales, de Luigi Ferrajoli (2006), y c) de capacidades humanas básicas, de Amartya Sen (2010).

Resultados y discusión

A partir del enfoque de capacidades de Sen, Nussbaum propone el enfoque de capacidades como base para una "teoría de los derechos básicos de los seres humanos que deben ser respetados y aplicados como un requisito mínimo para la dignidad humana", enlistándolo diez capacidades humanas fundamentales (Nussbaum, 2006). Jennifer Prah Ruger concibe las capacidades en salud como un conjunto de habilidades individuales enumeradas como logros (funcionamientos) o como procesos (igualdad de oportunidades) que tienen como fin último el florecimiento humano (Gallardo, 2009; Prah Ruger, 2006). Venkatapuram, partiendo del enfoque de Sen,

Nussbaum y Nordenfelt, concibe a la salud como una “metacapacidad”. Sostenemos que el bien jurídico protegido por el DPS (referido a la obligación del Estado de garantizar servicios de salud universales, oportunos, suficientes y de buena calidad a un coste justo), forma parte del DS, concebido como una metacapacidad en donde concurren otras capacidades (educativas, alimentarias, productivas, recreativas y de relación). Este contenido puede ser incorporado a las leyes, formar parte del derecho positivo y permitir la exigibilidad directa del DS (junto con la que ya existe para el DPS). Más recientemente, Pimentel ha propuesto separar la enfermedad clínica (*enfermidade*) de la enfermedad generada en la esfera social (*doença*). En este último espacio es donde, según dicho autor, “falla” lo que denomina conjunto capacitatorio en salud. Su propuesta es que el DS debe limitarse a actuar en dicho conjunto capacitatorio en salud, ya que el Estado no puede garantizar que las personas permanezcan clínicamente sanas (Pimentel, 2017). Sostenemos que esta postura es errónea y puede dar pie a un retroceso en materia de DPS.

Temas que se quieran discutir a lo largo de la sesión de la presentación

- Definición conceptual del objeto a proteger por el derecho a la salud.
- Definición normativa del bien jurídico tutelado por el derecho a la salud.

Laboratório de Inovação em Saúde: Estratégia de Cooperação Técnica para Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento da Saúde.

Fernando Leles^{1,2}, Renato Tasca¹, Iasmine Ventura¹, Wellington Mendes¹, Vanessa Pinheiro¹, ¹Organização Pan - Americana da Saúde, ²Organização Mundial da Saúde –OPAS/OMS, Brasil

Session 24

Salle 106

Thème : Dimension psychologique et gestion organisationnelle (1)

Président:

Une innovation qui en annule d'autres : le retour de l'asile à Québec ?

Hubert Wallot, Université TÉLUQ, Québec.

[wallottha@hotmail.com](mailto:wallotha@hotmail.com)

Résumé

En 1961, suite aux effets politiques d'un livre d'un ex-patient, suivi d'une postface d'un psychiatre réformiste, Camille Laurin, le gouvernement crée la *Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques* (Commission Bédard). Son rapport (1962) termine son rapport en reprenant deux recommandations des IIIe et Ve rapports de l'OMS : 1- traiter les malades mentaux près de leur lieux de résidence, 2- des hôpitaux psychiatriques plutôt petit et rattachés à des hôpitaux généraux régionaux. La commission elle-même recommandait 1- l'interdiction de tout agrandissement des hôpitaux psychiatriques existants, 2- l'obligation de tout hôpital général d'au moins 200 lits de posséder son service de psychiatrie avec cliniques interne et externe. Selon un calendrier très étalé dans le temps, compte tenu des lois existantes pour tout patient psychiatrique, tous les hôpitaux majeurs dans les régions centrales comme en périphérie ouvrirent progressivement des services de psychiatrie communautaires avec une composante avec des équipes multidisciplinaires (infirmières, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés en psychiatrie) coordonnées par un psychiatre et assurant la continuité des services internes et externes. Le tout dans une approche populationnelle (sectorisation) de l'hôpital général. Sous l'égide d'une Direction des services psychiatriques créée au Ministère de la santé, la réforme se faisait ainsi en parallèle des services de santé physique qu'elle devance. La *Loi sur la protection du malade mental* (1972) confirme qu'il n'y a plus de lieux spécifiques pour soigner la maladie mentale.

Vers la fin des années 60, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay) promeut le concept d'intégration : «Quant aux établissements pour malade mentaux, ils ont à ce point subi les assauts de l'intégration que l'on ne peut douter de la nécessité de les intégrer au régime général des services de

santé. En effet, on reconnaît de plus en plus que le traitement des malades mentaux s'effectue efficacement à l'intérieur d'un centre de santé mentale normal. » La révision des lois sur la santé et les services sociaux adoptée à l'époque crée les centres locaux de santé communautaires afin de rapprocher les services des usagers et de leurs besoins spécifiques sous-régionaux et locaux. Si bien les équipes hospitalières multidisciplinaires nouvelles, plus instables en termes de continuité et de formation des soignants dans les CLSC. Avec la perte conséquente de la Direction des services psychiatriques et du rôle organisateurs des départements de psychiatrie dans les organisations terrain se produit une détérioration des services de santé mentale, consacrée par la condamnation de la «psychiatrie de secteur» par le ministre de la santé (1976).

Pour la ville de Québec, suite à la loi 65 adoptée en 1971, le Ministère de la santé met sur pied un Groupe sur l'orientation de l'Hôpital (psychiatrique) St-Michel Archange (ancien asile majeur). Son rapport (1973) propose (1) de distinguer les services de soins aigus des services d'hébergement à élargir et distinguer en CHSP (centre hospitalier de soins prolongés), résidence protégée et résidence de transition, (2) de jumeler des équipes de santé mentale aux équipes multi-disciplinaires des CLSC.

En 1989, la Politique de santé mentale du Gouvernement du Québec («Pour un partenariat élargi», insiste pour des solutions dans ou tout près du milieu de vie de la personne, grâce aux CLSC et les organismes communautaires en partenaires. Dans cette nouvelle vision, les CLSC en collaboration avec les organismes communautaires sont responsables d'offrir des services de proximité en première ligne y compris en santé mentale. En 1991, le livre blanc «Une réforme axé sur le citoyen» (Jean Rochon) préconise une perspective de santé publique (approche populationnelle) et un «virage ambulatoire» introduit des modifications à la loi sur la santé et les services sociaux. Par suite, le gouvernement libéral nouvellement élu abolit toutes les structures de réflexion sur la santé mentale pour la remplacer par des plans d'action quinquennaux.

Quant à la région de Québec, l'ancien asile devint bientôt l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. En dix ans, des services complets de psychiatrie disparurent de deux hôpitaux.

La réforme Barrette des cinq dernières années a voulu innover par l'intégration des services et leur productivité et surtout de réduire les coûts d'opération. Elle supprime ainsi les instances régionales décisionnelles existantes (conseils d'administration des établissements et régie régionale des services de santé). Elle concentre le pouvoir décisionnel au niveau du ministre en réunissant sous une nouvelle entité administrative et légale, un centre intégré de santé et de services sociaux (CISS ou CIUSSS si le centre est lié à une université), une multiplicité d'établissements distincts avec un conseil d'administration unique presque bidon.. En raison de leur taille, certaines des 16 régions socio-sanitaires contiennent plusieurs CISSS (Montérégie : 3, Gaspésie : 2) ou plusieurs CIUSSS (5 Montréal). La réforme maintient aussi quelques établissements du réseau de la santé et des services sociaux (4 CHU et 3 instituts universitaires) et notamment à Québec, le CHUQ (fusion de de trois hôpitaux généraux multi-spécialisés) et un Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie. Ainsi, elle divise, selon notre expression simpliste, le corps et l'âme : les services physiques aigus vont au CHUQ et à l'Institut ; les services physiques de long terme ou de réadaptation pour les problèmes physiques, les services de santé mentale, et tous les services psychosociaux au CIUSSS de Québec). En parallèle, la fusion conséquente obligée de tous les CLSC et des autres établissements au sein de ce CIUSSS facilite les permutations de poste par les intervenants vivant dans Québec métropolitain, torpillant une continuité d'intervenants déjà faible pour les patients psychiatriques.. Quelques chiffres éclairent : plus de 200 installations, 17 000 employés, 550 gestionnaires, etc. Des services complets de psychiatrie avec urgence psychiatriques demeurent localisés aux trois composantes du CHUQ, mais sous la responsabilité clinique et administrative du CIUSSS. Entre-temps, a débuté la migration physique d'équipes de santé mentale des CLSC dans les lieux physiques de l'ancien asile St-Michel Archange, laissant seuls les organismes communautaires localisés dans la communauté, brisant le lien tant avec la santé mentale que . hors du giron du site de l'IUSMQ. Schisme avec la médecine aigu pour une population à espérance de vie moindre et à santé plus malmenée que monsieur tout-le-monde, et schisme avec les services de proximité.

On annonce maintenant la fermeture des lits de psychiatrie dans la nouvelle construction d'une des composante du CHUQ, vingt de ces lits devant être transférés au CIUSSS. De plus, il n'y aura plus de services de médecine générale, le soir, la nuit et les fins de semaine sur place au site de l'hôpital psychiatrique. En conclusion, avec la nouvelle innovation de la réforme de la santé, on revient donc à une ghettoïsation des services psychiatriques affublée d'une baisse de services médicaux, ce qui est torpiller les innovations des réformes précédentes.

« Charges mentales » et « ressentis » : deux critères fondamentaux distincts dans la gestion des équipes de soins.

Frédérique Quidu, EHESP, ARG3S, Frédéric Brive, PEP 35, Jean-Pierre Escaffre, ARG3S, Monique Ezan et Marylise Personnic, Hôpital de Lorient, Dominique Filippa, Hôpital Simone Veil et Annie Megret, Hôpital d'Argentan, France
Frederique.quidu@ehesp.fr

Résumé

Dans la continuation de nos présentations des CALASS précédents, nous proposons ici d'étudier et de préciser les concepts de « charges mentales » et de « ressentis », les conditions d'apparition de leurs formes, les relations logiques entre les deux.

En s'inspirant de l'encyclopédie PLF-CNRS, nous définissons les « ressentis » comme une brutale conscience d'un état subjectif engendré par une ou des cause(s) extérieure(s) éphémère(s). Tout individu subit les suites de ces causes dont il n'a pas aisément la maîtrise : le ressenti prend donc un caractère défensif, à court terme. Il peut en effet être oublié aussitôt sorti de la période de travail. Il se décline par des expressions du type « aujourd'hui, c'est une journée lourde », « une journée normale », « une journée allégée ». Le ressenti se réfère donc explicitement et plus fréquemment implicitement à une situation « normale » dont il conviendra de démontrer les conditions de son existence.

Les « charges mentales » sont généralement assimilées à des soucis lancinants, que l'on rapporte hors des lieux de travail. Elles se rapportent donc aux conditions d'acceptation ou de non-acceptation des actions menées durant la période de travail. On en déduit que le système culturel y joue un rôle clé.

Nous commencerons par montrer une typologie des comportements, dont on sait qu'ils sont fortement liés au degré de certitude/incertitude des individus et des équipes au travail.

Nous proposons ensuite de construire et de calculer un critère théorique « degré de certitude/incertitude » (Dci) à partir des systèmes culturels. On démontre que Dci est compris entre 0 (système de valeurs culturelles sans contradiction, « compact », dites néguentropiques) et 2 (valeurs toutes contradictoires, dite entropiques). Ce degré Dci pourrait être une mesure de la « charge mentale », à condition d'admettre qu'il existe un éventail allant des charges mentales vécues positives (correspondant à des Dci faibles, correspondant à des systèmes culturels néguentropiques) à des charges mentales vécues négatives (correspondant à des Dci fort, correspondant à des niveaux entropiques), pouvant décrire rigoureusement l'ensemble du spectre des comportements individuels ou collectifs.

Plus haut, nous avons dit que le ressenti se réfère à une situation « normale » dont il convient de démontrer les conditions de son existence. Nous montrerons que celles-ci ne peuvent apparaître que lors de comportements dits en « mobilisation » collective ou individuelle, dont les caractéristiques sont bien connues en Sciences de Gestion : mission acceptée, partage des tâches accepté, solidarité spontanée, responsable reconnu. Dès lors, les ressentis quotidiens au travail (aujourd'hui « journée trop lourde », « journée trop tranquille ») correspondent à des perturbations sur la base de cette mobilisation. Nous démontrerons que ces perturbations sont fondamentalement liées aux moyens matériels mis à disposition.

Ainsi, le management des équipes en « **mobilisation collective** » se trouve toujours dans un jeu complexe « charges mentales »/ « ressentis ». Ce comportement « mobilisation collective » se caractérise par :

- une incertitude vis-à-vis de l'avenir (à savoir l'accomplissement de la mission acceptée),
- et la certitude essentiellement liée au partage accepté des tâches, à la solidarité spontanée au sein de l'équipe et en la confiance vis-à-vis du responsable.

Le management de la « charge mentale » concerne l'accomplissement de la mission alors que la gestion des ressentis quotidiens repose sur l'acceptation du partage des tâches, à la solidarité spontanée et à la confiance envers le responsable.

Dans la situation de « **mobilisation collective** » il ne s'agit pas de la mobilisation des mêmes valeurs culturelles,

dont une partie est déconnectée des actions immédiates, pouvant permettre l'apparition de l'incertitude. Une autre partie est liée à l'action immédiate d'ensemble de l'équipe qui ne peut admettre d'incertitude, d'où la gestion nécessaire des ressentis. Dans les autres situations (anxiété, angoisse, repli professionnel ou clanique, etc.) dans lesquelles le degré certitude/incertitude (Dci) commence à faire apparaître de l'incertitude, un ressenti « normal » ne peut s'exprimer, et *a fortiori* les ressentis « lourds » ou « allégés ». En effet, les comportements seront de plus en plus envahis par l'incertitude fondamentale, jusqu'à l'angoisse/solitude, submergeant l'existence même des ressentis. Ces derniers ne réapparaîtront que lorsque la certitude s'affirmera. Les démonstrations reposent sur la théorie « Autonomie, Dépendance, Stratégie » (ADS).

Bien-être et agriculture sociale: des expériences de soins innovantes.

Carla Moretti, Università Politecnica delle Marche, Italia

c.moretti@univpm.it

Riassunto

L'agricoltura sociale offre alla collettività servizi socio-sanitari, formativi, di coesione sociale e di inserimento lavorativo di soggetti fragili, anche in aree territoriali più svantaggiate, favorendo la crescita di beni relazionali e le reti di mutuo-aiuto (Giarè, 2014; Cirulli, 2013).

A livello internazionale diversi studi si sono orientati sugli effetti dell'agricoltura sociale in relazione a varie tipologie di utenza; nello specifico l'attenzione è posta sui benefici delle pratiche di orticoltura e di terapia assistita con gli animali. Tali ricerche evidenziano la validità di queste pratiche sul piano cognitivo, psicologico, fisico e sociale; in particolare si rilevano benefici in termini di benessere individuale e miglioramento della qualità della vita (Armstrong, 2000; Perrins-Margalis *et al.*, 2000).

In Italia, negli ultimi anni sono aumentate le iniziative che coniugano attività agricola e intervento riabilitativo-sociale, maggiore, inoltre, è l'attenzione dell'opinione pubblica e dei decisori politici verso pratiche innovative (Giarè, 2013). Tali iniziative, realizzate in collaborazione con le istituzioni pubbliche e con il terzo settore, hanno la duplice funzione di fornire nuove metodologie di cura e nuove tecniche riabilitative (Di Iacovo, 2008).

L'agricoltura sociale promuove percorsi innovativi di costruzione dei servizi stessi, che vedono il coinvolgimento e la partecipazione attiva di più soggetti, e contribuisce alla creazione di ambienti di vita capaci di promuovere il benessere delle persone e della comunità (Pascale, 2016).

In questo contributo si pone attenzione ai servizi e agli interventi realizzati nelle esperienze di agricoltura sociale, con particolare riferimento alla Regione Marche. Quest'ultima, a seguito dell'approvazione della Legge Regionale n. 21/2011, ha emanato specifici bandi per il sostegno alle imprese agricole per la sperimentazione di servizi in ambito rurale (agrinido, longevità attiva, ortoincontro, inclusione sociale e inserimento lavorativo), al fine di sostenere il soggetto agricolo nell'avvio di nuove esperienze imprenditoriali e nella gestione delle problematiche socio-sanitarie, utilizzando il contesto, le strutture e le persone dell'azienda. La Regione, inoltre, ha avviato una collaborazione con la Fondazione Montessori, volta a promuovere il metodo montessoriano nell'ambito dell'agricoltura sociale, sia nei servizi per l'infanzia, sia nell'offerta dei servizi rivolti alla popolazione anziana, in particolare alle persone affette da demenza (Camp, 2016).

Il contributo intende presentare il percorso e i risultati di un'analisi che ha coinvolto alcune aziende agricole e cooperative sociali che hanno aderito alle proposte progettuali di agricoltura sociale della Regione, al fine di approfondire, oltre agli interventi e ai servizi attuati, i punti di forza e le criticità delle diverse esperienze. Nello specifico si illustreranno gli elementi emersi dalle interviste effettuate ai referenti, ponendo attenzione ai seguenti aspetti: le linee progettuali e il modello di intervento proposto, la tipologia di utenza, le attività e i percorsi di cura realizzati, la costruzione di reti di sostegno nel territorio, i risultati e le prospettive.

In merito ai risultati, diversi sono gli elementi significativi emersi; una forte attenzione è posta al metodo Montessori, alle potenzialità e criticità rilevate nelle modalità di applicazione del metodo nell'ambito dell'agricoltura sociale.

Dall'indagine emerge, inoltre, gli aspetti peculiari degli interventi realizzati nell'ambito dell'agricoltura sociale in situazioni di emergenza. In tal senso si evidenzia che, in alcuni territori colpiti dal sisma, hanno svolto un importante ruolo la reti di relazioni che le aziende agricole sono riuscite a creare negli anni, al fine di mobilitare una forte solidarietà e di reperire risorse, anche finanziarie, per la riattivazione dei servizi offerti.

Diffusa è anche l'esigenza di favorire i processi di collaborazione con i servizi socio-sanitari del territorio, volti a promuovere e valorizzare le relazioni tra i diversi soggetti nel percorso di costruzione, realizzazione e utilizzo dei servizi.

L'analisi effettuata ha consentito di rilevare alcune priorità; tra queste emerge la necessità di una formazione interdisciplinare che coinvolga i diversi soggetti che operano nell'agricoltura sociale.

Session 25

Salle 107

Thème : Innovation et évaluation (2)

Président:

SALOMON (Système Algorithmique Liégeois d'Orientation pour la Médecine Omnipraticienne Nocturne) : évaluation d' l'outil.

Edmond Brasseur, Ghuysen Alexandre et Pr. D'Orio Vincent, C.H.U. de Liège, Belgique

Edmond.brasseur@chu.ulg.ac.be

Résumé

Contexte et problématique

La problématique des appels pour la garde de médecine générale en période nocturne est internationale. En zone rurale et périurbaine, la pénurie croissante liée au vieillissement de la population médicale menace la pérennité même de la garde. Dans ce contexte difficile et dans l'optique d'une collaboration entre la première et la seconde ligne, nous avons développé un outil de triage téléphonique original : SALOMON (Système Algorithmique Liégeois d'Orientation pour la Médecine Omnipraticienne Nocturne). La régulation est assurée par des infirmiers SISU préalablement formés.

Un manuel de régulation constitué de 53 algorithmes correspondant à autant de situations a été rédigé par un collège d'experts (Méthode Delphi). Pour chaque situation, l'algorithme propose quatre niveaux de priorité en fonction des signes de gravité du patient correspondant aux différentes orientations possibles :

- La situation relève de L'AMU : **Hot Call** → Appel mis en conférence avec la centrale 112 et envoi des secours en fonction du Manuel Belge de Régulation Médicale.
- La situation requiert la réalisation d'examen complémentaires : **MAPH.** (Mise Au Point Hospitalière) → Le patient est invité à se rendre dans un service d'urgence de son choix.
- Un contact avec le médecin généraliste de garde permet de régler le problème : **CMG.** (Contact MG) → Le médecin généraliste de garde est averti et recontacte le patient.
- L'appel ne relève pas de la médecine de garde : **VD.** (Visite Différée) → L'appelant est invité à contacter son médecin de famille en dehors des heures de garde.

Le traitement des appels est le suivant : lorsqu'un malade appelle le numéro de garde habituel, l'appel est dévié automatiquement et l'appelant est pris en charge par l'infirmier qui, en fonction des plaintes, choisit l'algorithme correspondant et détermine le niveau de gravité afin d'orienter au mieux le patient.

Objectif de la recherche

L'objectif de ce travail est l'évaluation de l'outil mis en place après 36 mois de fonctionnement afin de déterminer de la pertinence du triage proposé et, en particulier, du recours approprié ou non à la médecine générale en fonction des plaintes du patient.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective du système de régulation proposé menée sur les appels nocturnes (22h à 7h) des cercles de médecine générale partenaires. L'ensemble des appels a été inclus durant la période d'étude (4-10-2011 au 3-10-2016). Une analyse systématique de la régulation et du devenir des malades a été réalisée grâce aux données issues des fiches encodées par les infirmiers et les médecins généralistes mais également via les enregistrements téléphoniques et les dossiers médicaux des patients admis dans notre institution. L'analyse des

dossiers porte sur les ressources hospitalières consommées et nous considérons arbitrairement que les patients hospitalisés suite à leur admission ou qui, durant leur visite, bénéficient d'au moins 3 ressources diagnostiques (biologie, RX,...) ou d'une ressource thérapeutique (difficilement accessible en médecine générale) relèvent de la médecine hospitalière. Sont exclus de l'étude, les appels dont les données sont incomplètes mais également les appels non régulés en raison de la non compliance de l'appelant.

Résultats et discussion

Durant la période d'étude, le système de triage a fait l'objet de 4935 appels dont 3666 ont effectivement bénéficié de la régulation. La répartition selon SALOMON est la suivante AMU : 770 (21%) ; MAPH : 504 (13.7%) ; CMG : 2308 (62.9%) ; VD : 84 (2.3%). Bien que SALOMON réfère la majorité des appels à la médecine générale (65.2%), il permet la mise en évidence de la sous évaluation des patients quant à leur état de santé puisque 1 sur 5 relève en fait de l'AMU!

L'analyse du devenir des patients adressés à la médecine générale montre que pour les 84 VD aucune n'a été renvoyée vers un service d'urgence et que pour les 2308 CMG, 105 ont nécessité l'appel d'une ambulance soit 4.5%. Cette sous évaluation de l'appel par SALOMON est minime. L'analyse des ressources hospitalières consommées nous permet d'évaluer la surévaluation des appels par l'outil. Ainsi, dans notre institution, nous avons admis via la régulation, 174 patients AMU et 111 patient MAPH dont respectivement 14 (8%) et 33 (29.7%) relèveraient de la médecine générale, soit un total de surévaluation de 16.5% des 284 patients.

Conclusions

SALOMON a permis de pérenniser la garde de médecine générale en région liégeoise. En effet, les appels étant gérés par des professionnels, une identification et orientation des appels urgents vers le vecteur adéquat (AMU) permettent la fusion de zones de gardes sans risque, tout en diminuant le quota de gardes à prester par les médecins généralistes. L'évaluation des algorithmes est quant à elle tout fait satisfaisante puisque seuls 16.5% des appels sont surévalués et 4.5% sous évalués. Par ailleurs, le projet, toujours en cours, est unanimement considéré comme une amélioration par les acteurs du système et serait facilement transposable dans d'autres régions en difficulté.

Perceptions des utilisateurs du système d'information sur la vaccination au Québec : Une étude mixte.

Amélie Lampron, Marie-Pierre Gagnon^{1,2}, Claude Sicotte³, Aude Motulsky³, David Buckeridge⁴ et Robyn Tamblyn⁴, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 2 Centre de recherche sur les soins et services de première ligne de l'Université Laval, 3 Département de gestion, évaluation et politique de santé, Université de Montréal, 4 Groupe de recherche en informatique clinique et de la santé, Université McGill, Montréal, Québec
amelie.lampron2.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Résumé

Suite à une éclosion importante du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003, le gouvernement canadien a décidé d'augmenter ses investissements pour le développement de nouveaux vaccins et l'amélioration des systèmes d'information, afin de s'assurer que le Canada respecte les normes internationales de sécurité et de qualité des standards d'immunisation [1]. Ainsi, dans un souci de réduire la morbidité et la mortalité associées aux maladies transmissibles, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ont travaillé en collaboration avec Inforoute Santé du Canada afin de mettre en œuvre un registre de vaccination soutenu par le système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI). La mise en place d'un tel registre de vaccination vise à optimiser la pratique des intervenants du réseau de la santé en leur permettant d'accéder plus rapidement à l'historique vaccinal d'un usager, accessible partout dans la province, peu importe le lieu d'administration des vaccins antérieurs.

Cette recherche vise à évaluer les bénéfices cliniques et opérationnels perçus par les utilisateurs du registre électronique de vaccination au Québec afin de s'assurer de l'efficacité globale du système et de son adoption potentielle à différents niveaux.

Une étude quantitative a été menée auprès de tous les utilisateurs potentiels du registre de vaccination de sorte à pouvoir dresser un portrait de leur expérience avec le système. Sur la base du cadre théorique d'adoption clinique [2], un questionnaire a été développé en format électronique, puis envoyé à 2 545 adresses courriel valides, fournies par le MSSS. En plus de questions sociodémographiques et professionnelles, le questionnaire mesurait six variables incluses dans le cadre de référence : la qualité du système, la qualité de l'information, la qualité du service, la satisfaction, l'utilisation (fréquence moyenne d'utilisation sur une base hebdomadaire) et la perception de l'impact de l'utilisation du système sur la productivité. La validité des construits théoriques a été vérifiée par des analyses factorielles confirmatoires et leur consistance interne à l'aide du coefficient alpha de Cronbach. Les relations théoriques entre ces variables ont été testées à l'aide d'une analyse de corrélation et d'une analyse des pistes causales. Nous avons également vérifié l'influence des variables sociodémographiques et professionnelles sur les variables du modèle. L'étude comprenait également un volet qualitatif via les commentaires émis par les participants, lesquels ont ensuite été soumis à une analyse thématique de contenu.

En tout, 651 personnes ont complété le questionnaire, pour un taux de réponse effectif de 26%. Les résultats du questionnaire démontrent que les utilisateurs sont, en général (88%), très satisfaits du système. De plus, ils prétendent que l'utilisation de ce système d'information augmente leur productivité, leur permettant de visualiser l'ensemble de l'information vaccinale d'un usager. Les analyses de corrélation démontrent que toutes les variables du modèle théorique sont significativement corrélées entre elles, à l'exception de la fréquence moyenne d'utilisation du système qui n'est pas associée significativement aux variables « qualité du système », « qualité de l'information » et « satisfaction ». En effet, le modèle testé indique que 41% de la variance de la satisfaction envers le système est expliquée par la qualité du système ($\beta = 0,38$), la qualité de l'information ($\beta = 0,22$) et la qualité du service ($\beta = 0,12$).

En général, les utilisateurs ont une perception positive du registre électronique de vaccination et y voient des bénéfices. Le fait que la fréquence d'utilisation semble avoir moins d'influence sur la perception positive des bénéfices du système nécessiterait que l'on approfondisse davantage cette question. L'analyse des commentaires a également fourni des informations complémentaires sur les facteurs contextuels pouvant influencer l'expérience de l'utilisateur avec le système.

Le déploiement du registre électronique de vaccination au Québec a été initié dans le cadre d'un projet de plus grande envergure intitulé « Panorama ». Ainsi, le registre de vaccination prend part à un système d'information à visée pancanadienne. Considérant qu'aucun système informatisé ne permettait d'établir la couverture vaccinale d'une province en entier, voire du pays en lui-même, il s'agit pour le Canada, d'une innovation. Les retombées cliniques et opérationnelles anticipées à long terme se veulent concluantes, d'où la nécessité d'évaluer l'efficacité d'un tel système.

L'usage secondaire des données issues des Dossiers Patients Informatisés, qu'en est-il de la qualité de l'information?

Nathalie Maes, Philippe Kolh, CHU de Liège, Belgique
nmaes@chuliege.be

Résumé

Les dossiers patients informatisés hospitaliers (DPI) sont maintenant largement implémentés en Europe et en Belgique en particulier. L'étendue et le volume des informations qu'ils contiennent croissent rapidement et l'historique de la prise en charge des patients devient de plus en plus large. Ils centralisent l'ensemble de la documentation du processus de soins, intégrant le détail des rapports et protocoles médicaux, les résultats d'imagerie, de laboratoire, le suivi infirmier, les médicaments, Ces volumineuses bases de données suscitent un intérêt croissant pour leur usage secondaire afin de faciliter la recherche et d'augmenter la rapidité des nouvelles découvertes médicales.

Dans une étude rétrospective traditionnelle, un expert lit les sources de données (qui peuvent être électroniques) pour chaque sujet, les interprète, et enregistre ce qui est le plus fiable. Les données qui sont non fiables ou

imprécises sont traitées, les données manquantes sont souvent remplies à partir d'informations fournies par d'autres variables, Mais quels sont les biais d'une utilisation à large échelle des données DPI sans intervention humaine ? Les données cliniques ne sont pas enregistrées avec le même soin que les données de recherche, **la question de la mesure de la qualité de ces données est donc soulevée.**

La qualité des données est souvent résumée par leur complétude, qui est largement explorée dans la littérature. Cette approche est essentielle mais n'est pas suffisante pour capturer la complexité de la notion de qualité des données DPI.

L'objectif de cette communication est de définir les différentes dimensions de la qualité des données DPI pour leur usage secondaire, de proposer des méthodes de validation de celle-ci et de les illustrer par des exemples issus du DPI hospitalier du CHU de Liège

De nombreux facteurs de qualité des données DPI pour leur usage secondaire sont proposés dans la littérature. Nous en retenirons 4 :

- **La complétude** : l'élément est-il présent pour un patient ?
- **L'exactitude** : l'élément présent est-il correct et a-t-il du sens par rapport à la connaissance que l'on a de ce qu'il mesure ?
- **La concordance** : l'élément est-il en concordance avec une autre source de la même information ?
- **La périodicité** : l'élément est-il une bonne représentation de l'état du patient à un moment donné ? La fréquence dans le temps des observations pour un patient est-elle suffisante ?

Plusieurs types d'indicateurs dans ces 4 dimensions sont développés et appliqués sur des exemples issus du DPI du CHU de Liège afin de développer une technique d'évaluation de sa qualité pour l'usage secondaire.

Cette étude met en évidence l'importance de la qualité des données lors d'une utilisation à large échelle des données issues des DPI et fournit un outil de mesure de celle-ci. Elle permet d'attirer l'attention des chercheurs sur la nécessité de regard critique sur les bases de données de recherche ainsi constituées. Une généralisation à l'ensemble du DPI d'un hôpital permettrait aux responsables DPI de mettre en place des leviers d'amélioration de la qualité des données dans le cadre de leur usage secondaire.

Envelhecimento ativo na perspectiva intergeracional: um estudo qualitativo de avaliação no Paranoá, Distrito Federal, Brasil.

Wigor Alves da Silva, Elza Maria de Souza, Kleber Henrique Lima, Kelly Christine Marques de Castro, Rayane Barbosa Monica, Jéssica Amorim, José Sobrinho et Thálita Piquiá, Universidade de Brasília, Brasil

Session 26

Salle 109

Thème : Outils de la relation de soin

Président :

Promotion du plan de crise conjoint (PCC), présentation des résultats d'une étude sur les pratiques et contenus du PCC et recommandations en vue de son implantation dans divers milieux et programmes de soins du Canton de Vaud.

Mathilde Chinet et Pascale Ferrari, Réseau Santé Région Lausanne, Suisse
mathilde.chinet@rsrl.ch

Résumé

Né des mouvements de self-help et d'advocacy, le Plan de Crise Conjoint (PCC) est une forme récente et validée de déclarations anticipées. Encore peu connu et diffusé dans le monde francophone, le PCC s'inscrit dans l'évolution des pratiques professionnelles et favorise le processus de décision partagée et l'empowerment des usagers de la psychiatrie. Ce projet vise la promotion et l'implantation efficiente du Plan de Crise Conjoint afin d'améliorer leur qualité de vie et de favoriser la culture du partenariat au sein du réseau socio-sanitaire du canton de Vaud.

Risassunto

Nato dai movimenti di *self-help* e *advocacy*, il “*Joint Crisis Plan*” (JCP), piano di crisi congiunto, è una recente convalidata forma di dichiarazione psichiatrica anticipata. Ancora poco conosciuto e diffuso nel mondo francofono, il JCP è parte integrante dell'evoluzione delle pratiche professionali e favorisce il processo di decisione condivisa e l'*empowerment* degli utenti. Questo progetto mira alla promozione e all'efficace attuazione del piano di crisi congiunto, al fine di migliorare la qualità di vita degli utenti e di promuovere una cultura di partenariato all'interno della rete socio-sanitaria del cantone Vaud.

Innovación en Envejecimiento Activo.

Patricia Chico Aldama, Instituto Nacional de Pediatría, México

L'enregistrement de données hospitalières : une possible automatisisation ?

Stéphanie Leroy, D. Gillain, M. Thys, Ph. Kolh, J. Petermans, CHU Liège, Belgique

stephanie.leroy@chuliege.be

Résumé

Contexte et problématique

L'enregistrement de données patient reflétant l'activité médicale de l'institution est obligatoire en Belgique. Ces enregistrements médico-économiques ont pour vocation de soutenir la politique sanitaire à mener mais aussi l'organisation du financement des hôpitaux au travers de ces données envoyées au ministère de la Santé. Ces divers enregistrements s'appuient sur la documentation du dossier patient et nécessitent une gestion efficace de l'information.

Le dossier patient utilisé au CHU de Liège est totalement informatisé et les données, structurées ou non, peuvent être exploitées.

Les processus d'enregistrements sont coûteux en temps et en personnel. Ils pourraient certainement faire preuve d'amélioration à certains niveaux d'organisation. Au regard d'un objectif d'optimisation du ratio coût/efficacité, serait-il possible d'automatiser le processus d'enregistrement en nomenclature ICD sur base d'un dossier patient informatisé ? Comment s'aider des nouvelles technologies informatisées dont

les avancées ont fait un bond en avant ces dernières années ? Peut-on imaginer remplacer un enregistrement et une analyse manuelle par un système automatique en exploitant ces informations ? Peut-on parler ici d'Intelligence Artificielle ?

Objectif de la recherche

Cet article analysera une première tentative d'automatisation d'enregistrement de données au travers un outil de textmining dont l'algorithme est lié au codage ICD10 mais aussi à la nomenclature Snomed (Earlytracks).

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

Après avoir retracé le contexte des enregistrements de données en Belgique et plus précisément de l'enregistrement DM-RHM, ses exigences établies selon la nomenclature ICD10.BE et ses conséquences sur les institutions, nous analysons l'enregistrement de l'activité de l'hôpital de jour gériatrique. Cette unité de soins a été choisie de manière spécifique pour un premier test puisque celle-ci concerne un enregistrement « allégé » (exigence d'un seul diagnostic principal enregistré) et dont la qualité d'enregistrement n'affecte en rien le financement de l'hôpital. En effet, ces séjours sont actuellement financés sur base du nombre d'admission. Cependant, il convient de rester vigilant : cet enregistrement reste obligatoire, doit refléter l'activité réalisée dans l'unité de soins, et la politique de financement peut également évoluer. De plus, l'analyse porte sur un objectif

plus large d'automatisation d'enregistrement de l'activité dans sa globalité (séjours plus complexes d'hospitalisation classique).

Les analyses de données nous indiquent si cet automatisme peut intégrer les procédures actuelles et répondre aux résultats de codage de manière aussi qualitative que l'enregistrement et l'analyse

« humaine » actuellement en œuvre. L'analyse est également envisagée dans le cadre du futur lien souhaité par le ministère de la Santé belge entre le dossier patient et la terminologie Snomed CT. En effet, l'intégration de cette terminologie comme langage commun dans les dossiers patients en Belgique permettra une standardisation et une exploitation de données encore plus riche. Si le sujet semble séduisant, la mise en œuvre apparaît par contre comme assez complexe sur le terrain.

Les résultats comparent un codage « machine » versus un codage « manuel ». Des analyses statistiques mais aussi financières ponctuent notre méthodologie afin d'en retirer les divers argumentations. (Analyse des données d'une année d'activité (2016), taux de concordance, fréquences, analyse de population, analyses financières)

Résultats et discussion

Le test est-il concluant ? quelle proportion de réussite pouvons-nous définir ? quels sont les conclusions et conseils pour avancer dans une aide/une automatisation dans le cadre de l'enregistrement de données ? Les solutions testées sur des séjours d'hospitalisation de jour sont-elles suffisamment concluantes que pour réaliser un automatisme sur des séjours d'hospitalisation classique ? le dossier doit-il être plus structuré de manière à être plus facilement exploitable ?

Intérêts de la communication

Cette communication entre dans la thématique « évaluation de l'innovation » dans un objectif d'analyse coût/efficacité, dans un contexte d'enregistrement de données médico-économiques.

Horaire : 16:00 - 16:30

Pause Café

Horaire : 16 : 30 – 18 :00

Session 27

Salle 102

Thème : Le professioni in sanità: Italia e Francia a confronto

Les professions de la santé : une comparaison entre France et Italie

Session organisée: Giovanna Vicarelli et Elena Spina, Università Politecnica delle Marche, Italia

In questa sessione si vuole discutere sui profili di alcune professioni del mondo sanitario confrontando l'Italia e la Francia.

Les reconfigurations du métier de sage-femme en France.

Beatrice Jacques, Université de Bordeaux, France

Entre rationalisation et humanisation : quel rôle pour la sage-femme ?

Elena Spina, Università Politecnica delle Marche, Italia

Les médecins et leurs valeurs. Une première approche à partir d'enquêtes européennes (2002-2016)

Gilles Ferreol, Université de Bourgogne-Franche-Comté, et Alexandre Mairot, Sciences Po Paris, France

Les rapports entre médecins et malade.

Giovanna Vicarelli e Teresa Medi, Università Politecnica delle Marche, Italia

La profession d'urgentiste. L'exemple français.

Gilles Ferreol, Université de Bourgogne-Franche-Comté, et Ousmane Bouba, médecin urgentiste au CHU de Rouen, France

Session 28

Salle 103

Thème : Vaccination en officine : des innovations pour améliorer la couverture vaccinale

Session organisée: Maria Laura Silva, Université de Bordeaux, INSERM U1219, France

La vaccination est un moyen de produire l'immunité active contre les maladies infectieuses. La proportion d'individus immunisés dans une population peut être associée à la persistance de la maladie dans la collectivité. L'Organisation Mondiale de la Santé (Union Européenne) a fixé pour l'an 2010, une couverture vaccinale contre la grippe saisonnière supérieure à 75 % chez les personnes âgées. À ce jour, la proportion de personnes vaccinées reste inférieure à ce seuil dans beaucoup de pays dans le monde.

Pour cette raison plusieurs mesures innovantes ont été mises en œuvre visant à améliorer la couverture vaccinale. En France, pays qui accueillera le CALASS 2018, une innovation importante en termes de vaccination antigrippale est en cours d'expérimentation depuis octobre 2017 : l'administration du vaccin par les pharmaciens d'officine.

De ce fait, nous proposons une session dédiée à la vaccination en officine afin de permettre l'échange d'expériences entre des intervenants de pays où la vaccination antigrippale pour des pharmaciens d'officine a été mise en place ces dernières années selon des modalités variables d'un pays à l'autre et de proposer des pistes d'amélioration.

Objectifs

Présenter les contextes de la vaccination, notamment contre la grippe, dans différents pays européens, au Canada et au Brésil

Illustrer ces contextes avec des nouvelles mesures mises en place ou en cours de mise en place visant à améliorer la couverture vaccinale

Analyser les avantages et les difficultés de la mise en place de la vaccination antigrippale par les pharmaciens d'officine.

Couverture vaccinale antigrippale en Europe et Amérique, innovations dans la vaccination et le vaccin contre la grippe.

John Paget, Nivel/ OMS, Suisse

Six ans de vaccination par les pharmaciens portugais, retour d'expérience, points d'amélioration?

Rute Horta, Association National des Pharmacies, France

État des lieux de la vaccination par les pharmaciens au Brésil, difficultés dans l'innovation juridique, défis entre les institutions privées et publiques.

Marseille Carvalho, Université de Londrina, Brasil

La vaccination dans les pharmacies québécoises, contexte et différences avec le Canada anglophone.

Roxane Borges da Silva, Université de Montréal, Québec

Pharmaciens vaccineurs en France : analyse des données quantitatives et qualitatives de la première année de l'expérimentation dans deux régions françaises.

Maria Laura Silva, Hans-Martin Späth, Université de Lyon, EA 4129 P2S, France

Session 29

Salle 104

Thème : Arrangements coopératifs pour la gestion des hôpitaux dans les petites municipalités (Brésil et Italie)

Session organisée: Fernanda de Freitas Mendonça, Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Saúde Coletiva, Brasil

É indiscutível a importância do hospital na organização no Sistema Único de Saúde, seja pelo tipo de serviços ofertados, seja pelo volume considerável de recursos destinado a esse nível de atenção. São considerados Hospitais de Pequeno Porte (HPP) aqueles com capacidade de operação de até 50 leitos. No Brasil, 36% dos HPP estão localizados em municípios que também são de pequeno porte, isto é, de até 20 mil habitantes. Nos municípios onde já há uma satisfatória cobertura de serviços primários de saúde, o hospital de pequeno porte acaba não tendo uma função claramente definida ou uma resolutividade que justifique a continuidade dos serviços ali prestados, além do fato de consumir praticamente metade dos recursos que são investidos na saúde. Entendendo o papel estratégico dessas instituições para a organização dos serviços públicos de saúde nos territórios, torna-se fundamental ampliar o debate acerca desse serviço no contexto do sistema de saúde com outros países e que já possuem experiência de arranjos que promovem ações de cooperação intermunicipal como o caso da região de Ancona e Emilia Romagna (Itália).

Objetivo

- Analisar o contexto e a inserção dos hospitais localizados em MPP no sistema de saúde;
- Debater sobre as limitações presentes na forma como esses hospitais estão organizados no sistema de saúde;
- Discutir alternativas de arranjos cooperativos de gestão dos hospitais;

Contexto e a inserção dos hospitais localizados em MPP no sistema de saúde.

Francisco Eugênio de Souza et Fernanda de Freitas Mendonça, Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Saúde Coletiva, Brasil

Melhoria da eficiência em pequenos hospitais por meio de arranjos cooperativos.

Luciana Reis Carpaneze Correa, Universidade Politécnica de Marche, Itália, Brasil

Experiências da região de Emilia Romagna.

Maria Augusta Nicoli, Região Emilia Romagna, Itália

Session 30

Salle 105

Thème : Politique de santé (2)

Président:

Reflexão sobre as Políticas Públicas no Combate à Febre Amarela: O caso brasileiro.

Dalton Tria Cusciano, Luis Fernando Salles Moraes et Mauro Maia Laruccia, Fundacentro/FGV-SP, Brasil
dalton.cusciano@fundacentro.gov.br

Resumo

A febre amarela é um problema de saúde mundial devido à sua alta taxa de mortalidade e abrangência de atuação, sendo o objetivo deste trabalho compreender a razão de aumento dos casos de febre amarela no Brasil. O problema deste artigo é como enfrentar, vias políticas públicas, o aumento do número de casos de febre amarela no Brasil, com episódios em áreas distantes das regiões endêmicas. A hipótese desse trabalho é a de que a combinação de quatro dimensões de atuação governamental no combate à febre amarela reduzirá o número de casos. O resultado do artigo é a proposição de políticas públicas adotadas pelo governo brasileiro que auxiliem os

gestores no processo de tomada de decisão de medidas de prevenção e controle dentro de quatro dimensões de atuação, quais sejam, vacinação, relações exteriores, medidas tempestivas e eficiência na transferência de recursos.

Riassunto

La febbre gialla è un problema di salute in tutto il mondo a causa del suo alto tasso di mortalità e del suo raggio d'azione. L'obiettivo di questo studio è capire il motivo dell'aumento dei casi di febbre gialla in Brasile. Il problema di questo articolo è come affrontare l'aumento del numero di casi di febbre gialla in Brasile, con episodi in aree lontane dalle regioni endemiche. L'ipotesi di questo lavoro è che la combinazione di quattro dimensioni dell'azione governativa nella lotta contro la febbre gialla ridurrà il numero di casi. Il risultato dell'articolo è la proposta di politiche pubbliche adottate dal governo brasiliano per assistere i dirigenti nel processo decisionale delle misure di prevenzione e controllo entro quattro dimensioni dell'azione, vale a dire vaccinazione, relazioni esterne, misure tempestive ed efficienza nel trasferimento di risorse.

La participation citoyenne dans les politiques publiques sur le vieillissement en Colombie.

David Lanneville, Université de Sherbrooke, Centre de recherche sur le vieillissement, Québec

david.lanneville@usherbrooke.ca

Résumé

Objectif de recherche :

Conceptualiser la place de la participation citoyenne dans les politiques publiques sur le vieillissement en Colombie depuis 1979.

Contexte et problématique :

Sur le plan politique, la Colombie a signé des accords de paix avec les FARC. Ces accords incluent des mesures favorisant l'empowerment dans les organisations sociales de même que des mécanismes de participation citoyenne dans la planification, l'exécution et l'évaluation de ses politiques publiques. Sur le plan socio-démographique, la proportion des personnes de 65 ans et plus a crû de 131% en Colombie entre 1960 et 2016, un chiffre semblable à plusieurs autres pays d'Amérique du Sud. La présente étude vise à comprendre comment ces intentions d'empowerment et d'inclusion dans le développement des politiques publiques de dispositifs imbriqués de participation citoyenne s'opérationnalisent pour le domaine du vieillissement. La présente communication montrera comment ont évolué ces concepts dans les politiques publiques sur le vieillissement depuis quarante ans.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés :

Théories : Approche pluraliste et participative en politiques publiques et le concept de Développement du pouvoir d'agir (DPA) de LeBossé, 2007. Méthodes : Recension narrative des écrits de type PRISMA, entre 1979 et 2018, sur des articles académiques, politiques publiques et ouvrages, analyse documentaire, entrevues semi-dirigées avec experts en gérontologie Colombiens afin d'approfondir les deux méthodes précédentes.

Résultats et discussion :

1979 : un premier plan pour les personnes âgées voulait assurer la participation des personnes âgées dans la société. Le plan visait la considération des personnes âgées comme des êtres humains méritant dignité et respect (Ministerio de la protección social (Colombie), 2007) [2].

1995 : une politique du «Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES)» prévoyait s'attaquer aux problèmes sociaux résultant du vieillissement de la population colombienne. On parlait encore de participation, mais de participation au marché du travail et une intégration dans la société, mais pas citoyenne.

2002-2010 : L'article 3.5.1 de la politique stipule que l'État colombien devra favoriser le développement de capacités pour l'exigence de droits, la pleine participation en société et favoriser l'empowerment et le plein exercice de la citoyenneté des personnes âgées.

2014-2024 : apparaît le principe du «vieillessement actif» où la participation est non seulement entendue comme participation à la vie active, mais aussi comme «une participation continue aux enjeux économiques, politiques, sociaux, culturels et spirituels.» (Minsalud (Colombia), 2014)². Une des lignes directrices de la politique publique est la «protection sociale intégrale» dans laquelle un des principes est la «participation et l'empowerment». Conclusion : la participation citoyenne et l'empowerment est de plus en plus dans le discours et les politiques publiques. Cette présence est le résultat de plusieurs facteurs, notamment le discours au niveau international, mais aussi les dynamiques sociales et le compromis social que fut l'adoption de la constitution de 1991.

Contribution/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et/ou de la pratique :

Une recherche qui s'intéresse à l'inclusion de la participation citoyenne et l'empowerment dans les politiques publiques, spécialement une politique importante comme celle du vieillissement, permet de mettre les discours politiques sur la participation citoyenne et l'empowerment à l'épreuve des faits et de la réalité particulièrement dans un contexte de renouveau important comme celui de la Colombie. Une telle recherche permet également de faire ressortir les avancées et les limites d'un tel discours non seulement du point de vue académique, mais aussi politique et social. Les résultats tant théoriques que pratiques peuvent servir de cadres de référence aux administrations (locales, régionales, nationales) de même qu'aux organisations internationales dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de politiques publiques. Les organisations sociales, surtout dans le secteur des personnes âgées, pourraient également utiliser les résultats soit pour interpeller les autorités locales pour inclure des espaces de participation citoyenne ou utiliser des exemples réussis d'intégration de participation citoyenne dans les politiques publiques pour ce faire.

Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul.

Giovanella Lúcia, Patty Fidelis de Almeida, Fundação Oswaldo Cruz et Universidade Federal Fluminense, Niterói, Brasil

Session 31

Salle 106

Thème : Educação interprofissional e práticas colaborativas: inovação na formação dos trabalhadores dos sistemas de saúde

Éducation interprofessionnelle et pratiques de collaboration. Innovation dans la formation des travailleurs du système de santé

Session organisée: Marselle Carvalho, UEL / Escola Nacional dos Farmacêuticos, Brasil
marsellecarvalho@gmail.com

Resumo

Contexto e justificativa da sessão:

O desequilíbrio da força de trabalho em saúde e as necessidades crescentes da população, sobretudo em função do envelhecimento, colocam o acesso e a cobertura universal como grandes desafios aos sistemas de saúde em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem apontado o desenvolvimento de equipes interprofissionais e práticas colaborativas nas redes de serviços de saúde como estratégia para a superação desses desafios. Assim, a educação interprofissional se apresenta como uma importante inovação no contexto da educação dos trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de práticas colaborativas.

Objetivos:

- Apresentar os conceitos de educação interprofissional e práticas colaborativas em saúde
- Apresentar as experiências em educação interprofissional no Brasil e nas Américas
- Analisar as potencialidades e desafios da educação interprofissional e práticas colaborativas nos serviços de saúde

Educação interprofissional nos cursos de graduação em saúde: experiência da Universidade Estadual de Londrina – PR – Brasil.

Marseille Nobre de Carvalho (UEL / Escola Nacional dos Farmacêuticos – Brasil)

Educação interprofissional e educação permanente em saúde.

Isabel Cardoso, UFBA, Brasil

Educação interprofissional em saúde no Brasil e nas Américas.

Claudia Brandão, Ministério da Saúde, Brasil

Session 32

Salle 107

Thème : Apoio institucional para o trabalho com a linguagem e para pesquisas com idosos em envelhecimento normal e patológico

Appui institutionnel pour travailler avec le langage et pour la recherche avec les personnes âgées dans le vieillissement normal et pathologique

Session organisée: Rosana do Carmo Novaes-Pinto, UNICAMP, Brasil

ronovaes@terra.com.br

Resumo

Contexto e descrição do problema:

Propomos, nesta edição do CALASS, uma sessão composta por *três* trabalhos que dão visibilidade ao apoio institucional que vimos recebendo para desenvolver pesquisas e atividades de extensão no âmbito do Grupo de Estudos da Linguagem no envelhecimento e nas Patologias (GELEP), cadastrado na Plataforma Lattes do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). O tema central é o do envelhecimento em estados considerados “normais” e em algumas patologias que impactam o funcionamento linguístico-cognitivo, com ênfase nas afasias. Estas são decorrentes de episódios neurológicos (AVCs, traumas, tumores, etc) e podem comprometer a linguagem em todas as suas modalidades: *oral* (produção e compreensão) e *escrita* (leitura e produção), assim como os processos não-verbais de significação (como os gestos e o desenho). Além da linguagem, outras alterações cognitivas podem ser associadas, envolvendo dificuldades com a atenção voluntária, a percepção, e a memória (Coudry 1986/1988).

Objetivos dos trabalhos na sessão:

A **primeira apresentação** visa descrever o apoio institucional dado ao Centro de Convivência de Afásicos (CCA), no âmbito do Departamento de Linguística da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e por meio da Pró-Reitoria de Graduação e Assuntos Comunitários (PREAC), e discutir como os recursos tecnológicos adquiridos têm propiciado o uso efetivo da linguagem no trabalho do CCA e como os recursos financeiros têm sido também utilizados para realizar passeios, visitas a museus, etc, visando proporcionar interações efetivas de linguagem entre afásicos, não-afásicos, cuidadores/acompanhantes, alunos e pesquisadores. A **segunda apresentação**, complementar à primeira, tem o objetivo de descrever o funcionamento das sessões coletivas e individuais do CCA e de apresentar alguns protocolos desenvolvidos por nós para a avaliação da linguagem e para o trabalho de reorganização linguístico-cognitiva com os sujeitos afásicos. O **terceiro trabalho** visa apresentar questões relativas ao envelhecimento “normal” (de sujeitos sem diagnóstico), discutindo como a relação entre desenvolvimento tecnológico e essa faixa etária vem sendo representada em propagandas comerciais, contribuindo para produzir e reproduzir mitos e estereótipos acerca do estado cognitivo dessa população – principalmente acerca de sua compreensão sobre as tecnologias.

Aspectos teórico-metodológicos:

As pesquisas sobre os processos de envelhecimento normal e patológico inserem-se na abordagem sócio-histórico-cultural (Luria, 1986; Vygotsky, 1934/1984), na área de Neurolinguística, e visam tanto compreender a relação

entre os impactos dos episódios neurológicos e dos processos de envelhecimento com as dificuldades linguístico-cognitivas dos sujeitos, como os processos alternativos de significação que os indivíduos desenvolvem para enfrentar suas dificuldades. A linguagem, nessa perspectiva, é compreendida como *atividade* constitutiva do sujeito e da própria língua, como um *trabalho* que dá forma às nossas experiências (Franchi, 1975; Coudry 1986/1988). Com relação ao trabalho com as afasias (primeira e segunda apresentações), destacamos as atividades do Grupo 3 do CCA que contam, atualmente, com 10 sujeitos que participam das sessões coletivas e dos acompanhamentos individuais. Participam do CCA alunos de Graduação dos cursos de Fonoaudiologia, Linguística e Letras, e de Pós-Graduação em Linguística que desenvolvem seus trabalhos. As atividades do CCA constituem-se como *lôcus* das interações entre afásicos e não-afásicos. O terceiro trabalho faz parte de uma pesquisa mais ampla que investiga tanto o discurso *dos* quanto *sobre* idosos. Para a apresentação no CALASS, trazemos uma discussão acerca dos mitos e dos estereótipos *sobre* envelhecimento presentes em propagandas televisivas (veiculadas entre 2007 e 2017), destacando como é representada, nesses comerciais, a relação entre essa parcela da população e os avanços tecnológicos, especialmente com o uso do computador e das mídias sociais. A essa análise, articulamos dados obtidos de entrevistas semi-estruturadas realizadas em uma Instituição de Longa Permanência (ILP), sem fins lucrativos, para idosos na cidade de Campinas, São Paulo. Dessas interações são recortados os episódios dialógicos dos quais emergem os dados que, analisados, iluminam aspectos do funcionamento linguístico-cognitivo e dos preconceitos linguísticos e sociais que circulam sobre o envelhecimento.

Contribuição da sessão para a reflexão na área:

O tema do envelhecimento tem se constituído como um desafio em várias áreas do conhecimento e, ao nosso ver, a Linguística pode e deve dar sua contribuição tanto para compreender as questões que dizem respeito ao funcionamento da linguagem e sua relação com outros processos cognitivos – o que, por sua vez, pode ajudar a refletir acerca do normal e do patológico – como para desconstruir mitos e discursos que circulam sobre os idosos.

Apoio institucional da Universidade Estadual de Campinas à extensão comunitária – O Centro de Convivência de Afásicos.

Rosana do Carmo Novaes-Pinto, UNICAMP, Brasil

ronovaes@terra.com.br

Resumo

Contexto e descrição do problema:

O Centro de Convivência de Afásicos (CCA) localiza-se no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), estado de São Paulo, Brasil. As afasias são alterações nos processos linguístico-cognitivos decorrentes de episódios neurológicos (AVCs, traumas, tumores, etc) e podem comprometer a linguagem em todas as suas modalidades: *oral* (produção e compreensão) e *escrita* (leitura e produção), assim como os processos não-verbais de significação (como os gestos e o desenho). Além da linguagem, outras alterações cognitivas podem ser associadas às afasias, dentre as quais citamos as dificuldades com a atenção voluntária, a percepção, e a memória (Coudry 1986/1988). Em geral, os sujeitos afásicos (mesmo os mais jovens) são afastados de suas atividades profissionais e sociais. Além das sequelas diretas do episódio neurológico, eles se tornam vítimas do preconceito de familiares, amigos e colegas de trabalho, não só pela ignorância sobre a afasia, mas também sobre a natureza da linguagem. Pode-se afirmar, assim, que a afasia pode/deve ser compreendida como uma questão social (Novaes-Pinto, 2008).

Objetivos do trabalho e das investigações das afasias:

O trabalho no CCA tem como principal objetivo auxiliar pessoas afásicas no enfrentamento das dificuldades nos processos comunicativos e de significação, decorrentes de lesões cerebrais focais. Atividades com a linguagem no âmbito de um grupo como o CCA auxilia os sujeitos afásicos a desenvolverem estratégias alternativas de significação/comunicação e a enfrentarem o preconceito linguístico e social. A apresentação deste trabalho tem como principal foco descrever o apoio institucional que tem sido dado CCA ao longo dos últimos anos – no âmbito do departamento de Linguística e da universidade – a fim de colocar em prática os pressupostos teórico-metodológicos da perspectiva sócio-cultural que orienta o desenvolvimento das atividades.

Aspectos teórico-metodológicos:

As pesquisas inserem-se na abordagem sócio-histórico-cultural (Luria, 1986; Vygotsky, 1934/1984), na área de Neurolinguística, uma vez que se busca compreender a relação entre os impactos dos episódios neurológicos com as dificuldades linguístico-cognitivas adquiridas, tendo em vista aspectos subjetivos de cada caso. A linguagem, nessa perspectiva, é compreendida como *atividade* constitutiva do sujeito e da própria língua, como um *trabalho* que dá forma às nossas experiências (Franchi, 1975; Coudry 1986/1988). O Grupo 3 do CCA conta, atualmente, com 10 sujeitos afásicos que participam semanalmente das sessões coletivas e dos acompanhamentos individuais, nos quais alunos de Graduação dos cursos de Fonoaudiologia, Linguística e Letras, e de Pós-Graduação em Linguística desenvolvem suas investigações. No âmbito da pesquisa, as atividades do CCA constituem-se como locus das interações entre afásicos e não-afásicos e delas são recortados os episódios dialógicos dos quais emergem os dados que, analisados, iluminam aspectos do funcionamento linguístico-cognitivo. As pesquisas de nosso grupo são abrigadas pelo GELEP (Grupo de Estudos da Linguagem no Envelhecimento e nas Patologias), por mim coordenado e cadastrado na Plataforma CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Contribuição da comunicação para a reflexão na área:

Desde 2010, as atividades do Grupo 3 do CCA têm sido beneficiadas por projetos de apoio à extensão comunitária por parte da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários (PREAC), o que tornou possível a obtenção de vários recursos tecnológicos para o trabalho: notebooks, filmadoras, projetor, uma lousa digital, tablets e jogos que têm propiciado o desenvolvimento de várias atividades lúdicas e o trabalho de leitura e escrita. Esses recursos contribuíram significativamente não apenas para um melhor desenvolvimento dos tópicos discursivos trazidos pelos próprios sujeitos afásicos, mas também para ampliar as possibilidades interativas/comunicativas entre os membros do grupo e com os demais círculos sociais: amigos, cuidadores, familiares, etc. No caso de sujeitos jovens, destacamos o uso que tem sido feito do WhatsApp e das redes sociais em geral, como Instagram e Facebook. Além de recursos materiais, os auxílios financeiros têm sido aplicados para visitas a museus, às cidades da região e para outras atividades que propiciem momentos de interação efetiva entre os sujeitos afásicos, seus familiares, cuidadores, alunos e pesquisadores, o que promove efeitos terapêuticos e melhora a qualidade de vida de todos os envolvidos.

Centro de Convivência de Afásicos: o lugar de (inter)ação pelo uso real e efetivo da linguagem.

Arnaldo Rodrigues de Lima, Rosana do Carmo Novaes-Pinto et Larissa Picinato Mazuchelli, Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Session 33

Salle 109

Thème : Innovation et santé

Président :

Mise en place d'un outil de pilotage institutionnel au CHU de Liège.

Jessica Jacques, Brigitte Jansen, Anne-Catherine Dupont, Philippe Kolh et Julien Compère, CHU Liège, Belgique
Jessica.jacques@chuliege.be

Résumé

Contexte et problématique

Le CHU de Liège est l'unique hôpital universitaire en Wallonie, associé à un cycle complet de la Faculté de médecine. Il compte 888 lits agréés et 5000 membres du personnel. Il est un hôpital pluridisciplinaire, dont les 3 principales missions sont la clinique, l'enseignement et la recherche. Outre celles-ci, il gère de multiples activités réparties sur 7 sites, dont 3 d'hospitalisation. En 2017, il a accueilli 840.000 personnes en consultation, 96.000 patients aux urgences, 47.000 en hôpital de jour et 41.000 en hospitalisation classique. Plus

de 900 médecins, répartis entre une cinquantaine de services, y dispensent des soins spécialisés dans toutes les disciplines médicales.

En Belgique, dans le cadre de l'évolution globale du secteur des soins de santé, des réformes institutionnelles et des contraintes budgétaires, le CHU de Liège s'est engagé depuis 2014 dans un ambitieux plan stratégique, « CAP 2020 », Contrat d'Amélioration de la Performance. Celui-ci comporte 32 projets visant à améliorer la prise en charge du patient, le bien-être du personnel et la performance de l'hôpital. Pour répondre à ces objectifs, les équipes du CHU ont réfléchi à un repositionnement des activités au sein de l'institution, au développement des alternatives à l'hospitalisation et à une réduction de la Durée Moyenne de Séjour (DMS).

Modèles/matériel

Comme toute entreprise, le CHU souhaite disposer d'outils d'aide à la décision les plus efficaces. Pour améliorer sa performance, outre le suivi des seules données financières, il est devenu essentiel de mettre à disposition des décideurs ainsi que de tous les Chefs de service des tableaux d'analyse ainsi qu'un ensemble d'indicateurs permettant de disposer d'une plateforme d'aide à la décision.

Un des projets du plan stratégique CAP 2020 a visé le développement d'un « Outil de pilotage institutionnel » avec pour objectif d'apporter un soutien au pilotage de l'Institution (y compris des projets stratégiques) et des services médicaux. Au terme d'une large réflexion, le choix s'est porté sur un outil issu d'une nouvelle technologie de *Business Intelligence* permettant une réelle interactivité entre les décideurs et l'information de gestion institutionnelle. Cet outil répond aux principales caractéristiques suivantes :

- Facilité de mise en œuvre et d'utilisation
- Accessible via l'intranet de l'Institution
- Accès aux données sécurisé, intégré et contrôlé
- Données détaillées et pertinentes
- Convivialité, visibilité
- Réponse instantanée aux sélections de l'utilisateur
- Simplicité et performance dans l'analyse très détaillée
- Flexibilité de l'analyse et du reporting : graphiques dynamiques en liaison avec tableaux de données, représentation géographique...

La mise en œuvre du tableau de bord a nécessité l'élaboration du contenu de l'outil lui-même suivie de l'implantation de cet outil au sein de l'Institution. La réussite de la démarche a été conditionnée par la pertinence du contenu en fonction des besoins exprimés par les Chefs des services médicaux.

Son déploiement a débuté en 2014 et a été effectué par module impliquant une synergie forte entre les trois services suivants :

- Contrôle de gestion
- Service des informations médico-économiques
- Service des applications informatiques

Résultats

Les premiers modules auxquels les Chefs de service médicaux ont eu accès sont :

- **l'activité clinique** : dans son ensemble et en détail.
- **les profils de facturation** : en détail, informations déclinables par période, par code de nomenclature, par prestataire, par centre de coût budgétaire et par site.
- **le suivi budgétaire** : compte de résultat, suivi de l'état d'avancement des recettes et des dépenses au cours de l'année par rapport au budget estimé.

Trois autres modules ont ensuite été développés :

1.

- les investissements : **état d'avancement du plan d'investissement accordé pour l'année en cours et historique au cours des dernières années.**
- l'activité justifiée : **dans le cadre des modalités de financement d'application en Belgique.**
- les ressources humaines : **gestion détaillée de l'effectif du service.**

Analyse de gestion

La mise à disposition de l'outil de pilotage a progressivement dérivé vers une analyse de gestion. Celle-ci résulte d'une forte responsabilisation des Chefs de service médicaux sur leurs honoraires. Les analyses de gestion sont présentées individuellement deux fois par an à chaque Chef de Service. Elles décortiquent l'ensemble du compte de résultat de leur service et décrivent les facteurs qui évoluent favorablement ou défavorablement impactant les résultats financiers. Les résultats, confidentiels par service, sont ensuite transmis à la Direction générale ainsi qu'au Président du Conseil médical.

Conclusion

En Belgique, dans le cadre de l'évolution du secteur des soins de santé, des réformes institutionnelles et des contraintes budgétaires, le CHU de Liège s'est engagé depuis 2014 dans un ambitieux plan stratégique, « CAP 2020 » visant, outre l'optimisation de la qualité des soins, la performance de l'Institution. Un des projets a porté sur le développement d'un « Outil de pilotage institutionnel ». Celui-ci et l'analyse de gestion qui en a découlé, apportent plus de transparence et de visibilité sur les facteurs influençant les résultats financiers de l'Institution et permettent d'optimiser les prévisions budgétaires.

NASCIMENTOS NO BRASIL E NA FRANÇA: uma reflexão a partir da perspectiva da socioclínica institucional.

Simone Santana Da Silva, Cinira Magali Fortuna, Maria José Bistafa Pereira¹ et Gilles Monceau², 1Universidade de São Paulo, 2Université de Cergy Pontoise, Brasil et France

simone_ssilva1@usp.br

Resumo

Trata-se de uma pesquisa, em andamento, que intenciona refletir sobre o processo de institucionalização dos nascimentos no Brasil e na França a partir do referencial da socioclínica institucional francesa. Tal discussão parte do contexto real dos nascimentos no Brasil, marcados pela lógica, por vezes, violenta, tecnicista, intervencionista e de grande manipulação dos corpos femininos. Outro elemento marcante dessa temática, no contexto brasileiro, é a ocorrência dos partos cesarianos, os quais são, muito frequentemente, realizados a partir de indicações que fogem da premissa de risco para a mulher e o bebê. Em relação aos nascimentos, na França, embora sejam majoritariamente por via vaginal, não garante a inexistência de violência obstétrica ou de objetificação desses corpos. Somado-se a isso, nos dois países, ganha força a discussão no que envolve a gestão dos riscos psíquicos em torno do nascimento.

É válido salientar, no que envolver os partos, que a indicação de cesariana deve ser feita com base no diagnóstico de intercorrências no período da gestação ou trabalho de parto. No Brasil, por exemplo, 25% dos óbitos neonatais e 16% dos óbitos infantis são causados pela prematuridade que por sua vez é um desfecho frequente do parto cesariano. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define, desde 1985, a taxa classificada como ideal de cesáreas entre 10% e 15%, mas o Brasil está entre os países com os maiores indicadores de partos cesarianos no mundo. Em 2009, pela primeira vez, a proporção de cesariana ultrapassou a de partos normais atingindo, desde então, uma média de 52% e pode atingir 80% nos serviços privados. Na França, os maiores registros de aumento de nascimentos por cesariana são entre os anos de 1981 e 2003. Após 2003 as taxas mantiveram-se estáveis na média de 21% até o ano de 2010. Após 2010, a prevalência de cesarianas diminuiu ligeiramente de 20,8% para 20,2% em 2014. Tal realidade pode se dar, entre outros motivos, primeiramente em virtude da lógica marcante do biopoder, na centralidade do protagonismo do médico nos partos e consequentemente na valorização da tecnologia dura. Tal contexto reflete numa negligência às consequências possíveis resultantes das intervenções no processo como: prematuridade, complicações pós operatórias ou até a morte. Associado a isso, ocorre a limitação do espaço de informação das mulheres e famílias, subestimação da capacidade parturiente da mulher o que, sem dúvida, resulta

na correção do corpo feminino e na simplificação a um objeto necessitado de tutela. Para o desenvolvimento da pesquisa é adotada uma metodologia qualitativa. Assim, na produção dos dados, no Brasil e na França, são realizados grupos de discussão (grupo focal), entrevistas com trabalhadores, pais e diário de pesquisa. Para contextualizar os dados vindos dos grupos, são levantadas informações secundárias: dados sociodemográficos sobre as regiões abordadas, indicadores de saúde de perinatalidade nacionais e dos estabelecimentos de saúde envolvidos. Assim, realiza-se uma análise cruzada entre diferentes tipos de dados, entre as instituições, entre os grupos, entre regiões e entre países, de modo contínuo, tendo como base o material produzido. A análise ocorrerá nos momentos de restituição aos participantes e será baseada na abordagem da análise temática de Paillé e Mucchielli. A aposta da pesquisa, a partir do suporte teórico metodológico da socioclínica institucional, se constitui, primeiramente, pela reflexão dos desfechos, nos dois países, bem como as tendências em relação ao nascer. Em relação ao contexto brasileiro, é importante considerar a concreta necessidade de interrogar as práticas desenvolvidas mesmo apesar dos esforços e estratégias de melhorias implementadas de qualificação da atenção, superação das limitações que impedem a qualidade na assistência ao parto e ao nascimento e os fatores envolvidos. O referencial teórico utiliza alguns dispositivos de análise entre os quais os analisadores. O nascimento pode ser considerado um importante analisador, pois vai dar voz aos conteúdos adormecidos no que envolve os nascimentos.

Não se pode negar a existência de sinais que marcam a busca pelo enfrentamento da excessiva valorização das práticas intervencionistas no momento do parto como, por exemplo, na inserção de outros profissionais como obstetizes, doulas e enfermeiras obstetras, bem como o fortalecimento na formação das equipes multiprofissionais. Tudo isso é colocado com um convite para a revisão das práticas hegemônicas destinadas ao nascimento e o reconhecimento da existência de demandas específicas de cada mulher, a autonomia e direito sobre seu próprio corpo. Deste modo, a valorização das estratégias de orientação e cuidado a partir do encontro entre as famílias e as redes de apoio é de extrema relevância. Ainda, há de se considerar o necessário entendimento do caráter biopsicossocial que valorize todas as etapas desde o pré-natal, o parto e também o puerpério.

A presente reflexão é uma proposta que visa contribuir com o delineamento de um modo de se pensar o nascer que valorize sua dimensão biopsicossocial pautada numa concepção de necessidades reais frente às demandas induzidas produzidas no cotidiano dos serviços de saúde.

Satisfação e insatisfação no trabalho em ambiente hospitalar.

Magda Scherer et Lusmair Brito et Jacks Soratto, Universidade de Brasília et Universidade do Extremo Sul Catarinense, Brasil

Le Projet Anticipé des Soins (PAS), soutien interinstitutionnel à l'autodétermination des patients.

Lila Devaux, Philippe Anhorn et Mathilde Chinet, Réseau Santé Région Lausanne, Suisse
lila.devaux@rsrl.ch

Résumé

Anticiper les conséquences prévisibles d'une maladie implique d'accompagner le patient dans sa prise de décision de manière libre et éclairée. Le Projet Anticipé des Soins vise à permettre l'expression des valeurs et volontés du patient sous la forme d'objectifs de soins. Ces objectifs résultent d'un processus de communication entre le patient ou son représentant et les professionnels de santé concernant l'évolution de l'état de santé, les options de soins médicalement appropriés et la qualité de vie. Ces objectifs ont pour but d'orienter les futures prises en charge et d'anticiper la prise de décision en cas d'incapacité de discernement. Ce projet vise également à permettre aux professionnels d'avoir, par l'intermédiaire de ces objectifs, des repères communs permettant de proposer au patient une prise en charge en accord avec les objectifs décidés par ce dernier. Suite à une phase d'état des lieux explorant les pratiques actuelles des professionnels et les concepts existants, différents groupes de travail seront mis en place afin de concevoir le processus et les ressources nécessaires à la mise en œuvre. Une phase de tests est également prévue afin d'ajuster les outils et processus avant l'implémentation auprès des acteurs du système de santé de la région lausannoise.

Resumo

Antecipar as complicações duma doença implica acompanhar o paciente na sua tomada de decisão de maneira livre e esclarecida. O Projeto de Cuidados Antecipado visa permitir ao paciente de expressar os seus valores e desejos, definindo-os sob forma de objectivos. Os objectivos resultam de um processo de comunicação entre paciente ou o seu representante e os profissionais, sobre a evolução do estado de saúde, a prestação de cuidados médicos adequados e a qualidade de vida. Estes objectivos destinam-se a guiar os cuidados e antecipar uma decisão no caso de incapacidade por parte do paciente. O projecto serve também de referência para os profissionais, permitindo harmonizar as práticas e fazer propostas ao paciente de acordo com os objectivos previamente estabelecidos . Após a colheita de dados sobre as práticas actuais dos profissionais e conceitos existentes, diferentes grupos de trabalho foram criados para definir a metodologia e os meios necessários para a execução deste projecto. Uma fase-teste foi programada para adaptar os instrumentos e a metodologia antes da implementação nos parceiros do sistema de saúde da região de lausanne.

Horaire : 18 :00 – 19 :00 ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ALASS (Amphithéâtre Malraux)

Horaire : 20 :00

DINER DE GALA.

BRASSERIE GEORGES (Arrêt de métro : Perrache)

30 Cours de Verdun Perrache, 69002 Lyon

Samedi 8/09/2018

Horaire : 08:00 - 09:00 – Accueil (Amphithéâtre Malraux)

Horaire : 09:00 - 10:30

Session 34

Salle 102

Thème : Outils de management et innovation en santé (2)

Président :

La Cédula de Factores de la Producción por Tratamiento Integral (CFPTI), para los servicios de salud: sus costos y presupuesto prospectivo.

María Gilma Loaiza Arroyave, UAM et Universidad Nacional Autónoma de México

giljar37@hotmail.com

Resumen

Introducción

La aplicación de los recursos públicos en los servicios de salud necesita innovar las formas para determinar el nivel de recursos necesarios según el tipo de servicio de salud (ambulatorio y hospitalario) y por persona; con la finalidad de establecer el presupuesto requerido en los servicios de salud. Para superar el modelo inercial de presupuesto histórico, es necesario articular dos componentes: a) la información epidemiológica con énfasis en incidencia y prevalencia, y b) estudios médico-tecnológicos y económicos considerando los componentes de los tratamientos médicos (preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos).

Objetivo

Este trabajo presenta métodos e instrumentos para innovar el cálculo de recursos para los servicios de salud y superar la forma histórica e inercial por cálculos prospectivos con el fin de mejorar el uso del presupuesto público.

Contexto y descripción del problema

Hace más de treinta años, los responsables de los servicios de salud argumentan que las deficiencias en sus resultados, se explican por la limitación en los recursos, afirmación con un gran componente de verdad; pero al mismo tiempo se observa despilfarro, caducidades vencidas en medicamentos e insumos médicos, y bajo nivel de uso de capacidades instaladas.

Frente a este problema, es necesario innovar la gestión de los servicios de salud con base médica, tecnológica y económica que permita prospectivamente introducir mejoras en la asignación del presupuesto per cápita y utilizar optimamente los recursos para atender con eficacia y eficiencia las necesidades en salud de la población.

La innovación técnica propuesta aquí, consiste en definir y agrupar toda la oferta de servicios de salud (preventivos, de tratamiento, rehabilitación y paliativos) en lo que hemos denominado **Grupos de Diagnósticos Relacionados con el Tratamiento Integral (GDRTI)**; y en establecer para cada grupo, los recursos humanos, las capacidades instaladas y los consumibles médicos necesarios. Para cada grupo se desarrolla la **Cédula de Factores de la Producción por Tratamiento Integral (CFPTI)** como instrumento innovador, con el cual se establece el costo por cada diagnóstico y posibilita establecer un punto de equilibrio médico y económico para que los servicios de salud funcionen de forma óptima. Su escalamiento nacional y con periodicidad anual puede determinar el presupuesto público en salud requerido por los países.

Teoría, método, modelo y material utilizado

Este trabajo se ubica en el campo de la Economía de la Salud y sus aportaciones para la administración de los servicios con prioridad en el paciente y la sostenibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud. La CFPTI parte de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD) como metodología de agrupación y aplica el método de costeo basado en actividad.

Resultados y la discusión sobre lo expuesto

La CFPTI para todos los GRD, y las características epidemiológicas y de atención, posibilitan establecer un presupuesto razonable con límites más precisos, con base médica, tecnológica y económica; así mismo constituye un método para establecer el nivel del costo de la cápita.

Este aporte innovador puede discutirse durante la sesión, con énfasis en la metodología de construcción y uso de la CFPTI, que permite en sí misma establecer valores de costo de los tratamientos, y llegar al presupuesto prospectivo con base en las necesidades en salud de la población.

Comment intéresser les médecins libéraux à l'innovation stratégique, organisationnelle et managériale ? Cas d'un processus d'innovation socio-économique dans un cabinet d'exercice libéral.

Jérémy Clément Salmeron, Véronique Zardet, Renaud Petit et Victor Caumeil, ISEOR, iaelyon, Magellan, Université Jean Moulin Lyon 3, France

salmeron@iseor.com

Résumé

L'innovation anime le cœur de l'actualité des sciences de gestion et de la Société au sens général. Qu'il s'agisse de la nature de l'innovation, de ses impacts ou encore de ses conditions de réalisation, un consensus se dégage sur le fait qu'il s'agit d'un moyen pour assurer le développement de l'organisation (publique, privée ou associative). Si l'innovation est étudiée dans un grand nombre de structures, la littérature sur l'innovation dans les cabinets médicaux est très peu fournie. Cette communication présente une recherche dans une forme organisationnelle

peu couverte par la littérature en sciences de gestion. En effet, le fonctionnement des SELARL et la spécificité de la médecine de ville sont étudiées en droit et en sociologie, mais peu en tant qu'objet de recherche en gestion. Pourtant, comment se construit l'innovation au sein des cabinets médicaux ? Cette communication, basée sur une recherche-intervention, présente le processus d'innovation adopté par un cabinet de cardiologie, ses principaux résultats et ses limites.

Resumen

La innovación es un tema de actualidad en las ciencias de gestión y en la sociedad en general. Ya sea el tipo de innovación, sus impactos o sus condiciones de realización, se desprende un consenso según lo cual la innovación representa un medio para asegurar el desarrollo de la organización (pública, privada o asociativa). Si la innovación está estudiada en un gran número de estructuras, la literatura sobre este tema en los consultorios médicos es poco abundante. Esta ponencia presenta una investigación en una forma organizacional poca cubierta por la literatura en ciencias de gestión. En efecto, el funcionamiento de los consultorios médicos y la especificidad del médico de ciudad se estudian en derecho y en sociología, pero poco como un tema de investigación en administración. ¿Por lo tanto, como se construye la innovación en el seno de los consultorios médicos? Esta ponencia, basada en una investigación-intervención, presenta el proceso de innovación adoptado por un consultorio de cardiología, sus principales resultados y sus límites.

Session 35

Salle 103

Thème : Innovation et hôpitaux (4)

Président :

Paradigmas da atenção hospitalar: dos cuidados da alma na Idade Média aos cuidados do corpo no mundo moderno.

Luciana Reis Carpanez Correa, Fundação Getulio Vargas e Università Politecnica delle Marche, Brasil et Italia
lucianacarpanez@gmail.com

Resumo

Hospitais existem desde a antiguidade, mas os paradigmas que guiam a assistência hospitalar mudaram ao longo dos séculos. O objetivo da investigação é o de entender e classificar tais paradigmas na construção histórica da assistência hospitalar, a partir da Idade Média até os dias atuais. Para tal realizou-se pesquisa em documentos históricos acerca das organizações hospitalares, desde os anos 800 até o presente momento. Foco maior foi dado ao grupo de hospitais relacionados à Igreja Católica na Idade Média. Após o renascimento e iluminismo, a pesquisa se estendeu para hospitais não relacionados à Igreja.

Como resultados observou-se que na Idade Média, com a quase totalidade dos hospitais vinculados à monastérios e abadias cristãs, e ainda com o baixo conhecimento técnico-científico, a atenção hospitalar encontrava-se praticamente voltada aos cuidados da alma, ao acolhimento, caridade e tranquilização do paciente para a passagem da vida terrena para a vida eterna (segundo os preceitos cristãos). Poucos fármacos eram utilizados, em geral fitoterápicos. Após o renascimento, com o gradativo desenvolvimento do campo de conhecimento da medicina e de tecnologias para atendê-lo, a tecnicidade ganhou força e os cuidados ao corpo passaram a imperar. A atenção hospitalar nos anos 1800 era, em especial, extremamente técnica e material, até o surgimento das teorias freudianas, nas primeiras décadas de 1900.

Como conclusão, percebe-se que atualmente a tecnicidade impera e deve imperar e guiar o cuidado hospitalar. Mas um paradigma não necessariamente exclui o outro, como se apresenta atualmente. O quanto a atenção hospitalar tecnicista pode ganhar com a atenção de algumas das características do paradigma religioso? Quanto os sistemas de saúde podem economizar e se tornarem mais efetivos ao considerar a unicidade do indivíduo a ser cuidado, sem desmerecer o caráter técnico?

A busca pelo Cuidado Baseado em Valor em um Hospital Universitário.

Guilherme Espirito Santo Silva, Ana Maria Malik, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo et Fundação Getulio Vargas, Brasil

Da educação em saúde a literacia para a saúde: estratégias para a promoção da saúde e qualidade de vida.

Isadora Catananti Ardenghi, Marta Regina Farinelli, Rosane A. de Sousa Martins, Mirna Nunes da Silveira Souza, Cláudia Helena Julião et Priscila Maitara Avelino Ribeiro, Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, Brasil
Isadora_ardenghi@hotmail.com

Resumo

Efetivação de ações para promoção da saúde e qualidade de vida consiste em desafio para gestores e profissionais de saúde ao compreender o estilo de vida num contexto social da saúde, deslocando-se do modelo centrado na doença. É necessário novos paradigmas da saúde, que contemple a pessoa em sua totalidade e particularidades, fundamentados na literacia para a saúde. Com abordagem dialógica, o projeto Bem me Quero promove espaço de discussão sobre promoção de saúde/qualidade de vida junto aos profissionais de saúde e educação de uma universidade pública no Brasil.

Résumé

L'accomplissement des actions pour la promotion de la santé et de la qualité de vie consiste dans un défi pour les professionnels et les administrateurs de la santé en comprenant le mode de vie dans un tel contexte social tout en s'éloignant du modèle centré sur la maladie. Il faut pour cela de nouveaux paradigmes, fondés sur la littératie pour la santé, contemplant la personne à la fois dans sa globalité et dans ses particularités. Avec l'approche dialogique, le projet « Bem me quero » encourage la discussion sur la promotion de la santé/qualité de vie auprès des professionnels de santé et d'éducation dans une université publique au Brésil.

Évaluation de la satisfaction au sein des urgences d'un centre hospitalier universitaire.

Najla Aïssaoui Omrane, Safa Bhar Layeb¹, Chokri Hamouda^{1,2}, Farah Zeghal¹ et Kaouther Mlaouhi¹, Balkis Gadhoumi¹, Ecole Nationale d'Ingénieurs de Tunis, Service des Urgences, CHU Charles Nicolle et Ecole Nationale d'Ingénieurs de Carthage, Tunisie
najla.aissaoui.omrane@gmail.com

Résumé

Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) sont souvent des établissements publics de santé qui doivent dispenser des soins médicaux aux patients tout en répondant aux missions de formation hospitalo-universitaire. Ainsi, améliorer le niveau de service rendu en accélérant la prise en charge des patients et améliorer les conditions de production des soins pour le personnel sont autant d'objectifs qui permettront de répondre efficacement aux besoins et attentes des concitoyens. Plus particulièrement, le service des urgences d'un CHU souffre souvent de surcharge et d'engorgement qui conduit à un climat de tension et affecte la satisfaction de tous les intervenants. Dans ce travail, nous visons à évaluer la performance des urgences d'un Centre Hospitalier Universitaire à travers l'évaluation de la satisfaction (i) des patients et de leurs accompagnants et (ii) du corps médical et paramédical. Le bien être physique et moral ainsi que la satisfaction des patients sont considérés aussi importants que ceux de leurs accompagnants. Naturellement, la perception du service rendu influence le niveau de contentement du personnel hospitalier et l'ambiance générale de prestation des soins. Nous proposons une enquête de satisfaction préliminaire, ponctuelle et facilement transposable, s'intéressant simultanément à ces quatre parties au sein du service des urgences du CHU Charles Nicolle à Tunis. En effet, l'hôpital Charles-Nicolle est un établissement hospitalo-universitaire public implanté au centre de Tunis depuis 1897. Dans cet établissement, le service des urgences est le lieu d'accueil, de prise en charge et d'orientation des patients qui se présentent pour une consultation non programmée par nature même du service. Actuellement, ce service compte globalement 30 médecins et 60 infirmiers. Il accueille en moyenne 400 patients par jour accompagnés chacun par au moins 3 personnes, avec une augmentation de 10% durant les trois dernières années. Ce service souffre d'encombrement,

causant une détérioration de la qualité de prise en charge des patients et des conditions de travail du personnel soignant. Cette insatisfaction de tous les intervenants a conduit ces dernières années à une augmentation des agressions à l'encontre du personnel hospitalier.

Pour mener notre enquête, nous avons opté pour la démarche proposée par Millot (2007). Celle-ci est composée des étapes suivantes: Préalables de l'enquête, Identification des attentes, Elaboration et administration des questionnaires, Analyse des données recueillies et interprétation des résultats. Les données collectées ont été analysées en combinant l'analyse statistique descriptive et celle basée sur la méthode d'analyse factorielle des correspondances sur le logiciel Xlstat. A l'issue de cette étude, plusieurs projets ont été initiés dans l'objectif d'optimiser les processus de prise en charge des patients et d'améliorer la performance globale du service.

Session 36

Salle 104

Thème : Politique de santé (4)

Président :

La contribution du capital intellectuel dans le développement du système de santé algérien : étude de cas C.H.U. de Sidi Bel Abbès – Algérie.

Mohamed Elmoubarek, Fatimha Daoud, Université UDL et Ecole Supérieure de l'Economie, Algérie

Innovación en la política de salud y el sistema de salud mexicano 2018-2014.

Carolina Tetelboin, UAM-Xochimilco, México

ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Objetivo:

La ponencia presenta los rasgos generales expuestos sobre la propuesta gubernamental de reorganización del sistema de salud mexicano que ha esbozado el presidente electo de México y las autoridades nombradas para dirigir la Secretaría de Salud para el periodo 2018-2014.

Contexto y problema:

En América Latina se debaten esencialmente dos formas de concebir el desarrollo social y la salud y que suponen, cada una en su momento, formas de innovación en la política de salud y en las formas de organización institucional burocrático-administrativa: la primera ha sido la de mercado, inaugurada y desarrollada en las últimas 3 décadas, y una segunda que recupera espacios a partir de los fracasos de la primera, y que retoma la idea de la salud y su atención como un derecho humano que debe ser garantizado por el financiamiento público y por una organización universal e integral pública, o con sentido público, sin lucro.

La presente ponencia muestra cómo, en la actual coyuntura de México, se esboza lo que llamaremos una innovación médico social de gran magnitud en el sistema de salud por la orientación y los cambios que pretende desarrollar el futuro gobierno de México que inicia el 1 de diciembre con un 53% de votos y una mayoría en el congreso. Las preguntas son que si bien tiene viabilidad política para su desarrollo, se requiere reflexionar sobre su viabilidad técnica dada la situación actual del sistema de salud. En tal sentido, y como objetivo de la presente ponencia, cabe seguir desde ya su desarrollo dada la productiva enunciación de las líneas a seguir, que ya se realizan incluso antes del proceso de transición y entrega entre ambos gobiernos. La propuesta respecto del sistema de salud se ha propuesto fortalecer la Secretaría de Salud para constituirla en rectora de las orientaciones y el desarrollo de las instituciones propias y descentralizadas en los estados, de las distintas instituciones de Seguridad Social existentes en el país, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS); el Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), y los servicios de las Fuerzas Armadas; Seguro Popular, que reformó anteriormente el papel del sistema público, y el DIF, una agencia asistencial a cargo de las familias, para construir con su integración un sistema universal y gratuito.

Metodología: revisión y análisis de los discursos disponibles del programa de campaña, los discursos del candidato electo y su equipo en salud, y los significados e interpretaciones posibles en términos de la viabilidad política y técnica de los mismos en relación a la estructura actual del sistema de salud.

Interés de la ponencia:

Dada la fuerza que tendrá el próximo gobierno y la orientación de sus políticas, cabe además de conocerlas, reflexionar sobre las posibles retos y posibilidades que abre un proyecto de esta naturaleza para resolver la problemática social, y una población comprometida con éste proyecto.

Session 37

Salle 105

Thème : Dimension psychologique et gestion organisationnelle (2)

Président :

Desconstruindo o senso comum: a motivação e a insatisfação na perspectiva dos servidores públicos brasileiros.

Luis Fernando Salles Moraes, Dalton Tria Cusciano, Alcides Barrichello et Mauro Maia Laruccia, Fundacentro, Brasil

Participation des médecins spécialistes à la mesure de l'intensité de la charge du travail médical.

Pol Leclercq, D. Martins, B. Mareschal** et M. Pirson*, * Département d'Economie de la Santé, Université Libre de Bruxelles; ** Solvay Brussels School of Economics & management, Belgique*

Significados de los médicos(as) en relación a su profesión en el marco de la ideología dominante.

Edgar C. Jarillo-Soto, Alejandra Rodríguez Torres, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México

jsec6322@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Introducción

Los significados tienen una base material, la cual determina las representaciones y el pensamiento sobre la práctica y la concepción de la profesión. Esta base material constituye la matriz de un pensamiento sobre la profesión y en su estructuración histórica se consolida en representaciones de la práctica, tanto del país como del contexto histórico del que forma parte: la medicina del capitalismo (en su fase de globalización). Su expresión presenta heterogeneidad y coincidencias en diferentes campos de práctica: institucional público, privado, y mixto.

Objetivo

Explicar algunos elementos de la ideología de la profesión médica en la actualidad, así como el contenido de la oposición, cuando está presente.

Contexto

En el momento histórico actual existen contradicciones entre componentes propios de la profesión médica y nuevas formas sociales de trabajo, identificado por autores como una crisis interna de la medicina. Algunas expresiones son: desarrollo de una modalidad autónoma y liberal a una práctica colectiva; la concepción de un ejercicio profesional mercantil, el proceso de desprofesionalización con pérdida de poder, autonomía y autoridad; proletarianización laboral e ideológica perdiendo el control sobre el producto del trabajo; pérdida del reconocimiento social y la cada vez mayor división técnica y social del trabajo médico debido a los avances tecnológicos. Todos estos procesos generan tensiones y reajustes en las significaciones de los profesionales y de la sociedad toda, por lo cual no pueden ser homogéneos y requieren ser caracterizados.

Teoría, método, modelo y material utilizado

Se parte de J.B Thompson en relación a la ideología para mantener la dominación, movilizandolos significados de formas particulares para establecer relaciones de dominación, en circunstancias socio-históricas particulares para reforzar a los individuos y grupos que ocupan posiciones de poder. Se utiliza la hermenéutica profunda en tres

fases: a) descripción de elementos significativos del proceso socio histórico de la profesión médica en México (autonomía, dominio de conocimientos, normas y valores y reconocimiento social), b) exploración de significados relacionados a los elementos significativos en los médicos (as) de instituciones públicas, privadas y práctica mixta (ideologías dominantes), y c) articular las expresiones de significado de la profesión con el marco socio-histórico de la ideología dominante.

Resultados y discusión

La Autonomía se valora diferencialmente en el medio institucional y el privado, especialmente con relación al tiempo para otorgar consultas. En las instituciones se atribuye la restricción de autonomía a normas y guías de práctica clínica; por falta de materiales y personal para brindar atención; esos elementos determinan un actuar fugaz y administrativo de los profesionales de la medicina.

Dominio de conocimiento: Tanto en el medio institucional como en el privado se expresa gran preocupación por actualización de conocimientos y los procesos de certificación. Sin embargo a nivel institucional no son reconocidos, carecen de apoyo, y sin efectos en la remuneración de los profesionales. A nivel privado otorgan mayor reconocimiento social y con efectos en la remuneración económica por la promoción entre los pacientes por contar con mejor capacitación. Tanto en instituciones públicas como privadas conciben los procesos de certificación como negocio en beneficio de los colegios y las asociaciones y no necesariamente en apoyo a las necesidades de los participantes.

Normas y valores: La responsabilidad es el principal valor referido en el medio institucional y en el privado, en el primero se le asocia al apego de las normas y guías de práctica clínica. A nivel privado además se menciona la honestidad (no lucrar con las necesidades en salud del paciente).

Estatus: Para ambos grupos la profesión tiene mala remuneración, especialmente porque el grado de responsabilidad no corresponde al salario o pago recibido. En la actualidad se identifican a otras profesiones con mayor prestigio, las relacionadas a tecnología informática, computación y/o ingenierías.

Reconocimiento Social: Hay coincidencia en ambos grupos del inadecuado reconocimiento social. Los médicos institucionales manifiestan inconformidad por el empoderamiento de los pacientes, la falta de información del Estado sobre la situación real de los sistemas de salud, y el discurso de faltas administrativas. En el medio privado señalan mejor relación médico-paciente por disponer de mayor tiempo para su atención.

Temas que se quieran discutir a lo largo de la sesión de la presentación

Autonomía de la profesión de la medicina.

Participación de los colegios, asociaciones y academias en la certificación y recertificación médica.

Proletarización del profesional de la medicina.

Desafios da formação interprofissional como inovação para qualificação do cuidado em saúde.

Simone Santana Da Silva, Luana Pinho de Mesquita Lago, Sílvia Matumoto, Cinira Magali Fortuna et Gilles Monceau, Universidade de São Paulo/ Université de Cergy-Pontoise, Brasil et France

Session 38

Salle 106

Thème : Innovation et évaluation (3)

Président :

Evidence based Prevention e Malattie Cardiovascolari: valutazione d'efficacia di interventi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione del rischio.

Vincenzo Auriemma, Pesenti Bruno, Imbrogno Piero, Giannetta Massimo, Tessandri Laura et Tereanu Carmen, ATS Bergamo, italia

vincenzo.auriemma@ats-bg.it

Obiettivo della ricerca

Valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria in una coorte di soggetti con presenza di fattori di rischio comportamentali per patologie cardiovascolari per verificare la fattibilità del modello operativo in realtà territoriali differenti.

Contesto e descrizione del problema

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2014 – 2018 indica le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) - malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete, come il principale problema di sanità pubblica, essendo quest'ultime a livello internazionale la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto causa di danni umani, sociali ed economici elevati (HEALTH 2020).

L'identificazione precoce e la valutazione integrata dei soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT potrebbe configurarsi come una nuova strategia di prevenzione primaria a cura della Sanità Pubblica attraverso azioni di presa in carico sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) per l'adozione consapevole degli stili di vita corretti, o quando necessario, attraverso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari cui indirizzare il paziente mediante l'offerta di consiglio breve, in particolare in presenza di soggetti con fattori di rischio, nei contesti sanitari "opportunistici" (es. Ambulatori, Consultori, Certificazioni, Medici Competenti, ecc.).

Metodologia di ricerca

Nel 2016 per l'avvio dello studio è stato selezionato un campione della popolazione target eleggibile costituito da 5.000 persone. Dopo procedura di campionamento si è proceduto all'estensione dell'invito al 70% dei costituenti lo stesso; 1.583 persone, di cui 514 sono stati classificati come persone con fattori di rischio comportamentale per MCNT presso gli ambulatori degli Uffici di Sanità Pubblica. I soggetti citati che presentavano alla prima visita parametri alterati (glicemia, pressione arteriosa, colesterolemia) sono stati seguiti a 6 mesi (con visita ambulatoriale) ed a 18 mesi (con intervista telefonica) dal primo arruolamento.

L'analisi si è basata, quindi, sul confronto dei dati rilevati alla prima visita (tempo 0) e al follow up ambulatoriale e telefonico eseguito (tempo 2).

Lo studio permetterà di concludere sulla fattibilità e l'efficacia degli interventi di prevenzione primaria secondo il modello operativo adottato a tempo 0.

Risultati e discussione

Il follow up ambulatoriale di 6 mesi-1 anno permetterà di confrontare i parametri inerenti i fattori di rischio clinici e comportamentali rilevati nelle due visite, andando ad evidenziare eventuali modifiche degli stessi negli utenti sottoposti a screening.

Il follow up telefonico a 18-24 mesi permetterà invece di verificare l'insorgere di fattori di rischio clinici (pressione arteriosa o glicemia alterata) e un mantenimento degli stili di vita rilevati a livello ambulatoriale dei medesimi soggetti. L'analisi sarà estesa anche alle azioni di prevenzione primaria proposte ai soggetti screenati in ambito ambulatoriale (counselling nutrizionale, gruppi di cammino, gruppi per la disassuefazione dal fumo) permettendo una valutazione d'efficacia degli interventi.

Contributo/interesse della comunicazione in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche

Lo Screening è di natura sperimentale e attraverso l'analisi d'impatto sanitario per la prevenzione delle patologie cardiovascolari sarà possibile verificare se lo stesso può essere definito come "Intervento preventivo sanitario" applicabile ad ampie fasce di popolazione sui modelli dei programmi di screening oncologici già attuati a livello nazionale. La valutazione sarà, inoltre, focalizzata sul modello organizzativo analizzandone fattibilità e sostenibilità in termini di costo- efficacia.

Avaliação da qualidade da atenção em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica Públicas do Município de São Paulo por meio de Sistema de Informação.

Flávia Vendramini Pereira Carvalho, Francisco Flaubert Duarte dos Santos, Filho Elisabete Casimira Enobe et Luciana Reis Carpanez, Medicares Emergências Médicas, Brasil

flavia.carvalho@medicares.com.br

Resumo

O município do São Paulo apresenta, em 2018, população estimada de 12.106.920 habitantes, sendo destes, 2.336.636 habitantes com menos de 14 anos (19,3% da população). Uma empresa privada, por meio de contrato público, administra 4 unidades de terapia intensiva pediátricas, situadas em regiões de risco socioeconômico e cultural, desde janeiro de 2015. Em junho de 2015 houve a implantação da coleta de indicadores assistências por meio de um sistema de informação voltado exclusivamente para o gerenciamento de leitos e de qualidade de unidades de terapia intensiva. O objetivo desta apresentação oral é de apresentar os resultados comparativos entre estas 4 UTIs Pediátricas e outras 53 UTIs Pediátricas públicas cadastradas no mesmo sistema, no período de janeiro a dezembro de 2017.

Quanto aos resultados, as 4 unidades de terapia intensiva pediátrica possuem o total de 44 leitos, enquanto que as outras UTIs Pediátricas públicas cadastradas no sistema são em número de 53, localizadas em 43 hospitais e totalizam 539 leitos. Os indicadores acompanhados encontram-se descritos na Tabela 1.

Tabela1: Indicadores assistenciais e de produção, Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas do Município de São Paulo e Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica Brasileiras cadastradas no Sistema de Informação EPIMED®, janeiro a dezembro de 2017.

INDICADOR	UTIs Ped Municipais	UTIs PED Públicas
Total de Internações	795	6.995
Pacientes internados do período anterior	18	195
Total de Saídas	766	6724
Pacientes ainda internados ao final do período	29	271
Total de pacientes-dia	9.904	95.932
Reinternações	73	759
Reinternações com menos de 24 horas	0	141
Taxa de Ocupação	71,57%	48,76%
Média de permanência	13,23	14
Óbitos	59	682
Óbitos com menos de 24 horas	25	272
PCR anterior à internação	37	SI
Probabilidade de óbito hospitalar	10,16%	4,59%
Taxa de mortalidade padronizada	1,13	2,72
Taxa de Mortalidade	7,42%	9,75%

Observa-se que as 4 UTIs Pediátricas do município de São Paulo representaram 11,37% do total de internações, 11,39% do total de saídas e 10,32% do total de pacientes-dia. Do mesmo modo, representaram somente 9,32% das reinternações e 0% das reinternações com menos de 24 horas após a alta da unidade de terapia intensiva. A taxa de ocupação foi 46,77% maior que as demais 53 UTIs Pediátricas cadastradas no sistema, com média de permanência 5,52% menor. E, o mais importante, apesar da maior gravidade dos pacientes, expressa pela probabilidade de óbito hospitalar (10,16% versus 4,59%), todas as taxas de mortalidade destas 4 UTIs Pediátricas foram menores que as das demais 53 UTIs Pediátricas.

Discussão e conclusão

Serviços públicos de saúde no Brasil são muito pressionados pela dificuldade de acesso e pouco número de leitos. De todos os serviços e unidades de saúde, as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica são as mais pressionadas, devido à baixa disponibilidade de leitos públicos existentes. Deste modo, é imprescindível que o serviço atue com

eficiência, buscando elevar suas taxas de ocupação e reduzir as médias de permanência, com a possibilidade de maior giro de leitos. Mas tal fato somente pode ocorrer garantindo a qualidade da atenção prestada aos pacientes já internados. Isso é expresso nas reinternações com menos de 24 horas pós-alta e nas taxas de mortalidade. E todos estes indicadores apresentaram-se melhores que os indicadores das demais unidades de terapia intensiva pediátricas públicas cadastradas no sistema de informações utilizado.

L'appropriation des thématiques de certification HAS par les professionnels de santé, facilitée par les outils méthodologiques du management socio-économique.

Adeline Guerin Leblanc, Centre Hospitalier Fougères, France

adelineguerin@me.com

Résumé

Depuis 2015, la procédure de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) des établissements sanitaires français se veut plus continue et synchronisée avec la démarche qualité de chaque structure.

Elle est fondée sur 4 piliers :

- Une approche par thématiques
- Un compte qualité
- De nouvelles méthodes de visites pour les experts visiteurs de l'HAS
- Une diffusion améliorée des résultats

2.

Pour mieux évaluer la réalité des prises en charge des patients, recueillir et analyser les preuves, la HAS a choisi pour la V2014 une approche par thématiques afin de décroiser l'approche par indicateurs.

Une liste de 20 thématiques a été établie avec une correspondance avec les critères du manuel de certification.

Dans notre établissement sanitaire breton, treize thématiques sur les vingt furent déployées avec une approche proactive (analyse de processus, cartographie des risques et des dysfonctionnements, patient traceur) et une approche réactive (analyse d'événements indésirables, retour d'expérience, revue de morbidité et mortalité) avec les objectifs de bâtir un projet participatif d'amélioration de la qualité et gestion des risques, d'éliminer les redondances d'actions et faciliter la transversalité.

Chaque thématique est pilotée par un médecin et un professionnel soignant, le plus souvent par un cadre de santé.

L'engagement de la direction, l'accompagnement méthodologique, les réunions d'information, la formation des professionnels sur les principaux risques et la collaboration étroite entre service qualité et service de soins ont permis l'appropriation des outils comme le plan d'action prioritaire et les tableaux de bord de pilotage par les professionnels soignants.

Le résultat de cette stratégie du management par la qualité basée sur les trois axes d'une intervention socio-économique est la consolidation du rôle de l'encadrement.

Son rôle actif dans la phase constructive du plan d'action qui devient « sa feuille de route » et le développement de ses compétences d'animation auprès des équipes soignantes sont les premiers constats de cette expérience.

Les nouveaux défis de demain « Le Patient acteur de ses projets de vie, les nouveaux défis de demain ? »

Patricia Defrère, Caroline Doppagne, Daniel Gillain, Nathalie Maes, Mireille Monville, Florence Piertot, Valérie Bartsch, Jean-François Kaux, Jean-Marie Krzesinski et Philippe Kolh, CHU Liège, Belgique

Patricia.defrere@chuliege.be

Résumé

A ce stade de la recherche, ce phénomène sera généralement défini comme étant la capacité de découvrir, de comprendre, d'analyser, et d'évaluer les outils de Communication, d'appliquer la législation "Droits et Devoirs du

Patient” et la philosophie Éducation Thérapeutique patient, de façon à promouvoir, à maintenir et à améliorer la qualité de vie et la santé de la patientèle par rapport :

- à son contexte **psycho-social-professionnel et cognitif**,
- à notre nouvelle société où le numérique est omniprésent.

En tant que spécialistes de la Santé, de **manière directe ou indirecte**, nous devons lui fournir toutes les informations nécessaires “éclairées” en respectant les choix du patient afin qu’il **soit acteur de son projet de vie de qualité**.

Le public visé dans cette communication est **le patient chronique**, c’est à dire souffrant d’une affection qui persiste dans le temps et nécessitant des soins de santé prolongés (plus de 6 mois).

Conséquences directes de l’affection chronique pour le patient

- Problèmes **psychologiques “image de soi”** : perte de confiance en soi, le regard des autres, culpabilité, fatigue, déni de la maladie et non observance de son traitement, etc.
- Problèmes **financiers** : perte d’emploi, dettes, etc.
- Problèmes **d’isolement/familiaux** : plus de contacts sociaux, perte d’autonomie
- Risque de comorbidité : développement d’autres symptômes ou d’autres pathologies
- **Décès prématuré**

Entre 2010 et 2013, 7% des personnes atteintes d’une maladie chronique sont décédées, alors qu’au niveau de la population totale ce chiffre **est 3 fois plus faible**. La probabilité de décéder pendant cette période est particulièrement importante chez les personnes atteintes d’une maladie rare (42%), d’une psychose (32% pour les personnes de plus de 70 ans), d’un cancer (31%), d’une insuffisance rénale (30%), d’une maladie cardiaque (21%) ou d’une pathologie associée aux personnes âgées (31% pour la maladie d’Alzheimer et 26% pour la maladie de Parkinson)

Conséquences pour l’entourage du patient

- Le patient est éventuellement considéré comme une charge qui entrave la vie de son entourage : perte d’emploi, aménagement du temps de travail qui génère un impact financier, réorganisation des rôles et des responsabilités de chacun.
- Rupture avec l’entourage : séparation, divorce, etc.
- Réaménagement ou changement de domicile.

Conséquences sociétales

- 2 % du Produit Intérieur Brut belge est utilisé dans le cadre des indemnités de la maladie.
- 400.000 personnes sont malades de longues durées. Parmi ces personnes 150.000 souffrent de maladies psychologiques
- Seuls 10 % de ces personnes retrouveront leur emploi.
- En 10 ans, le nombre de malades de longues durées a augmenté de 80 %.
- La durée des séjours à l’hôpital pour les patients chroniques a augmenté de 1% entre 2010 et 2013 alors que pour la même période les patients non atteints d’une pathologie chronique a diminué de 16% !!!
- Conjoncture économique : paupérisation. Selon Thébaud-Mony (2008), le taux annuel de mortalité précoce par cancer est 10 fois plus élevés chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles. Shelley Phipps (2003) conclut qu’il existe un lien très étroit entre le revenu et la morbidité et la mortalité.

Émergence des technologies de Communication : 17 % de la population belge n’a pas accès à Internet et dans les 83 autres %, il n’existe pas d’études démontrant le niveau cognitif ou de compréhension de la personne.

Quels sont les défis de demain ?

- Préserver et promouvoir la santé dans tous ses éléments : médicaux, psycho-sociaux en respectant la personne et ses choix, en favorisant son autonomie et en informant le patient des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences **et ce en un minimum de temps pour des raisons de disponibilités et de performance**.

- Permettre au patient d'être acteur de son projet de vie en lui offrant une qualité de vie optimale.
- Renouer **le contact** entre le patient, le monde extérieur et le monde médical.
- Mettre en place **des alternatives** pour aider le patient à se soigner à domicile ou d'utiliser du matériel adapté à sa pathologie ou à son handicap.
- Créer de "**nouveaux rôles ou métiers**" pour répondre aux besoins de communication et technologiques.

Session 40

Salle 109

Thème : Système de santé canadien

Président :

Le recadrage du rôle du médecin pratiquant dans un système public de santé à la lumière des récentes réformes législatives ; le façonnement d'une imputabilité sociale.

Anne-Marie Savard, Université Laval, Québec

De la théorie à la pratique clinique : Une revue systématique de l'approche du des microsystemes cliniques ?

André Côté, Idrissa Beogo et Maude Laberge, Université Laval, Québec

Trajectoire de soins et services en diabète de type 1 dans la région de la Capitale-Nationale (Québec).

Gwladys Haya, André Côté et Monia Rekik, Université de Laval, Québec

Horaire : 10:30 – 12:00

Session plénière V

Salle Amphithéâtre Malraux

Aménagement du territoire, santé et autonomie

Intervenants :

Céline BROGGIO, Professeur , Université Paris 13, France : discutante.

Ville sensible et santé, l'exemple des ambiances sonores.

Virginie CHASLES, Maître de conférences en géographie-aménagement, Université Lyon 3, UMR EVS 5600, France.

L'adaptation des territoires au vieillissement de la population.

Pierre-Marie CHAPON, Docteur en géographie, Directeur de VAA Conseil, France.

Mixité sociale et vieillissement de la population. Quelles perspectives pour un habitat intergénérationnel durable ?

Nathael TORRES, Doctorant en géographie et aménagement du territoire, vice-responsable du bureau d'étude Récipro-Cité.

L'accès à l'innovation en cancérologie, quels enjeux ?

Yohan FAYET, Géographe, Chercheur assistant au Centre de Cancérologie Léon Bérard, France.

Horaire : 12:00 – 13:00

Remise des prix ALASS (Amphithéâtre Malraux) et Prix de la Meilleure communication du cluster I-Care

Horaire : 13:00 – 14:00 Repas (Salon des symboles)

Horaire : 14:30 – 17:00 **Activité touristique visite de Lyon :**

Tour 1 (Les murs peints du centre ville – Parcours à plat)

Ou

Tour 2 (De Fourvière au Vieux Lyon – Parcours dénivelé)

ALASS bénéficie du soutien :

Belgique

- Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain
- Santhea, Fédération hospitalière, Bruxelles-Namur
- Centre Hospitalier Universitaire Sart Tilman Liège
- Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles
- Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

Brasil

- Federação Nacional dos Farmacêuticos-FENAFAR

Québec

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal

France

- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes
- Université Jean Moulin Lyon 3 - IAE Lyon

Italia

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

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
- Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana

Republique de Moldavie

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

Roumanie

- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse/Svizzera

- Hôpitaux Universitaires de Genève

20ème édition des « Prix d'excellence dans l'analyse des systèmes de santé »

A l'occasion de CALASS 2018, l'ALASS décernera pour la 20ème année consécutive :

Le prix d'excellence « Communication » qui sera attribué à la meilleure communication

Le prix d'excellence « Poster » qui sera attribué au meilleur poster

Les communications seront sélectionnées par une commission « ad hoc » de l'ALASS

Le prix d'excellence Poster consiste en l'inscription gratuite au prochain Congrès CALASS 2019.

Le Prix d'excellence de la Meilleure communication du cluster I-Care consistera en la remise d'un montant de 300 euros. Ce Prix est parrainé par une institution lyonnaise.

Actes du Congrès et publication du meilleur travail sélectionné par le Comité scientifique et de programme de CALASS 2018

Les communications acceptées par le Comité de l'ALASS et les présentations effectuées durant les sessions de posters seront publiées dans les Actes du Congrès 2018 dans la revue électronique avec ISSN CALASS N° 1.988-7914.

Le congrès de CALASS 2018 a le soutien de:

- Université Lyon Jean Moulin
- Iaelyon
- IDEX de Lyon
- Chaire valeur du soin
- IFROSS
- ISEOR
- EVS



S'il vous plaît vérifier les mises à jour du programme préliminaire sur notre site Web: www.alass.org