



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

Résumés

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé
publique de l'Université de Montréal

22-23-24 août 2019

PROGRAMME SYNOPTIQUE DU CALASS 2019 – 22 jeudi matin septembre

JEUDI 22 AOÛT 2019						
Horaires	Salle 1 : B-3240	Salle 2 : B-3245	Salle 3 : B-3250	Salle 4 : B-3255	Salle 5 : B-3260	Salle 6 : B-3265
7h30-8h30	Accueil et inscription (Hall 2e étage)					
8h30-9h00	<p>Allocutions d'ouverture :</p> <p>Monica de Angelis, Présidente de l'ALASS</p> <p>Réjean Hébert, Doyen de l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM)</p> <p>Carl-Ardy Dubois, Directeur du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l'ESPUM</p>					
9h00-9h30	<p>Présentation des systèmes de santé québécois et canadien</p> <p>Luc Boileau, Président-Directeur-Général de l'Institut National de l'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS)</p>					
9 h 30 - 11h00	<p>Session Plénière 1 : Cultures, transformations et performance des systèmes de santé (Amphithéâtre B-2245)</p> <p>Systèmes de santé égalitaires et la culture de l'inégalité en Amérique latine. Félix Rigoli, MD, Msc. PhD, Universidade de Sao Paulo.</p> <p>Évolutions des systèmes de valeurs en France et en Europe. Quels effets sur la santé ? Pierre Brechon, Professeur émérite de science politique, Science Po Grenoble.</p> <p>Existe-t-il une culture des réformes des systèmes de santé au Canada ? Jean-Louis Denis, Professeur titulaire, DGEPS, ESPUM.</p> <p>Animateur de la plénière : Jean-Louis Denis, Professeur titulaire, DGEPS, ESPUM.</p>					
11h00-11h30	Pause et visite des posters (Hall 2e étage)					
11h30-13h00	<p>Session thématique 1 Lorsque la culture et les outils s'influencent mutuellement. Ou comment transformer les systèmes de santé à travers une culture de la responsabilité? (ST4)</p>	<p>Session thématique 2 A planificação da atenção à saúde : um modelo brasileiro de organização integrada dos cuidados de saúde / La planification de l'attention à la santé : un modèle brésilien d'organisation intégrée des soins de santé (ST7)</p>			<p>Session thématique 5 Regards croisés sur la rencontre des médecines autochtones et de la médecine allopathique (ST18)</p>	
13h00-14h00	Repas (Salle : cafétéria) et visite des posters (Hall 2e étage)					
14h00-15h30	<p>Session thématique 7 Culture organisationnelle 21/24/27/72</p>	<p>Session 8 Accès aux soins primaires 20/66/82/104</p>	<p>Session 9 Approche centrée sur le patient 34/35/71/92</p>	<p>Session 10 Enjeux en recherche et partage des savoirs 14/56/78/106</p>	<p>Session 11 Offre et demande des services de santé dans un contexte de communautés autochtones ou d'immigration 68/ST5/93</p>	<p>Session thématique 12 Système de santé apprenant : perspectives et défis (ST6)</p>
15h30-16h00	Pause et visite des posters (Hall 2e étage)					
16h00-17h30		<p>Session 14 Accessibilité aux soins de santé 16/30/59/97</p>	<p>Session 15 Trajectoire de soins 4/52/63</p>		<p>Session 17 Défis des systèmes de santé 73/ST15/77/112</p>	<p>Session 18 Innovations en santé 33/48/96/114</p>
17h30-19h30	<p>Cocktail d'accueil (Salle : cafétéria) Animation : The Old Fashioned</p>					

VENDREDI 23 AOÛT 2019						
8h00-9h00	Accueil et inscription (Hall 2e étage)					
9h00-10h30	<p align="center">Session plénière 2 : Cultures et innovations (Amphithéâtre B-2245)</p> <p align="center">Innovation responsable comme transformation culturelle pour le système de santé de demain. Pascale Lehoux, Professeure, DGEPS, ESPUM.</p> <p align="center">Accélérer l'amélioration du système de santé Jennifer Zelmer, Présidente-directrice générale Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.</p> <p align="center">La culture juridique dans le domaine de la santé; quelle relation avec l'innovation ? Catherine Régis, Professeurs, Faculté de droit, Université de Montréal.</p> <p align="center">Animation : Nathalie de Marcellis, Professeure titulaire à l'école Polytechnique et Présidente-directrice générale du CIRANO.</p>					
10h30-11h00	Pause et visite des posters (Hall 2e étage)					
11h00-12h30	Session thématique 19 Outils de gestion pour améliorer la performance des organisations de santé (ST13)	Session 20 Gouvernance des systèmes de santé 11/41/58/107	Session thématique 21 Retos del envejecimiento en México y América Latina: una mirada diversa (ST17)	Session thématique 22 Une saine gestion des ressources humaines pour garantir des soins respectant la dignité de la femme : Comparaison de leçons tirées d'interventions/recherches réalisées dans des pays francophones (ST3)	Session 23 Utilisation des services de santé 31/46/70/99	Session thématique 24 Velhos problemas e novos desafios para a Gestão da Educação no Sistema Único de Saúde do Brasil (ST22)
12h30-13h30	Repas (Salle : cafétéria) et visite des posters (Hall 2e étage)					
13h30-15h00	Session 25 Dépense en santé et financement des systèmes de santé 1/12/39/111	Session thématique 26 Pourquoi et comment une gouvernance intersectorielle permet-elle une action en réseau? (ST23)	Session thématique 27 Desigualdade Social, Cidades e Sistemas públicos de Saúde (ST19)	Session 28 Ressources humaines 7/8/42/110	Session thématique 29 La démocratie sanitaire pour un meilleur accès aux soins et traitements (ST20)	Session 30 Formation des professionnels de la santé 25/62/81/102
15h00-15h30	Pause et visite des posters (Hall 2e étage)					
15h30-17h00	Session 31 Amélioration continue et performance des systèmes de santé 26/49/75/108	Session 32 Collaboration interprofessionnelle et intersectorialité 37/61/69	Session 33 Déterminants sociaux et comportementaux en santé 19/28/94/98	Session thématique 34 Liens entre professionnels et patients acteurs de leur santé, vers une culture du partenariat (ST8)	Session 35 Organisation des services de santé et culture 2/50/60/ST14	Session 36 Système de santé 32/47/53/74
17h00-18h45	ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANUELLE DE L'ALASS (Amphithéâtre B-2245)					
19h00	DINER DE GALA Bistrot La Fabrique (métro Sherbrooke) Nombre de places limitées.					
SAMEDI 24 AOÛT 2019						
8h00-9h00	Accueil et inscription (Hall 2e étage)					
9 h - 10 h 30	Session 37 Pratique professionnelle 13/89/90/91	Session 38 Soins de santé primaire 10/36/87/55	Session 39 Ressources humaines 43/44/45/ST1	Session 40 Interventions scolaires et prévention de la maladie 28/83/100		
10h30-11h00	Pause et visite des posters (Hall 2e étage)					
11h00-11h30	Présentation Pièce de théâtre Revivre: Récit de vie de Gladys (Amphithéâtre B-2245)					
11h30-13h00	<p align="center">Session plénière 3 : La pluralité des cultures dans les systèmes de santé (Amphithéâtre B-2245)</p> <p align="center">L'influence du patient ressource accompagnateur dans la transformation de la culture du système de santé québécois : cas de la réadaptation post-réimplantation d'un membre supérieur Olivier Fortin, Patient ressource, Centre de recherche du CHUM</p> <p align="center">La culture des gestionnaires à l'épreuve des professionnels de santé et de la politique. Carlo De Pietro, Professeur, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.</p> <p align="center">Migration et systèmes de santé: défis, opportunités et transformations culturelles des migrants et des systèmes Christina Zarowsky, Professeure, Département de médecine sociale et préventive, ESPUM.</p> <p align="center">Animateur : Lise Lamothe, Professeure DGEPS-ESPUM</p>					
12h30-13h00	Cloture et remise des prix ALASS (Amphithéâtre B-2245)					
13 h - 14 h	Repas (Salle : cafétéria) et visite des posters (Hall 2e étage)					
14h00-17h00	Visites touristiques - tour guidé à pied du centre ville de Montréal (voir le formulaire des inscriptions aux activités sociales)					

Jeudi 22/08/2019

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

Horaire : 08:30 - 09:00 – Allocutions d'ouverture :

Monica de Angelis, Présidente de l'ALASS

Réjean Hébert, Doyen de l'École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Carl-Ardy Dubois, Directeur du Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS) de l'ESPUM

Horaire : 09:00 - 09:30

Présentation des systèmes de santé québécois et canadien

Luc Boileau, Président-Directeur-Général de l'Institut National de l'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS)

Horaire : 09:30 – 11:00

Session Plénière 1 : Cultures, transformations et performance des systèmes de santé (Salle)

Systèmes de santé égalitaires et la culture de l'inégalité en Amérique latine.
Félix RIGOLI, MD, Msc. PhD, Universidade de Sao Paulo.

Évolutions des systèmes de valeurs en France et en Europe. Quels effets sur la santé ?
Pierre BRECHON, Professeur émérite de science politique, Science Po Grenoble.

Existe-t-il une culture des réformes des systèmes de santé au Canada ?
Jean-Louis DENIS, Professeur titulaire, DGEPS, ESPUM.

Animateur de la plénière : **Jean-Louis DENIS**, Professeur titulaire, DGEPS, ESPUM.

Horaire : 11:00 – 11:30

Pause et visite des posters (salle)

Horaire : 11:30 – 13:00

Session 1

Salle 1 (B-3240)

Thème : Lorsque la culture et les outils s'influencent mutuellement. Ou comment transformer les systèmes de santé à travers une culture de la responsabilité?

Session organisée : Pascale Lehoux, Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal, IRSPUM, Québec. pascale.lehoux@umontreal.ca

Contexte

Même s'ils sont souvent considérés comme étant réfractaires au changement ou, du moins, difficilement gouvernables, les systèmes de santé dans les pays de langue latine ont connu des transformations majeures depuis les années 1980. Sous l'effet des avancées technologiques aussi bien que des réformes structurelles, ces systèmes de

santé se sont sans cesse renouvelés. Toutefois, force est d'admettre que les défis auxquels ils font face actuellement (accès, équité, pérennité, réactivité, etc.) appellent une réflexion plus profonde sur la culture de responsabilité qui devrait guider leur trajectoire.

Objectif

L'objectif de cette session thématique est de rendre compte de la façon dont la culture et les outils s'influencent réciproquement pour à la fois maintenir et transformer une certaine manière de définir et d'opérationnaliser la responsabilité des différents acteurs des systèmes de santé. Des outils relatifs à quatre types d'acteurs seront examinés, soit ceux qui concernent les décideurs politiques, les experts, les citoyens et les réseaux inter-organisationnels.

Théorie et méthodes

Adoptant des cadres théoriques diversifiés qui reconnaissent qu'un système de santé peut être appréhendé comme un système sociotechnique complexe, les panélistes analyseront le processus de développement, les dimensions culturelles et les effets d'outils ayant été développés et mis en œuvre au Canada, au Brésil, en Espagne ou dans un contexte international. Leurs exemples et leurs données empiriques porteront sur différents outils, incluant un outil de gouvernance des établissements de santé (Brésil), un outil d'évaluation du degré de responsabilité des innovations en santé (international), un outil de délibération citoyenne axé sur les politiques de santé (Andalousie) et un outil de visualisation des collaborations inter-organisationnelle sous-jacentes à l'innovation responsable en santé (Canada et Brésil).

Résultats

Chaque conférencier aura à sa disposition 15 min. pour présenter sa communication et 30 min. seront réservées pour un échange avec l'audience.

Hudson Pacifico Silva (en français ou portugais): La contribution d'experts internationaux (en génie biomédical, bioéthique, évaluation des technologies et innovation responsable) au développement d'un outil d'évaluation du degré de responsabilité des innovations en santé.

Jaime Jimenez Pernet (en français ou espagnol): La responsabilité citoyenne dans la conception et la mise en œuvre d'un outil de délibération publique pour informer les politiques publiques en Andalousie.

Robson Rocha de Oliveira (en français ou portugais): La collaboration inter-organisationnelle engagée dans l'innovation responsable en santé au Brésil et au Canada: une perspective de réseau social.

Renata Pozelli avec Comment une culture de responsabilité peut-elle influencer les systèmes alimentaires?

Les analyses présentées viseront à tirer des leçons pour la transformation des systèmes de santé dans les pays de langue latine. Elles aborderont les dimensions politiques et culturelles qui façonnent le développement d'outils et les effets de ces outils sur la nature et la portée des responsabilités qui sont attribuées aux acteurs. Les connaissances qui seront partagées par les conférenciers clarifieront les relations de réciprocité qui s'instaurent entre les outils et les cultures des acteurs.

Discussion

Cette séance thématique adopte une perspective large sur des enjeux de gouvernance qui traversent les systèmes de santé et qui sont classiquement abordés de manière isolée. Les dimensions politiques, disciplinaires, civiques et collaboratives des stratégies par lesquelles différents pays tentent de transformer leur système de santé font en effet l'objet d'analyses distinctes. Le pari de cette séance thématique est qu'il est avantageux de réfléchir de manière transversale aux relations de réciprocité qui sous-tendent les outils de gouvernance et les cultures (politiques, cliniques, managériales, civiles) qu'ils aspirent à façonner.

Apports aux connaissances/pratiques actuelles

Cette séance permettra aux participants de découvrir des similitudes et des divergences entre des travaux menés au Canada, au Brésil et en Espagne et de reconsidérer comment les outils sont à la fois éminemment culturels et opératoires. Cette séance permettra également aux participants d'approfondir des concepts et des cadres d'analyse qui font ressortir les défis en matière d'accès, d'équité, de pérennité et de réactivité que les systèmes de santé de demain devront relever en adoptant une compréhension plus étoffée de ce que signifie promouvoir une culture de la responsabilité.

Session 2

Salle 2 (B-3245)

Thème : A planificação da atenção à saúde : um modelo brasileiro de organização integrada dos cuidados de saúde /
La planification de l'attention à la santé : un modèle brésilien d'organisation intégrée des soins de santé.

Session organisée : Fernando P. Cupertino de Barros, Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil - CONASS. fernandocupertino@gmail.com

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido uma grande preocupação dos gestores estaduais, uma vez que é de responsabilidade dos Estados fortalecer esse nível de atenção, assessorando os municípios na organização e na educação permanente de suas equipes, além de definir fontes de financiamento adequado, bem como monitorar e avaliar sua execução e os indicadores relacionados. Nesse sentido, o CONASS vem desenvolvendo, desde 2007, a Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS), uma proposta que vai além de uma simples capacitação, pois propicia o desenvolvimento da APS nos territórios, por meio de mudanças efetivas na atitude e nos processos de trabalho dos profissionais, que compõem as equipes assistenciais e de gestão.

Para que a APS consolide seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos de atenção, tais experiências evidenciaram a necessidade de integração da proposta de Planificação da APS com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), concretizando, na prática, a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

No contexto atual, a organização e qualificação da AAE passa, necessariamente, por restabelecer o equilíbrio entre a demanda e oferta por atendimentos especializados. Isso pode ser alcançado a partir de diretrizes clínicas com a estratificação de riscos e o manejo adequado das condições crônicas, com a sua estabilização, superando o fenômeno de vinculação prolongada ou definitiva dos usuários na AAE, independente da gravidade do seu quadro. Isso exige a superação da atenção ambulatorial baseada na consulta médica individual, com a introdução de um atendimento multiprofissional interdisciplinar e utilização de novas ferramentas de gestão do cuidado.

Com essa proposta, a AAE assume também um novo papel na RAS, compartilhando o conhecimento com a APS, por meio de interconsultoria, supervisão e educação permanente, construção coletiva e monitoramento de planos de cuidado.

A PAS consiste na realização de um conjunto de oficinas, tutorias e capacitações de curta duração para as equipes de saúde e técnico-gereciais dos Estados e municípios, visando à organização dos macro e microprocessos da APS e AAE, envolvendo todos os trabalhadores e gestores.

A fundamentação teórica da PAS é de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, publicada pelo CONASS e OPAS, a saber: As redes de atenção à saúde (2011), O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família (2012) e A construção social da APS (2015).

Para dar conta da atual situação epidemiológica, de transição demográfica e alimentar, Mendes propõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), baseado nos modelos da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente (Bengoa, Porter e Kellogg, 2008), Cuidados Crônicos (Wagner, 1998) e Determinantes Sociais da Saúde (Dahlgren e Whitehead, 1991).

A ampliação da cobertura da APS no Brasil exigiu um grande esforço dos gestores, mas é premente a qualificação dos processos para que possa assumir o papel de coordenadora da RAS, confirmando a Estratégia de Saúde da Família como modelo mais eficaz para reorganização da APS.

O formato da sessão temática:

Preliminarmente, haverá a exibição de um vídeo de 30 minutos, em português e legendado em francês, com o detalhamento do modelo de intervenção e com testemunhos de profissionais de saúde, usuários e gestores. A seguir, haverá uma mesa de três debatedores (um representante do Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais do Québec; um representante do Instituto Nacional de Excelência em Saúde e Serviços Sociais do Québec e um representante de ComSanté/UQAM), onde cada um terá 10 minutos para comentar o vídeo que lhes será previamente encaminhado. A

moderação será de um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS. Finalmente, serão reservados 20 minutos para o debate com a assistência.

Au Brésil, les soins de santé primaires (SSP) préoccupent beaucoup les responsables provinciaux, car il leur incombe de renforcer ce niveau de soins, de conseiller les municipalités sur l'organisation et la formation permanente de leurs équipes, ainsi que de définir les sources de financement. et suivre et évaluer leur mise en œuvre et les indicateurs connexes. En ce sens, depuis 2007, le Conseil national des Secrétaires d'État à la santé (CONASS) développe la planification des soins de santé primaires (PSSP), une proposition qui va au-delà de la simple formation, car elle favorise le développement des SSP dans les territoires, par le biais de changements d'attitude et de processus des professionnels qui composent les équipes d'assistance et de gestion.

Afin de permettre aux SSP de consolider leur rôle de coordinateur des flux de soins, cette expérience a mis en évidence la nécessité d'intégrer la proposition de planification des SSP aux soins spécialisés, concrétisant de cette manière la mise en œuvre des réseaux de soins de santé.

Dans le contexte actuel, l'organisation et l'amélioration qualitative des soins spécialisés doivent nécessairement rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de ce genre de service. Ceci peut être réalisé à l'aide de directives cliniques avec stratification des risques et gestion appropriée des maladies chroniques, avec leur stabilisation, en surmontant le phénomène de rattachement définitif ou définitif des utilisateurs de ces services, quelle que soit la gravité de leur maladie. Pour cela il faut aller au-delà de la notion de soins ambulatoires basés tout simplement sur une consultation médicale individuelle, par le biais de l'introduction de soins multidisciplinaires interdisciplinaires et l'utilisation de nouveaux outils de gestion des soins.

Avec cette proposition, les soins spécialisés assument également un nouveau rôle dans Le réseau de soins de santé, en partageant leurs connaissances avec ceux des SSP, par le biais du travail de consultants de part et d'autre, de la supervision et de l'éducation permanente, de construction collective, et du suivi des plans de soins.

La Planification de l'attention à la santé (PAS) consiste en un ensemble d'ateliers, de travaux dirigés et de formations à court terme pour les équipes de santé et de gestion technique des États et des municipalités, dans le but d'organiser les macro et microprocessus des SSP et des soins spécialisés, impliquant tous les travailleurs et les gestionnaires.

Les bases théoriques de la PAS sont d'Eugenio Vilaça Mendes, publiées par le CONASS et l'OPS, à savoir: Réseaux de soins de santé (2011), La prise en charge des maladies chroniques dans les soins de santé primaires: l'impératif de la consolidation de la stratégie de la santé de la famille (2012) et La construction sociale des SSP (2015).

Mendes propose au système de santé su Brésil le modèle d'attention aux conditions chroniques (MACC), basé sur les modèles de la pyramide de risque de Kaiser Permanente (Bengoa, Porter et Kellogg, 2008), Chronic Care (Wagner, 1998) et Déterminants sociaux de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991).

L'extension de la couverture des SSP au Brésil a demandé un effort considérable de la part des gestionnaires, mais il est important de qualifier les processus pour qu'ils puissent assumer le rôle de coordinateur du réseau de soins de santé, confirmant ainsi que la stratégie de santé de la famille est le modèle le plus efficace pour réorganiser les SSP.

Le format de la session thématique sera le suivant:

Initialement, une vidéo de 30 minutes, en portugais et sous-titrée en français, détaillera le modèle d'intervention (bases théoriques, les résultats escomptés et les témoignages de professionnels de la santé, d'utilisateurs et de gestionnaires). Il y aura ensuite un panel de trois panélistes (un représentant du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, un représentant de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux du Québec et un représentant de ComSanté / UQAM). Chacun aura 10 minutes pour commenter la vidéo qui leur sera envoyée auparavant. La modération sera assurée par un représentant du Conseil national des secrétaires de la santé du Brésil - CONASS. Enfin, 20 minutes seront réservées à la discussion avec le public.

Session 3

Session 4

Session 5

Salle 5 (B-3260)

Thème : Regards croisés sur la rencontre des médecines autochtones et de la médecine allopathique.

Session organisée : Vanesa Sit, École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec

Vanessa.sit@umontreal.ca

Contexte et problématique

Au Canada, les populations autochtones sont moins en santé que le reste de la population. Il appert que la médecine autochtone offre une avenue à une amélioration de leur santé et elle peut être rendue accessible dans les programmes de santé publique. Les médecines autochtones permettent d'offrir des soins culturellement adaptés. Toutefois, la rencontre des médecines autochtones dans un contexte de soins primaires rencontre divers défis et nous allons parcourir différents continents pour en apprendre davantage.

Objectif de la session

Exposer différentes expériences de rencontre entre les médecines autochtones et la médecine allopathique au Canada et à l'international afin d'illustrer comment une telle combinaison pourrait être possible.

Déroulement de la session

- Présentation du sujet sur la combinaison des médecines autochtones et de la médecine allopathique.
- Chaque auteur présente un état de la situation dans son pays.
- Des questions sont posées à l'ensemble des auteurs pour avoir un partage transversal de considérations sur le processus de combinaison des médecines autochtones et de la médecine allopathique. Les questions sont rattachées aux défis associés à l'articulation entre les médecines autochtones et la médecine allopathique. Ils peuvent être d'ordre professionnel, culturel et organisationnel. Puis dans un second temps, ils sont invités à échanger sur les leçons apprises en lien avec le processus de combinaison des médecines.
- Un dialogue est ouvert par la suite avec l'auditoire.
- La session se termine par des remarques soulignant les points importants dégagés des discussions.

Contribution/intérêt de la session

Les échanges permettent d'avoir différentes perspectives sur le processus de combinaison des médecines autochtones et de la médecine allopathique. Un regard croisé sur des modèles émergents à l'échelle internationale permet de mieux comprendre comment rendre les médecines autochtones davantage accessibles et propices à une offre de soins mixte dans le but d'améliorer la santé des populations autochtones.

Rencontre des médecines autochtones et médecine allopathique : quel est l'état de la situation au Québec? Étude comparative entre deux communautés Innu et Cri.

Vanessa Sit, Lise Lamothe, Alain Cuerrier, Thomas, Saias, Caroline Ouellet, Michel Rapinski et Pierre S. Haddad, Université de Montréal, Québec

Gail Boehme,

Comparative perspectives on the meeting of Indigenous and allopathic medicines.

Victor Cal, Québec

Session 6

Horaire : 13:00 – 14.00

Repas (Salle) et visite des posters (salle)

Horaire : 14:00 – 15.30

Session 7

Salle 1 (B-3240)

Thème : Culture organisationnelle

Président: Véronique Zardet, IAE Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3

Retos de los servicios de salud frente a la implementación de la nueva política de atención en Colombia: el papel de la cultura organizacional.

Myriam Ruiz Rodríguez, Luz Marina Uribe Rivero, Celmira Vesga Gómez, María Leonor Jaime García, Magda Patricia Wandurraga et Lina Marcela Ardila Galvis, Universidad Industrial de Santander, Secretaría de Salud de Santander. Coordinación Gestión de Salud Pública. Dirección de Salud Integral, Colombia. myriam@uis.edu.co

Objetivo

Identificar valores y prácticas que configuran la cultura organizacional en sistemas de salud municipal y que se constituyen en facilitadores o en limitantes para la implementación de la nueva política de atención en salud.

Contexto

El sistema de salud colombiano desde el año de 1993 asumió un modelo orientado al mercado y basado en seguros que ha llevado a una segmentación de la población y fragmentación del mercado con un franco incentivo hacia la atención curativa. Con el fin de contrarrestar estos efectos en 2016 el gobierno promulgó una nueva política de atención integral en salud – PAIS y definió un modelo integral de atención en salud –MIAS basado en la atención primaria en salud-APS, con enfoque en la salud familiar, en los determinantes sociales y centrado en la gestión del riesgo en salud.

Desde el año 2017 a la fecha se está desarrollando la etapa de alistamiento de los actores municipales con el fin de lograr una apropiación teórica del modelo y una identificación de barreras y facilitadores para su implementación. En el Departamento de Santander, Colombia, el alistamiento ha incorporado capacitación y mesas de trabajo dirigidos a Secretarios de Salud, gerentes de hospitales locales, así como, a los coordinadores de programas de salud de los hospitales locales de carácter público.

Métodos

Se realizó un análisis de contenido de tipo cualitativo (Bardim, 2006) de la información recolectada en Santander para el año 2018 en la fase de alistamiento, específicamente la generada en las mesas de trabajo que discutieron los aspectos organizacionales y sus implicaciones para la adaptación de la nueva política. En suma, se analizó información derivada de 14 mesas de trabajo y de 143 participantes, tanto tomadores de decisiones, como prestadores de hospitales locales de 83 de los 87 municipios del departamento de Santander.

Para el análisis se siguió un proceso de codificación e identificación de temas relacionados a valores y prácticas. Se utilizaron las dimensiones de la cultura organizacional propuestas por House et al (2004) para deductivamente interpretar y sintetizar los resultados. Cada una de las nueve dimensiones (distancia del poder, colectivismo institucional y de grupo, asertividad/agresividad, orientación humana, orientación al futuro, desempeño, igualdad de género, evitación de la incertidumbre) se define en dos formas: en prácticas, las cuales reflejan la cotidianidad y los valores que reflejan los ideales o aspiraciones.

Resultados y discusión

Las prácticas y valores identificadas se concentraron en las dimensiones de distancia del poder, colectivismo institucional, orientación al futuro, desempeño y evitación de la incertidumbre. A continuación se citan las prácticas y valores dominantes:

Evitación de la incertidumbre. A pesar de que los participantes en las mesas están conscientes de la necesidad del cambio del modelo de atención, perciben que éstos no se pueden llevar a la práctica debido a la fuerte dependencia sobre las normas y reglas existentes en los actuales planes de beneficios que han ocasionado una rigidez organizativa, que se traduce en una baja capacidad de las instituciones para innovar y adaptarse al cambio. Este aspecto se identificó de manera intensa en los participantes provenientes de municipios pequeños. Adicionalmente, los participantes consideran que el nuevo modelo es incompatible con la estructura del actual sistema, en el cual juegan un papel hegemónico los aseguradores y hay una compartimentalización de la atención.

Orientación al desempeño. La cultura de trabajo de los trabajadores de la salud está mediada por el tipo de contratación (en muchos casos en modalidad de outsourcing). La contratación que prevalece está orientada al cumplimiento de acciones/tareas específicas pactadas en contratos que dificulta la atención integral e integrada de los usuarios de los servicios y afecta negativamente la participación de los trabajadores de la salud en la implementación de nuevas formas de abordaje de los usuarios, sus familias y sus comunidades.

Orientación al futuro. Los tomadores de decisiones participantes aspiran a que este nuevo modelo permita desarrollar planes de acción a mediano y corto plazo que trascienda el cumplimiento de las intervenciones explícitas de los planes de beneficios y propendan por una planificación participante cuyo horizonte sea el bienestar de la comunidad.

Más allá de las dimensiones de la cultura organizacional propias de las instituciones de salud, *la prevalencia de la cultura política y actitudes negativas de los líderes políticos del municipio* que catalogan las acciones generadoras de salud como aquellas que son exclusivas de las instituciones de salud, influyen la forma de trabajo y la participación de los distintos actores de las instituciones de salud del municipio. Adicionalmente, limita el desarrollo de las acciones inter y transectoriales requeridas para implementar el enfoque de determinantes sociales y el de APS que subyace en la nueva política.

Factores culturales derivados de la estructura del sistema de salud actual fueron los que dominaron las barreras para la implementación de la nueva política en el departamento de Santander.

Literacia para a saúde na formação de professores : interpretação dos contextos culturais na educação em saúde.

Darclé Cardoso, Roselita Sebold, Caroline Baptista Baumgarten et Adriana Schmidt, Secretaria Municipal de Saúde de Rio do Sul. UFSC, Brasil

A experiência da gestão por processos e as mudanças na cultura organizacional de uma agência reguladora da saúde no Brasil.

Mary Anne Fontenele Martins, Fabiano Ferreira de Araújo, Wildenildo Oliveira dos Santos et Magda Duarte dos Anjos Scherer, Agência Nacional de Vigilância Sanitária et Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, Brasil. maryannefmab@gmail.com

O contexto e a descrição do problema

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma autarquia sob regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde (MS) e parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Criada em 1999, no contexto das reformas do Estado, a Anvisa tem por missão promover a proteção da saúde da população por meio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária. Como instituição pública de saúde, a Anvisa tem o desafio de alinhar sua missão institucional com sua capacidade de operacionalizar seus processos de negócio e seu planejamento estratégico. Para tanto, por meio de seu escritório de processos, oferece suporte técnico e metodológico a oito projetos estratégicos (ciclo de planejamento 2016-2019), cujo foco é a transformação de processos.

Objetivos da pesquisa

Descrever a experiência do modelo de gestão por processos e as mudanças na cultura organizacional de uma Agência reguladora da saúde no Brasil.

Os métodos, os modelos e os materiais utilizados

Estudo do tipo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, na modalidade relato de experiência, que utilizou técnicas de pesquisa documental e observação participante no período de 2016 a 2018. Os documentos levantados foram portarias e publicações na intranet, pautas e atas de reuniões, relatórios, entre outros documentos que indicam a configuração de um modelo de gestão de processos numa agência reguladora da saúde.

Os resultados e a discussão

O escritório de processos da Anvisa, formado há 10 anos, desenvolveu uma metodologia cujo objeto é a transição para uma cultura de melhoria de processos voltada a resultados - ação inovadora que traz em seu bojo a junção de modelos teóricos consolidados como BPM (*Business Process Management*), Gestão da Mudança, *Design Thinking*, *Agile*, *Lean* e *Analytic*, incluindo também técnicas estatísticas para processamento dos dados, com o objetivo de extrair o máximo de *insights* e gerar informação para regulação da saúde. Em outubro de 2016, a Anvisa iniciou, com as áreas responsáveis pelo registro de produtos, o aperfeiçoamento dos procedimentos de registro de produtos, em alinhamento com as melhores práticas internacionais – que representa grande parte da atuação de pré-mercado da Anvisa. A aplicação do método alavancou a transformação do processo a partir do entendimento dos desafios, diagnóstico e imersão, ideação e concepção de soluções, prototipagem e redesenho das práticas, harmonização de procedimentos e geração de valor para os usuários. Dentre os resultados alcançados destacamos a redução em 45% na fila das petições de registro de medicamentos biológicos, radiofármacos, genéricos e similares, assim como de medicamentos específicos, fitoterápicos, dinamizados e novos. Conforme relatórios, houve a redução de 70% na fila de petições de pós-registro, entendidas como as alterações solicitadas pelas empresas em produtos já registrados, de produtos para saúde e medicamentos genéricos e similares. Esses resultados são decorrentes da implantação do modelo inovador da transformação de processos, por meio da realização de *benchmarking* no setor privado e no próprio setor público, com vistas à cocriação de soluções, ao entendimento das necessidades do usuário e à aplicação de *sprints* ágeis, em “ondas” de implementação, as quais foram essenciais para a mudança de comportamento e engajamento dos envolvidos.

As contribuições/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas

Percebemos, com este estudo, que a atuação do escritório de processos da Anvisa ganhou novos direcionamentos que auxiliam no fortalecimento do valor organizacional “excelência em gestão com foco em resultados”. O modelo de gestão por processos, por implicar articulação de diferentes níveis da estrutura organizacional, promove o compartilhamento de informações e compromete os gestores para o alcance dos resultados previstos. Frente a este contexto, consideramos que há ênfase na geração de valor público e na criação de uma cultura focada em resultados, o que pode contribuir tanto para a mudança de comportamento dos profissionais envolvidos, como a disseminação de uma visão sistêmica da organização e do valor gerado pelas iniciativas de transformação de processos.

Les défis de la création d’une nouvelle culture managériale dans un contexte de fusion hospitalière.

Isabelle Labar, Benoît Libert, Didier Cloquet et Cédric Degelaen, CHU UCL Namur et Keymax, Belgique

Session 8

Salle 2 (B-3245)

Thème : Accès aux soins primaires

Président: Alexandre Bugelli, Université de Montréal-ESPUM École de Santé Publique

Le bénéfice des interventions infirmières dans l’accessibilité aux soins de santé : le cas du diabète.

Christine Lefebvre, Roxane Borgès Da Silva, École de santé publique - Département de gestion d’évaluation et de politique de santé, Université de Montréal, Québec. christine.lefebvre14@gmail.com

Contexte et problématique

Les diabétiques font face à des obstacles importants en lien avec l’accessibilité à des soins et du soutien dont ils ont besoin pour gérer efficacement leur maladie. Depuis quelques années, différents programmes intégrés de prévention et de gestion du risque pour les maladies chroniques, majoritairement pris en charge par des infirmières, ont été mis en place au Québec, dans les services de santé primaire. Il est possible de remarquer que les besoins des patients souffrants de maladies chroniques sont étroitement liés à l’exercice infirmier.

Objectif

L'objectif de cet article est de documenter l'état des connaissances relatives à l'impact des programmes intégrés de prévention en soins de santé primaires pour les diabétiques, pris en charge par des infirmières, sur l'accessibilité aux soins de santé.

Méthode

Une revue intégrative des écrits a été effectuée par le repérage d'articles dans les bases de données électroniques *CINALH* et *PubMed*, selon la méthode inspirée de Whittemore et Knafl (2005). Un total de 19 articles ont été retenus et analysés.

Résultats/discussion

Les programmes de prévention en soins de santé primaires, pris en charge par des infirmières ont un impact positif sur la majorité des dix dimensions de l'accessibilité aux soins de santé, respectivement cinq du côté de l'offre et de la demande : 1) l'approchabilité/accueil, 2) l'acceptation, 3) la disponibilité et les accommodements, 4) l'abordabilité, 5) la pertinence, 1) la perception des besoins, 2) trouver et comprendre l'information, 3) la capacité d'atteindre les services, 4) la capacité de payer et 5) la proactivité personnelle. Le soutien étroit des programmes de prévention permet aux patients de développer des connaissances, les motive à s'engager activement et ont accès à l'information dont ils ont besoin en temps opportun, ce qui facilite le développement des connaissances et la gestion de la maladie chronique au quotidien. Les infirmières, au sein des programmes de prévention en soins de santé primaires, possèdent le potentiel d'améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des soins de santé pour les clientèles diabétiques.

Conclusion

Cette revue intégrative de la littérature souligne le potentiel des infirmières, au sein des programmes de prévention dans les soins de santé primaires, à améliorer l'accessibilité, l'efficacité et la qualité des soins de santé. Les effectifs infirmiers en soins de santé primaires peuvent avoir des effets positifs sur l'accessibilité aux soins de santé pour les patients atteints de diabète, tel qu'identifier leurs besoins de santé, chercher et trouver les services de santé nécessaire à leur condition et utiliser les soins et services de manière plus adéquate.

Être inscrit à un médecin de famille, ça change quoi ? Les guichets d'accès québécois et l'utilisation des services de première ligne.

Mélanie Ann Smithman, Mylaine Breton et Jeannie Haggerty, Centre de recherche Charles-Le Moyne, Québec.
melanie.ann.smithman@usherbrooke.ca

Contexte et description du problème

Garantir que chaque patient ait un médecin de famille est au cœur des recommandations de nombreuses commissions et organisations visant à améliorer les systèmes de santé en renforçant l'accès aux services de première ligne. L'accès à un médecin de famille est l'une des priorités visées par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) dans les récentes réformes du système de santé. Cependant, il demeure qu'au Québec, environ 20% de la population n'a pas de médecin de famille – l'un des pires résultats en comparaison avec le reste du Canada et d'autres systèmes de santé similaires. Pour ces patients dits orphelins, l'incapacité de trouver un médecin de famille est la raison principale pour laquelle ils n'en ont pas. Face à cette importante problématique d'accès, en 2008, le MSSS et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont implanté des guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACOs) à l'échelle du Québec. Ces guichets visent l'inscription à un médecin de famille, soit une entente formelle qui stipule que le médecin est dorénavant le prestataire principal de soins du patient, mais ne garantissent pas l'accès aux services de première ligne offerts par ce médecin. Malgré un investissement important de ressources et une grande attention politique et médiatique, jusqu'à présent aucune étude ne s'est penchée sur les effets sur l'utilisation des services de première ligne de l'inscription à un médecin de famille via ces guichets.

Objectif

Évaluer les effets de l'inscription à un médecin de famille via les guichets d'accès pour la clientèle orpheline sur l'utilisation des services de première ligne.

Méthodes

Étude observationnelle basée sur des données administratives de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec comprenant l'ensemble de la population du Québec ayant été inscrite à un médecin de famille via les GACOs entre 2012 et 2015 (n=578 744 patients). Les données extraites contiennent l'utilisation des services de santé pour ces patients deux ans avant l'inscription et jusqu'à deux ans après l'inscription. Elles permettent ainsi de faire des analyses sur l'utilisation des services de première ligne pré/post l'inscription à un médecin de famille (test de t, régression linéaire multiple).

Résultats

Les analyses sont présentement en cours. Résultats préliminaires : Les patients qui ont été inscrits à un médecin de famille via les GACOs avaient en moyenne 40 ans, 52% étaient des femmes et 40% étaient médicalement vulnérables (au moins un problème de santé parmi une liste prédéfinie, tels que l'hypertension, le cancer, le diabète). Les patients orphelins avaient en moyenne 2.22 visites en première ligne dans l'année avant leur inscription et 2.94 visites dans l'année suivant leur inscription à un médecin de famille ($p < 0.001$). Cela représente 72 860 visites de plus par 100 000 de population, annuellement. Résultats anticipés : comparaison de l'utilisation des services de première ligne deux ans après l'inscription, régression linéaire contrôlant pour les caractéristiques sociodémographiques et de santé des patients.

Discussion

Les résultats préliminaires semblent indiquer une légère augmentation de l'utilisation des services de première ligne suite à l'inscription à un médecin de famille via les GACOs. Cela pourrait être un reflet d'un meilleur accès à la première ligne grâce à l'inscription à un médecin de famille. Les analyses en cours permettront de voir si l'effet se maintient au-delà de la première année et si l'effet est maintenu dans différents sous-groupes de population.

Apports de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques

Cette étude est la première à évaluer les effets de l'inscription à un médecin de famille via les GACOs, un mécanisme central dans l'organisation des services de première ligne au Québec et ailleurs au Canada. Les résultats de ce projet permettront d'apprécier les effets de l'inscription à un médecin de famille sur l'utilisation des services de première ligne et pourront renseigner les décideurs du Québec, ainsi que d'autres systèmes de santé ayant mis en place des guichets similaires.

Horário de funcionamento das Unidades de Saúde no Brasil: Uma análise da satisfação dos usuários ao acesso a Atenção Primária à Saúde.

Davlylyn Santos Oliveira Anjos et Juliana Leal Ribeiro Cantalino, Universidade de Brasilia, Brasil.
davlylnanjos@gmail.com

O acesso universal é um dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS) do Brasil e a Atenção Primária à Saúde (APS) se constitui como a principal porta de entrada do sistema, sendo resolutive para cerca de 80% dos problemas de saúde. A existência de um horário ampliado do acesso aos serviços das Unidades de Saúde (US) permitiria ao Brasil desafogar a alta procura aos atendimentos em unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) assim como a rede terciária das emergências dos hospitais com demandas de média e baixa complexidade passíveis de serem resolvidas pela APS. A investigação sobre a relação entre a satisfação dos usuários ao horário de funcionamento das US apresenta-se como um ponto importante para a tomada de decisão dos gestores do SUS no planejamento da oferta de serviços.

Objetivo

Descrever a satisfação dos usuários da atenção primária à saúde no Brasil em relação ao horário de funcionamento das unidades de saúde.

Materiais e método

Estudo descritivo, do tipo transversal, realizado com o banco de dados de acesso público da avaliação externa do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do ano de 2014. O PMAQ é um programa nacional de remuneração por desempenho do Ministério da Saúde do Brasil que tem como

objetivo principal incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Variáveis estudadas: O1 - se o horário de funcionamento desta unidade atende às necessidades (sim/não) e O2 - Para facilitar o atendimento, se gostaria que a unidade de saúde atendesse: mais cedo pela manhã, à tarde até às 18 horas, à noite, aos sábados, no horário de almoço, domingo. Sendo a segunda analisada realizada a partir das categorias da variável O1. Foi realizada uma análise descritiva dos dados utilizando o software estatístico SPSS versão 20.0.

Resultados

Foram entrevistados 114.615 usuários em 24.055 Unidades de Saúde do Brasil. Desses, 79,6% são do sexo feminino, 44,4% tem entre 30 a 54 anos, 45,3% se autodeclararam pardos/mestiços, 36% não concluiu o ensino fundamental. A maioria das US, 91% (N=21.903), possuem horário de funcionamento variando entre 7h às 18h, e dessas, 45,9% abrem no horário do almoço (12h às 14h). Para 85,7% dos entrevistados, o horário de funcionamento das US atende as necessidades dos mesmos. Independente da satisfação no momento quanto ao horário de funcionamento, foi questionado se gostariam que a unidade de saúde atendesse em algum outro horário, a fim de facilitar o atendimento. O sábado foi a escolha de 30,3% dos usuários satisfeitos e 57,7% dos usuários não satisfeitos com o horário de funcionamento da US. O atendimento no período estendido até às 18h ou a noite foram em seguida os mais escolhidos, 44,2% e 45,3%, respectivamente, entre os usuários insatisfeito como horário de funcionamento e 19,0% e 22,4% entre os satisfeitos. O horário do almoço foi a opção menos escolhida entre os usuários em geral (8,6% entre os satisfeitos e 19,8% entre os insatisfeitos).

Discussão/Conclusão

Os resultados do presente estudo mostraram que 85,7% dos usuários entrevistados estão satisfeitos com o horário de funcionamento atual das Unidades de Saúde. Contudo, ao serem questionados sobre quais outras propostas de funcionamento poderiam ser utilizadas para melhorar o acesso ao serviço, 30,3% informaram que abrir a US aos sábados seria a principal opção, seguida da opção de abertura à noite (22,4%). Desse resultado, destaca-se que mesmo tendo um alto índice de aprovação do horário atual de funcionamento da US, um grande percentual aponta que a proposta da ampliação dos turnos da UBS (noite) e abertura aos sábados seria um fator facilitador do acesso. A análise por cluster considerando o grupo que não está satisfeito com o horário de funcionamento da US, reforça que a escolha do turno ampliado (até as 18h) e o funcionamento ao sábado mostrou-se aproximadamente duas vezes maior em comparação ao outro grupo.

Um dos limites desse estudo é que as entrevistas dos usuários foram realizadas apenas aos que procuraram o serviço de saúde e aguardavam atendimento, não abrangendo aqueles que não procuraram o serviço, por fatores como distancia da US, horário de trabalho/estudo ou outros elementos a serem considerados em pesquisas que tem a satisfação do usuário como objeto.

Para uma melhor análise sobre a real necessidade dos usuários para a melhoria do acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde é fundamental a inclusão na pesquisa do grupo que não tem acesso aos serviços, assim como, buscar investigar se a recusa em buscar a APS diz respeito somente ao horário de funcionamento ou se possui correlação com a baixa resolutividade provocada pela ausência de profissionais, insumos e/ou oferta de serviços disponíveis.

Rastreamento precoce de câncer de colo uterino por equipes de atenção primária à saúde no Brasil.

Juliana Leal Ribeiro Cantalino, Davllyn Santos Oliveira dos Anjos et Magda Duarte dos Anjos Scherer; Universidade de Brasília, Brasil. juliana.lrc@gmail.com

As estratégias de detecção precoce do câncer de colo do útero são importantes para identificação do tumor em fase inicial e com isso aumentar a possibilidade de tratamento eficaz, reduzindo a mortalidade pela doença. No Brasil, o exame citopatológico de colo uterino é a principal estratégia para detectar lesões precursoras e fazer o diagnóstico precoce da doença, sendo ofertado pela rede pública de saúde no âmbito da atenção primária à saúde (APS). Conhecer em que medida as ações de rastreamento precoce do câncer de colo de útero são realizadas é fundamental para o planejamento e avaliação das ações, assim como para o dimensionamento da oferta dos serviços nas diversas regiões do Brasil.

Objetivo

Descrever o percentual de equipes da atenção primária no Brasil que realizam ações de rastreamento precoce do câncer de colo de útero.

Matériaux e métodos

Trata-se de um estudo descritivo realizado a partir do banco de dados públicos da avaliação externa do 2º Ciclo do Programa Nacional de Melhoria do acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), realizado no ano de 2014. O PMAQ é um programa nacional de remuneração por desempenho do Ministério da Saúde do Brasil que tem como objetivo principal incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica. Variáveis selecionadas: presença de registro por território das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero; realização de busca ativa nos casos de diagnóstico de câncer de colo de útero e citopatológico atrasado; se realiza o exame citopatológico na própria unidade de saúde; se a equipe oferta ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres relacionada ao câncer do colo do útero. Foi realizada uma análise descritiva dos dados utilizando o software estatístico SPSS versão 20.0.

Resultados

Foram entrevistadas 30.523 equipes de Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo 7,3% da região Norte (N=2230), 36,3% do Nordeste (N=11091), 7,5% do Centro-oeste (N=2282), 33,9% de Sudeste (N=10355) e 15,0% do Sul (N=4565). Mais de 90% das equipes das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul realizam o exame citopatológico de colo de útero na própria unidade de saúde, alcançando 96% na região sudeste. Esse percentual se apresentou mais baixo nas regiões Norte (79,9%) e Nordeste (87,9%). Quanto ao rastreamento dos casos vulneráveis ao câncer do colo do útero, ainda há equipes de saúde que não realizam busca ativa no território (Norte 8,3%, Nordeste 6,5%, Centro-oeste 4,5%, Sudeste 5,8% e Sul 3,3%). Na Região Norte, apenas 68,8% das equipes fazem registro das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero no território de abrangência. Esse percentual variou entre 72,7% e 76,2% nas demais regiões do país. A busca ativa dos casos com citopatológico atrasado é realizado por 67,1% das equipes da região Norte e em maior percentual, pela região Sudeste (78,6%). A busca ativa dos casos identificados de câncer do colo do útero é realizada por 72,1% na região Norte e 83,7 % na região Sul. A oferta de ações educativas e de promoção da saúde direcionadas para mulheres sobre o câncer do colo de útero são oferecidas por 71,3% das equipes do Sudeste, 75,0% Sul, 79,3% Centro-Oeste, 83,9% Norte e 85,1% Nordeste.

Discussão/Conclusão

Os resultados obtidos apontam, de forma geral, que as equipes de Atenção Primária à Saúde ofertam o exame citopatológico acima ou próximo a 80% da população em todas as regiões do Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que quando o rastreamento apresenta uma cobertura de 80% e é realizado dentro dos padrões de qualidade, a efetividade da detecção precoce do câncer do colo do útero pode reduzir em 90% a taxa de incidência de câncer cervical invasor. Contudo, a diferença percentual entre as regiões do Brasil apresentou-se como indicador da existência de iniquidades na oferta dos serviços de saúde. Tal situação pode ser observada pelo menor percentual nas variáveis busca ativa e no registro das mulheres elegíveis para o exame citopatológico da região Norte.

Um limite do presente estudo é que não foi levado em consideração que somente 74% da população do Brasil está coberta pelos serviços de atenção primária. Portanto, se esse elemento fosse considerado no ajuste do percentual da oferta de serviços da APS os índices apresentados poderiam ser reduzidos a menos de 59,2% na média nacional de oferta do exame citopatológico.

Para o avanço da política pública no que diz respeito a saúde da mulher é essencial que esta esteja integrada a um projeto de ampliação da cobertura do acesso aos serviços de APS de modo geral, assim como reforçar o desenvolvimento de ações específicas para melhoria dos indicadores nas regiões com piores índices socioeconômicos e de difícil acesso geográfico.

Personnaliser CONCERTO: l'expérience patient optimisée pour des soins intégrés, coordonnés et efficaces.

Marie-Pierre Gagnon, Mame Awa Ndiaye, Alain Larouche, Guylaine Chabot, Christian Chabot, Ronald Buyl, Jean-Paul Fortin, Anik Giguère, Annie LeBlanc, France Légaré, Aude Motulsky, Claude Sicotte, Holly O. Witteman, Éric Kavanagh, Frédéric Lépinay, Jacynthe Roberge, Carole Délétröz, Samira Abbasgholizadeh-Rahimi, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Québec. mame-awa.ndiaye.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Contexte et problématique

Avec près de 70% des décès, les maladies chroniques représentent la première cause de mortalité dans le monde. Elles exercent une forte pression sur les systèmes de santé et entraînent la surconsommation de soins et de services. Le Programme Santé Concerto (PSC) a été développé pour optimiser la gestion des maladies chroniques dans les services de soins primaires au Québec. Cependant, dans sa version actuelle, le PSC s'adresse avant tout aux cliniciens et offre peu d'outils répondant directement aux besoins de chaque patient et ses proches. Ces outils éducatifs doivent être adaptés en considérant à la fois les enjeux de littératie, les besoins et les possibilités d'utilisation du patient. Ce projet vise à développer, implanter et évaluer CONCERTO+, une plateforme informatisée permettant d'optimiser la participation active du patient et celle de ses proches dans leur prise de décisions concernant leur santé.

Objectifs

Les objectifs spécifiques de ce projet sont : 1) de développer un module multifonctionnel et personnalisé de la solution technologique CONCERTO+ destiné aux patients et proches aidants afin de leur permettre une participation active dans le suivi et la gestion plusieurs maladies chroniques ; 2) de tester l'intégration de CONCERTO+ aux parcours de soins développés pour le suivi de trois maladies chroniques courantes souvent concomitantes (diabète, hypertension, dyslipidémie) et en évaluer l'utilisabilité ainsi que l'acceptabilité auprès de patients atteints de maladies chroniques et leurs proches aidants ; 3) d'évaluer la faisabilité de CONCERTO+ auprès de patients atteints d'une ou plusieurs des maladies chroniques ciblées, et le potentiel d'expansion de cette solution.

Méthode

Ce projet repose sur une approche collaborative impliquant les développeurs du PSC, des chercheurs de différentes disciplines, des cliniciens, des partenaires technologiques et des représentants de patients. Un patient partenaire est impliqué à toutes les étapes et est co-chercheur du projet. Trois phases sont prévues :

Phase 1. Le développement d'un module de la solution technologique selon une approche itérative centrée sur l'utilisateur à travers trois séries de tests au cours desquels les prototypes seront améliorés.

Phase 2. L'utilisabilité et l'acceptabilité de la solution seront testées à travers un essai pilote où 100 patients d'un Groupe de médecine familiale utiliseront l'application CONCERTO+ pendant six mois et seront comparés à un autre groupe de 100 patients recevant des soins usuels.

Phase 3. Le potentiel d'expansion de la solution sera analysé à travers des entretiens de groupe et individuels avec les principales parties prenantes.

Résultats

Ce projet présentement en cours a été initié en 2017 pour une durée de deux ans. Un premier prototype a été présenté à un groupe de 10 patients et proches. Des améliorations sont actuellement en cours en vue de produire une version qui sera validée auprès de patients et cliniciens pour permettre l'implantation de la solution à l'automne 2019. Cette présentation abordera la méthodologie et les résultats de la Phase 1, en plus de décrire les principaux défis à relever pour la poursuite de ce projet.

Discussion

Bien qu'il existe un fort potentiel de réussite de par l'originalité du projet dans sa conception, l'implication des partenaires technologiques et la richesse des profils de l'équipe de recherche, on peut soulever comme limite, l'ambition de le réaliser en seulement deux années.

Apports/ intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques

Ce projet est novateur dans sa proposition de produire une solution technologique adaptée aux besoins des patients, en s'appuyant sur une approche de développement centrée sur l'utilisateur et adaptée à ses besoins et son niveau de littératie, mais aussi d'inclure les proches aidants dans l'utilisation de la solution. L'implantation en contexte réel de pratique en première ligne avec la collaboration des milieux cliniques permettra la mise en place des conditions de

diffusion et de mise à l'échelle de CONCERTO+ afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des hommes et des femmes au Canada et ailleurs.

La co-construction avec le patient, une nouvelle culture scientifique !

Mame Awa Ndiaye, Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Québec. mame-awa.ndiaye.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Contexte et problématique

La pratique de la médecine basée sur les évidences, l'expérience clinique et les besoins des patients ne suffit plus comme gage de meilleure santé. La littérature montre que la participation active du patient dans ses soins conduit également à de meilleurs résultats cliniques. Le contexte québécois actuel, marqué par plusieurs paradoxes, confirme cet état de fait : l'emphase sur les soins aigus alors que la chronicisation des maladies ne cesse d'augmenter, la forte inobservance aux traitements pour les maladies chroniques malgré l'existence de méthodes de soins éprouvées et efficaces et enfin, le foisonnement de contenus virtuels occasionnant des dérives liées à la désinformation malgré le niveau d'éducation et d'information élevé des patients qui ne savent plus démêler le vrai du faux. Face à ces transformations notoires, un changement de culture s'impose dans la manière de faire la recherche aussi bien du côté du patient que de celui du professionnel, pour améliorer les soins et services. La composante de la stratégie sur le Partenariat avec les patients et le public (PPP) en recherche de l'Unité de soutien SRAP (Stratégie de recherche axée sur le patient) du Québec a pour but de transformer les pratiques cliniques et organisationnelles de première ligne et de favoriser l'intégration des soins et des services par la recherche axée sur le patient.

Objectif

Notre objectif est de soutenir les équipes de recherche et les patients partenaires à collaborer ensemble dans les projets de recherche en leur fournissant des outils et ressources pour soutenir l'engagement. Trois principes sous-tendent cette nouvelle culture scientifique : la reconnaissance du savoir expérientiel du patient, la reconnaissance de la complémentarité des expertises et la reconnaissance de l'interdépendance.

Méthodes

La structure de la composante PPP est régie de la même manière dans les quatre pôles de réseaux intégrés universitaires en santé (RUIS) de la province de Québec. La coresponsabilité de chaque pôle est confiée à un.e chercheur.e et un.e patient.e. Les offres de service dépendent des besoins locaux de chaque RUIS. Pour ce qui nous concerne, au RUIS de l'Université Laval, notre méthodologie suit les quatre étapes suivantes : nous procédons d'abord à la stratégie de recrutement des patients partenaires par l'identification et le recrutement sur la base de critères d'inclusion et d'exclusion préalablement énoncés, avant de les jumeler avec l'équipe de recherche. Ensuite, nous soutenons l'équipe dans la rédaction du mandat d'implication dans lequel seront précisés les éléments suivants : le contexte de l'étude, les rôles, responsabilités, temps d'implication du patient partenaire ainsi que le montant du dédommagement, le tout en accordant une attention particulière aux enjeux éthiques. La troisième phase concerne les formations offertes en présentiel ou en webinaire sur les fondements du PPP en recherche. Ces formations peuvent être personnalisées en fonction des besoins spécifiques de notre population de patients partenaires. Enfin, la phase d'évaluation par projet de recherche vise à mesurer les impacts du partenariat.

Résultats

Depuis 2016, nous avons accompagné une dizaine d'équipes de recherche dans divers projets, notamment d'évaluation des besoins, d'amélioration des soins et services en santé ainsi que des projets destinés aux populations autochtones. Nous avons apporté un soutien méthodologique à une vingtaine de projets dans la stratégie de recrutement des patients partenaires, lors des demandes de subventions de chercheurs locaux. Nous avons participé à une vingtaine de comités scientifiques, organisé des événements grand public de vulgarisation scientifique sur le partenariat patient, mené une vingtaine de visites de courtoisie afin de présenter notre offre de service aux cliniciens, gestionnaires, organismes communautaires, potentiels patients partenaires. Nous avons également formé plus de trente patients partenaires et comptons une base de données de patients partenaires aux profils et expériences de partenariat variés.

Discussion

L'évaluation des projets, la dernière étape de la méthodologie, est un volet nouvellement intégré à la stratégie de PPP (moins d'une année). On ne dispose donc pas suffisamment de recul pour évaluer l'impact des projets ayant impliqué des patients partenaires sur la recherche de manière générale et sur l'équipe de recherche en particulier.

Apports/ intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques

Cette « nouvelle » manière de faire de la recherche avec le patient par son implication à toutes les phases du projet de recherche, est transformatrice et permet à l'équipe de recherche de se concentrer sur les priorités établies par le patient. La perspective du patient dans un projet de recherche apporte un point de vue unique et pertinente issue de son expérience personnelle avec la maladie et en tant qu'utilisateur du système de santé afin de rendre les projets de recherche plus percutants et en phase avec les préoccupations actuelles.

Perspectivas culturales y tensiones en el diseño e implementación de tecnologías de información en salud en poblaciones vulnerables chilenas.

Mauricio Soto, Marcela Aracena et Javiera, Martínez, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile et Departamento de medicina familiar, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile et Québec

La introducción de tecnologías de la información en salud (TIS) está influenciada por una gran variedad de factores. Tradicionalmente se han identificado factores asociados a la tecnología misma, factores asociados a los individuos, usuarios futuros de la tecnología, y por último factores del contexto, particularmente de la organización donde se implementa la innovación. Una perspectiva cultural puede enriquecer la comprensión del complejo fenómeno de las innovaciones tecnológicas que salen del espacio tradicional de la organización de salud. Dos experiencias de implementación de TIS en centros de Atención Primaria de Salud (APS) de Santiago de Chile han sido consideradas por los aprendizajes generados desde una perspectiva cultural. La primera experiencia explora la etapa previa al diseño de una intervención basada uso de mensajería de texto para mejorar la adherencia a un programa de prevención de cáncer cervico-uterino en poblaciones vulnerables (prevención CaCU). La segunda experiencia explora el pilotaje de una aplicación móvil para apoyar las actividades del equipo de salud de un programa integral de visitas domiciliarias a embarazadas en riesgo social (Programa ViDA).

Este trabajo tiene como objetivo la identificación de narrativas sobre perspectivas culturales de pacientes y prestadores sobre el rol uso de tecnologías de la información en el cuidado de salud.

Una aproximación cualitativa con el uso de entrevistas individuales y grupales sobre el rol de las tecnologías de la información en el cuidado preventivo-promocional de la salud fue desarrollada para obtener perspectivas de pacientes y prestadores de acciones de salud. La noción de cultura como una cebolla introducido por Straub et al (2002) donde cada individuo contiene diferentes "capas" de identidad y experiencias culturales, fue usada como una orientación temática para analizar las narrativas de los individuos entrevistados. En el programa prevención CaCU se realizaron 6 entrevistas grupales a mujeres entre 20 y 64 años, y 3 entrevistas grupales a matronas con el objetivo de conocer prácticas de uso de telefonía móvil y mensajes de texto junto con preferencias respecto de una intervención basada en mensajería de texto. En el programa ViDA, se realizó 1 entrevista grupal a trabajadoras sociales que realizaron visitas a domicilio y 5 entrevistas individuales a mujeres beneficiarias del programa durante el pilotaje de una intervención basada en un modelo de visita domiciliaria con un fuerte énfasis en la relación entre el visitador y la familia, la supervisión reflexiva del proceso de supervisión y el apoyo de un componente tecnológico que considero una aplicación con material educativo.

Programa prevención CaCU: las mujeres de todos los grupos refieren que la comunicación con su grupo familiar es la principal práctica de uso de telefonía móvil y solo las mujeres mas jóvenes usan mensajería de texto. Respecto de sus preferencias, el grupo de mujeres mas jóvenes (menores de 45 años) refiere actitudes positivas al uso de mensajes de texto para mejorar la adherencia a intervenciones preventivas. Sin embargo, la mayor parte prefiere los llamados o el contacto personal como estrategias de comunicación con el equipo de salud. Los profesionales, por su parte, refieren una actitud positiva al uso de mensajes de texto, indicando que su carácter de comunicación asincrónica representa una ventaja frente al llamado telefónico.

Programa ViDA: las mujeres beneficiarias del programa indicaron valorar el uso de una aplicación para Tablet para apoyar la realización de la visita, particularmente la incorporación de material educativo en formato de video. Sin embargo, la vinculación en el domicilio con un miembro del equipo fue el aspecto mas valorado del programa. Por su parte, las agentes visitadoras indicaron que la aplicación es una herramienta didáctica, intuitiva, educativa y amigable que permite reforzar y facilitar los mensajes entregados durante la visita. El contexto en el que se desarrolla la visita fue una barrera al uso de la aplicación, en especial la presencia importante de distracciones como interrupciones, llanto de niños, televisión y teléfonos celulares en el domicilio. La imposibilidad de descargar el material en sus teléfonos u otros dispositivos por parte de las mujeres visitadas reduce el potencial de la intervención.

La perspectiva cultural relacionada al grupo familiar emerge como un factor que puede influenciar fuertemente las practicas de uso de tecnologías de información por parte de los pacientes de ambas experiencias. Los miembros del equipo de salud expresan una perspectiva cultural organizacional al imaginar el rol de tecnologías de información en un cuidado de calidad de la salud.

El diseño e implementación de innovaciones basadas en tecnologías de información que invade espacios fuera de la organización de salud en poblaciones latinoamericanas vulnerables debe considerar estas tensiones entre las perspectivas culturales organizacionales y las perspectivas culturales de los pacientes, ya sea individuales o grupales, considerando la familia como el grupo de referencia mas importante.

Session 10

Salle 4 (B-3255)

Thème : Enjeux en recherche et partage des savoirs

Président : Olivier Baly, Centre de gestion scientifique Mines ParisTech, France

Le rôle des « dire de soi » dans la médiation des cultures en santé.

Sophie Arborio, Université de Lorraine, CREM, France. Sophie.arborio@univ-lorraine.fr

Contexte

L'émergence des maladies et handicaps rares car marqué de singularités telles qu'elles en deviennent insaisissables dans le champ plus général des connaissances médicales objectives. Ainsi, la maladie rare (< 1/2000) détient en elle-même un enjeu épistémologique considérable puisqu'elle suppose un positionnement nouveau de la figure du médecin au sein de la culture médicale, là où précisément, il est censé détenir le savoir. À cet endroit, l'absence de systématisation possible oblige le médecin à faire une place aux incertitudes dans le savoir ; un savoir dès lors construit non plus de manière unilatérale mais à l'interface des connaissances médicales et des expériences vécues. Or, dans le creuset des incertitudes, les « dire de soi/dires de l'autre » ouvrent, par le biais des récits, une possibilité d'expression des incertitudes et, par là même, de production du lien social, là où le savoir objectif et systématique échoue.

Objectifs

Il s'agit de démontrer l'importance du récit dans les dynamiques de changement qui accompagnent le rapport au savoir et donc, la prise en charge, en santé. Selon le propos, les cultures médicales et expérientielles sont ici médiées par les narrations des différents acteurs, autour de situations pathologiques marquées par l'incertain (exemples en périnatalité et dans les épilepsies sévères).

Méthodologie

La méthode employée relève des approches ethnographiques, par observation participante et entretiens semi-directifs. Plus précisément, quatre recherches sont sollicitées dans le cadre de cette réflexion. Deux d'entre elles ont été effectuées dans un service de réanimation néonatale et un réseau de périnatalité sur la base de 60 entretiens effectués auprès des divers professionnels de la prise en charge des enfants. Les deux autres recherches appartiennent au domaine des épilepsies sévères, où 60 entretiens ont été menés auprès des familles d'enfants atteints de ces maladies.

Résultats

L'utilisation du récit dans la coopération des acteurs intervient comme une « prise de réel », entendue par Claude Imbert (2005) par un « surgissement du réel ». De cette manière, le contexte est réifié, notamment à travers l'étude de cas qui, sans être reproductible, peut être partagé entre les différents acteurs de la prise en charge (patients, soignants, associations de pairs etc.). Par le biais du récit, chacun exprime son appréhension d'une situation marquée par les incertitudes et permet, au-delà de la description, la coopération des acteurs à partir de singularités individuelles.

Par le biais de l'expérience et de sa narration, l'objet médical – i.e la pathologie - se transforme progressivement en un moment d'interculturalité entre les acteurs de la prise en charge. Les résultats des quatre recherches montrent que non seulement le récit contient l'incertain, à la différence du savoir objectif, et permet ainsi un échange entre les diverses cultures soignantes mais qu'il offre également, de par la souplesse de sa structure narrative, la possibilité d'une prise en compte de la singularité des situations pathologiques.

Discussion

Les affections rares suscitent d'autant plus une telle approche qu'elles n'offrent que très peu de possibilité de comparaison.

Au-delà du savoir, le soin est appréhendé alors comme un échange culturel interindividuel, où l'implication des acteurs ne peut être appréciée qu'à partir des significations qu'elle revêt pour chacun. Le cas pathologique, pris dans son acception singulière, vient notamment souligner l'originalité d'un réel dont la narration n'oblitére pas le vécu singulier de la maladie. À cet endroit, l'échange avec les professionnels de santé porte moins sur le savoir à proprement parlé que sur une reconnaissance mutuelles de positions respectives : celles de sujet, aux fonctions diverses et engagées dans un rapport au malade différent. Cette coparticipation ne confond pas les statuts mais s'appuie sur leur coprésence dans le cadre d'une relation de soin individualisée et culturellement spécifiée, et ce, notamment, par le biais d'une « mise en mot » de la maladie. En tant que vecteur de cet échange, les « dire de soi » possèdent donc une valeur heuristique fondamentale qui accompagne l'émergence de nouvelles problématiques de soin liées aux maladies et handicaps rares. Ce travail coopératif trouve tout son intérêt dans le cadre plus précis de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), appréhendée alors comme médiation des savoirs et non comme simple transfert d'information.

Intérêt par rapport à l'état de l'art

La communication s'inscrit dans le droit fil des travaux relatifs aux savoirs d'expérience d'une part (E. Jouet & O. Las Vargnas (2014), L. Flora (2012), C. Tourette-Turis (2015)). Elle prolonge cependant ces travaux à travers une réflexion épistémologique au sujet de l'importance des « dire de soi » qui se nourrit de la problématique des maladies rares et, plus spécifiquement, de l'importance des incertitudes comme nouvelle modalité d'échange dans les soins et en ETP. Pour ce faire, elle s'appuie notamment sur les travaux de P. Ricoeur (1990) et de M. de Certeau (1990) au sujet du récit comme un lieu possible d'édification culturelle et de M. Conche (2012) au sujet de l'incertain et de sa valeur propédeutique.

La diffusion des savoirs gestionnaires sur les organisations de santé depuis 1980 : une première analyse par réseau de citations.

Nicolas Guilhot, André Côté, Maud Laberge, Christophe Pascal, Benoit Cret et Jean-Baptiste Capgras, IFROSS – Université Lyon 3, France

Chercheur impliqué sur le terrain : cas particulier du doctorant en Convention Industrielle de Formation par la Recherche.

Sophie Le Lédan, ISEOR, Centre Magellan Université Lyon 3. sophieledan@yahoo.fr

Contexte et description du problème

Dans le cadre de la recherche doctorale que nous débutons, nous proposons de présenter les enjeux de la réalisation d'une thèse en sciences de gestion dans le cadre particulier d'une Convention Industrielle de Formation par la Recherche (CIFRE).

La recherche est menée dans un établissement de santé privé, repris au bord du dépôt de bilan, par deux établissements privés de la même agglomération. La clinique doit retrouver l'équilibre budgétaire tout en modifiant son activité principale.

Précédemment cadre de santé dans un Centre Hospitalo-Universitaire, nous menons une recherche sur la stratégie que peut mettre en oeuvre un établissement pour modifier son activité principale malgré son déficit budgétaire et donc ses faibles marges d'investissement.

Le statut de salarié d'une entreprise, composante constitutive de la CIFRE, place le chercheur en position d'acteur, intimement impliqué dans la vie de l'établissement. Notre expérience professionnelle et le statut de salarié sont des éléments très favorables à la compréhension et à l'acceptation par le terrain mais également des facteurs rendant la distance à l'objet de recherche naturellement plus faible que dans le cadre d'une thèse classique.

Le problème qui se pose à nous est donc de concilier l'action attendue par l'employeur, dans le cadre de la convention, avec la rigueur méthodologique nécessaire à la production de connaissances d'intention scientifique.

Objectif du résumé

Nous proposons de présenter une recherche doctorale débutante dans ses particularités, ses attentes, ses difficultés et ses avantages escomptés.

Théorie et méthodes

La recherche doctorale se situe dans le champ de la recherche-intervention. L'objectif de transformation de l'objet de recherche (le redressement de la clinique) est un des moyens de connaître cet objet.

L'acteur-chercheur doit agir, alors même que le chercheur-acteur doit observer, recueillir des données, analyser, faire des hypothèses.

Les méthodes de travail de l'acteur de terrain et celles du chercheur sont *a priori* différentes. A l'aide des connaissances construites par les doctorants CIFRE, les intervenants-chercheurs en sciences de gestion et plus généralement par les chercheurs qui ont un rapport étroit avec le terrain, nous proposons une analyse des premiers mois de recherche-intervention.

La conduite de projet de constitution d'un plateau de consultations externes et l'analyse des plaintes apportent les premières données et les premiers obstacles méthodologiques à surmonter.

Résultats

Le statut de salarié, responsable de projets, permet au chercheur d'être au cœur des projets. Il a ainsi accès à des informations primaires : documents internes, observations directes, accès et coopération directe avec toutes les catégories socio-professionnelles. L'immersion donne accès à des données très variées et en très grande quantité.

Les méthodes de recueil de données sont elles aussi très variées. Elles requièrent cependant du temps.

Discussion

La durée de 3 ans de la convention CIFRE permet une analyse longitudinale de l'objet observé. Les évolutions des discours et les changements de comportements de coopération peuvent ainsi être étudiés.

Cependant, l'implication dans l'action menace la prise de recul nécessaire à l'analyse des situations et, partant, la capacité du doctorant à modéliser et conceptualiser.

Enfin, la position hiérarchique du chercheur limite ce qu'il peut dire et faire et, par conséquent, ce qu'il peut faire changer dans son objet de recherche.

La situation des données en santé au Québec.

Jolianne Bolduc, Roxane Borgès Da Silva et Alexandre Prud'homme, École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec. jolianne.bolduc@umontreal.ca

Les bases de données en santé sont primordiales pour la planification et l'organisation des services de santé, et ce, partout dans le monde. Au Québec, ces données permettent d'évaluer, entre autres, les besoins de santé de la population, et aident ainsi les gestionnaires et les hauts dirigeants à prendre des décisions éclairées quant à l'offre de services en santé de leur secteur et leur territoire. Par exemple, on peut s'appuyer sur les données sociodémographiques d'une région afin de justifier la pertinence d'un Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou s'appuyer sur les données de santé publique pour montrer l'importance d'une nouvelle intervention chez une population vulnérable.

Au Québec, il existe plusieurs sources différentes de données spécifiques, qui permettent de répondre aux besoins des organismes et de leur clientèle. Or, malgré la quantité de données récoltées au Québec, l'une des principales problématiques est en lien avec l'accessibilité de celles-ci.

Le but de la présentation est donc de faire état des difficultés d'accessibilité des données en santé existantes au Québec, de présenter des initiatives mises en place afin de pallier ces difficultés et de soulever des questionnements face à ces difficultés.

Les principales difficultés recensées sont en lien avec la culture des silos entre les bases de données, l'emphase mise sur la disponibilité des données agrégées principalement et finalement, le contrôle de l'accès à l'information pour les données désagrégées, ne permettant pas l'optimisation de la recherche en santé au Québec.

Pour montrer le nombre de données agrégées disponibles, une présentation d'un projet de recherche réalisé pour le Centre Interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) sera faite. Lors de ce projet, un moteur de recherche a été créé en recensant plusieurs indicateurs en lien avec la santé, et ce, à partir de plusieurs bases de données disponibles gratuitement par des organismes gouvernementaux du Québec et du Canada. Pour se faire, une équipe a recensé des indicateurs à travers les sites internet et les documents officiels de ces organismes, afin de réussir à identifier quelques milliers d'indicateurs. Les limites de cette initiative seront présentées.

De plus, plusieurs bases de données ministérielles collectent quotidiennement des informations pertinentes à l'amélioration et l'optimisation du système de santé au Québec. Il existe, par exemple, des bases de données désagrégées traitant des services offerts en CLSC (centre local de services communautaires), des hospitalisations, de la couverture des médicaments, des soins offerts dans les départements d'urgences du Québec, etc. Par contre, l'accès à ces données est très difficile pour les chercheurs, se reflétant par un temps d'attente très long entre la demande et l'accès à ces informations.

En bref, cette présentation permettra de promouvoir la quantité de données disponibles et accessibles à tous par les principales bases de données, tout en faisant refléter les distinctions existantes d'accès entre les données agrégées et celles désagrégées.

Session 11

Salle 5 (B-3260)

Thème : Offre et demande des services de santé dans un contexte de communautés autochtones ou d'immigration

Président: Lise Lamothe, ESPUM Université de Montréal, Canada

Rencontre de deux médecines : enjeux et stratégies dans le contexte des Premières Nations du Québec.

Vanessa Sit, Lise Lamothe et Pierre S. Haddad, École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec

Programa Mais Médicos: impacto na Atenção Primária à Saúde dos povos indígenas brasileiros.

Fátima Sonally Gondim, Maria da Graça Luderitz Hoefel, Wanessa Tenório Gonçalves Holanda de Oliveira, Ministério da Saúde et Universidade de Brasília, Brasil

Demandes sanitaires immigrantes et perspectives adaptatives médicales en contexte francophone minoritaire canadien.

Boniface Bahi, University of Alberta, Faculté Saint-Jean, Canada

Session 12

Salle 6 (B-3265)

Thème : Système de santé apprenant : perspectives et défis

Session organisée : Cécile Petitgand, École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Québec. cecile.petitgand@umontreal.ca; jean-louis.denis@umontreal.ca

Au cœur d'un système de santé apprenant (SSA), la connaissance scientifique, l'innovation technologique et la pratique clinique et gestionnaire s'arriment, dans le but de générer une progression continue dans la qualité et l'efficacité des soins apportés aux patients. Un tel alignement constitue toutefois un défi pour l'ensemble des acteurs engagés, à la fois au niveau de l'administration des systèmes de santé que de la pratique des soins au quotidien. Multiplier les connexions entre recherche et pratique, avancés technologiques et implantation effective, prédiction et évaluation, exige ainsi que nous portions une attention nouvelle sur les capacités de transformation des systèmes de santé. A cet égard, les changements affectant la culture organisationnelle doivent être précisément étudiés, afin d'évaluer la manière dont les organismes de santé peuvent intégrer avec succès de nouvelles innovations pour offrir de meilleurs services aux populations.

La session thématique proposée dans le cadre du 30^{ème} Congrès de l'ALASS portera sur le thème des changements de culture professionnelle, managériale et scientifique liés à l'adoption croissante de nouvelles pratiques de soin intégrant les plus récentes innovations technologiques, reposant notamment sur l'usage de données massives et d'algorithmes d'intelligence artificielle, dans le cadre du développement de SSA dans le contexte du Canada.

Premièrement, un nouveau cadre conceptuel sera présenté pour mieux saisir la portée de la notion de SSA, et comprendre les opportunités et défis qu'implique cette notion pour les organismes de santé actuels (Denis Roy). Aussi, le concept de SSA sera analysé au prisme de la notion de système sociotechnique, de façon à mettre en évidence les interactions entre acteurs humains et technologies durant la mise en œuvre de nouvelles innovations technologiques et organisationnelles en milieu de soin (Aude Motulsky, Jean-Louis Denis, Catherine Régis).

De plus, les transformations culturelles consécutives à l'implémentation de nouveaux outils de diagnostic et de traitement, s'appuyant sur l'intelligence artificielle notamment, seront analysées à travers l'étude de cas concrets (Cécile Petitgand). En utilisant plusieurs lentilles d'analyse, il sera possible de rendre compte des divers changements relatifs aux normes, croyances et valeurs induits par l'intégration de nouvelles technologies en milieu clinique. Les nouvelles pratiques surgissant de l'adoption de ces outils technologiques feront aussi l'objet d'analyses complémentaires. Il s'agira ainsi de mieux saisir les différents modes d'adaptation des systèmes de soin face à la multiplication des données de santé disponibles pour les praticiens et gestionnaire des organismes sanitaires.

Finalement, cette session thématique, organisée par le Hub santé- Politique, Organisations et Droit (H-POD), donnera l'occasion à plusieurs étudiants de l'École de santé publique et de la Faculté de droit de l'Université de Montréal de présenter leurs travaux de recherche aux chercheurs et praticiens des Amériques présents lors du Congrès. Ces expositions permettront certainement de nourrir de nombreuses discussions et échanges qui pourront donner naissance à de nouvelles collaborations internationales, en vue d'enrichir notre connaissance des pratiques à mettre en œuvre pour rendre plus tangible le concept de SSA.

Mobiliser nos savoirs et nos capacités d'apprentissage pour créer de la valeur en santé.

Denis Roy, INESSS, Québec. denis.roy@inesss.qc.ca

Le système de santé apprenant selon une approche socio-technique : perspectives et implications.

Aude Motulsky, Catherine Régis, Université de Montréal, Québec. aude.motulsky@umontreal.ca

Développer un système de santé apprenant : études de cas.

Cécile Petitgand, Jonathan Lapointe et Yan Bertrand, École de santé publique, Québec. cecile.petitgand@umontreal.ca

Cloture.

Jean-Louis Denis, Université de Montréal, Québec. jean-louis.denis@umontreal.ca

Horaire : 15h30-16h00

Pause Café

Horaire : 16h00-17h30

Session 13

Salle 1

Session 14

Salle 2 (B-3245)

Thème : Accessibilité aux soins de santé

Président: Ana-Maria Malik, Fundação Getulio Vargas, Brasil

Condiciones y barreras de acceso en México 2015.

Ana Rita Castro, Manuela Gutiérrez, Centro Universitario de Enfermería Comunitaria, UNAM, México.
castroanarita@gmail.com

El objetivo de la investigación es analizar las condiciones de acceso a los diferentes servicios de salud por parte de la población de México en el año 2015.

El contexto de la investigación se inscribe en el México que en las últimas décadas ha realizado, por un lado, reformas al sistema de salud que han apuntado a la privatización de los servicios y a la subrogación de los mismos y; por otro lado, a tratar de resolver el problema de la cobertura, a través de la creación en el año 2003 del Seguro Popular en Salud o como se le conoce 'Seguro Popular', que es el brazo operativo del Sistema Nacional de Protección Nacional en Salud. Es un seguro que pretende el aseguramiento de la población que carece de seguridad social que en México representa más de la mitad de la población, pues el mercado de trabajo está bastante flexibilizado.

La principal crítica que se realiza a este programa es que profundizó más la desigualdad social en el actual sistema nacional de salud mexicano, que era ya de por sí un sistema fragmentado. Además, la propuesta de Seguro respondía en la lógica de ofrecer paquetes y cubrir un determinado número de padecimientos y enfermedades.

La pregunta que orientó la investigación fue acerca del uso y servicio de salud, cuando las personas se enferman o tienen un problema de salud a dónde acuden o dónde se atienden, para identificar y analizar las condiciones de acceso y las barreras que existen para la atención.

En cuanto a la perspectiva teórica que se utilizó fue la de la determinación social de la Medicina Social y la Salud Colectiva. Además, de algunos conceptos y categorías de la sociología médica y de la ciencias políticas en general. El método fue el de la estadística descriptiva, que permitió a través de Stata crear medidas de tendencia central, tablas de contingencia y el índice de disimilitud, con información basada en la Encuesta Intercensal de México de 2015.

Los resultados y su discusión están arrojando información importante para analizar precisamente cómo el Seguro Popular, trasladó al interior del sistema de salud la desigualdad. Asimismo, el índice de disimilitud nos indica que pesa más en términos de barrera de accesibilidad a los servicios públicos de salud la clase social más que la etnicidad, en un país tan diverso como es México. Igualmente el género, se muestra como un determinante más en cuanto al acceso a los servicios de salud.

Uno de los temas que consideramos que debería discutirse a lo largo de la presentación son los retos y desafíos en cuanto a la construcción de un sistema único de salud universal con un enfoque de derechos humanos. También la discusión acerca del derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud en cuanto a su diferenciación y distintos niveles de competencia e implementación. Otra temática que está ligada es el de la gobernanza y políticas sanitarias en los sistemas de salud latinoamericanos.

Evolución de la percepción de la accesibilidad.

Fernando Bertolotto, Sebastian Gadea, Janet Trujillo, Camila Estiben, Facultad de Enfermería – Universidad de la República, Uruguay

Objetivos

En el marco del proyecto de investigación internacional Equity LA II en Uruguay, se planteó:

describir desde la perspectiva de usuarios con patologías crónicas de dos subredes públicas de salud, la evolución de la accesibilidad entre niveles de atención, considerando a partir de dos estudios transversales,

el impacto de una intervención destinada a mejorar la coordinación entre niveles de atención realizada en una de ellas (subred intervención);

- **caracterizar los participantes del estudio por su accesibilidad entre los niveles de atención según variables de vulnerabilidad.**

Descripción del problema

Uruguay cuenta con un Sistema Nacional Integrado de Salud basado en el modelo de Atención Primaria en Salud de la Organización Panamericana de Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud. Conformado por todas las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC, privadas sin fines de lucro), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los seguros privados integrales (con fines de lucro). ASSE funciona mediante un sistema de unidades asistenciales distribuidas en todo el país y organizadas en cuatro redes integradas Norte, Sur, Este y Oeste.

A pesar que el modelo de RISS ha sido aplicado en muchos países, la evidencia sobre su efectividad es poca, y en particular, cuando se considera desde la perspectiva del usuario. Tampoco la accesibilidad entre los niveles de atención ha sido muy estudiada desde esa perspectiva, y a la fecha no se encontraron estudios publicados en Uruguay. Para responder a esta falta de evidencia sobre los beneficios y/o desventajas de las RISS fue desarrollado el proyecto Equity-LA II en países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay). El proyecto evaluó la efectividad de estrategias de integración de la atención de los servicios de salud en la mejora de la coordinación entre los niveles y calidad de la atención. Entre las dimensiones evaluadas, la problemática de la accesibilidad entre niveles de atención fue considerada, desde la perspectiva de los usuarios. Se analizaron las condiciones de acceso en forma adecuada y conveniente, considerando las diferentes posibles barreras.

Métodos

Se analizaron datos de dos cortes transversales, en los períodos 2015/2016 (línea de base) y 2017/2018 (post-intervención), estudio cuasi-experimental, multi-céntrico controlado antes y después), realizado en dos subredes de la región Oeste de la ASSE. En una subred se implementó una intervención para fomentar la adopción de una hoja de referencia y contra-referencia. Los participantes fueron mayores de 18 años con al menos una patología crónica y consultas a un médico general/familia del primer nivel de atención y un especialista/urgencias del segundo en los seis meses previos, residiendo en las áreas del estudio. Se utilizó el Cuestionario de Continuidad Asistencial Entre Niveles (CCAENA UR), para evaluar la accesibilidad entre los niveles.

Resultados y discusión

La muestra de usuarios está conformada principalmente por mujeres, adultos mayores, de bajo nivel educativo y económico, y cobertura de salud gratuita.

Del primer corte transversal al segundo se encontró un aumento en la no asistencia a la consulta marcada (de 7,2% a 16,5% en la red intervención y de 4,4% a 14,1% en la control, $p < 0,001$); el no atendimento por el médico al que fue derivado (de 7,4% a 10,6% y de 2,9% a 10,6%, respectivamente); dificultades para seguir el tratamiento y/o realizarse exámenes en ambas redes, siendo 2,6 veces en la red control ($p < 0,01$); y en las consultas fuera de los servicios de ASSE solo en la subred control (de 2,1% a 9,9%, $p < 0,001$).

La accesibilidad entre los niveles percibida por usuarios con enfermedades crónicas disminuyó desde la línea de base al post-intervención. Los resultados indican un deterioro de la coordinación asistencial en la subred control, con un impacto particular en los usuarios vulnerables socioeconómicamente.

Temas a discutir

Condiciones y limitaciones del modelo de APS para el acceso universal a la salud en sistemas públicos

La municipalisation de la santé au Brésil: un regard critique/A municipalização da saúde no Brasil: um olhar crítico.

Fernando P. Cupertino de Barros, Jurandi Frutuoso Silva et Maria José de Oliveira Evangelista, Universidade Federal de Goiás et Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil, Brasil. fernandocupertino@gmail.com

Resumo

Trata-se de uma visão crítica sobre a municipalização da saúde no Brasil. Indica os pontos positivos, as fragilidades, os problemas decorrentes de sua implementação e as perspectivas atuais. O autor baseia-se em seu envolvimento pessoal com o desenrolar do processo desde seus primórdios, apoiando-se na literatura existente sobre o assunto. Enumera os fatores que deveriam ser levados em conta no contexto atual, no sentido de se avançar na descentralização, conservando os benefícios e resultados positivos da municipalização, porém corrigindo as distorções e os problemas que surgiram no decorrer do tempo.

Résumé

Il s'agit d'une vision critique de la municipalisation de la santé au Brésil. Indique les forces, les faiblesses, les problèmes découlant de sa mise en œuvre et les perspectives actuelles. L'auteur est basé sur son implication personnelle dans le développement du processus depuis ses débuts, en s'appuyant sur la littérature existante sur le sujet. Il énumère les facteurs à prendre en compte dans le contexte actuel pour progresser dans la décentralisation, conserver les avantages et les résultats positifs de la municipalisation, tout en corrigeant les distorsions et les problèmes apparus au fil du temps.

Regionalização em Saúde no Brasil.

Helena Shimizu Eri, Bonifácio André Luiz, Bretas Junior Nilo, Ramalho Walter Massa et Silva Everton, Universidade de Brasília

Session 15

Salle 3 (B-3250)

Thème : Trajectoire de soins

Président: Magda Scherer, Universidade de Brasília, Brasil

Les trajectoires complexes de soins des patients en fin de vie.

Delphine Bosson-Rieutort, Raoul Sallé de Chou, Sébastien Barbat-Artigas et Erin Strumpf, McGill, INESSS, Québec.
Delphine.bosson-rieutort@umontreal.ca

Depuis 2011, les personnes âgées de 65 ans ou plus sont plus nombreuses que les personnes de 0 à 14 ans au Québec. Les estimations de Statistique Canada anticipent une diminution de près de 5 % de la proportion de la population active (de 15 à 64 ans) d'ici 10 à 15 ans. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la population vit désormais plus longtemps, et doit parfois faire face, durant les dernières années de vie, à des problèmes de santé multiples et chroniques. Ces personnes vieillissantes présentent alors des besoins de soins qualifiés de plus en plus « complexes ». Cependant, la complexité des besoins en soins et services des patients est un concept qui ne peut être entièrement défini par le nombre de conditions médicales ou par les coûts et l'intensité de l'utilisation des services de santé. Assurer les soins aux patients atteints de plusieurs conditions chroniques peut s'avérer relativement simple en comparaison à la gestion de patients avec moins de conditions médicales, mais qui présentent un défi en raison de facteurs additionnels (comportementaux, géographiques ou socioéconomiques).

La caractérisation de cette complexité et la segmentation de la population de ces patients vieillissants selon différents profils, en fonction de leurs caractéristiques démographiques, leur environnement et leur accès au système de soins, permettraient de mieux adapter les prises en charge selon ces différents sous-groupes. Cependant, différents paramètres doivent être pris en compte pour la construction de ces profils, tant d'un point de vue de la reconstruction du parcours de soins que de la méthode utilisée pour l'identification des sous-groupes.

Nos objectifs sont 1) d'identifier, à l'aide de données médico-administratives, les déterminants majeurs de la complexité lors du parcours de soins et 2) de définir les meilleures stratégies pour la reconstruction et la modélisation des trajectoires complexes de recours aux soins.

Pour cette étude, nous allons reconstruire et étudier les trajectoires de soins d'une cohorte de plus d'un million d'individus québécois dit en « fin de vie » (âge moyen de 81 ans, de 65 à 115 ans). Nous disposons pour ces individus des données individuelles d'hospitalisations, de visites à l'urgence, de soins de première ligne et de proximité ainsi

que leur consommation médicamenteuse. Différentes stratégies seront étudiées afin d'identifier quels sont les déterminants les plus importants de la complexité. Par exemple, les hospitalisations pourraient être considérées selon le terme général 'hospitalisation' ou dichotomiser selon les hospitalisation '1 jour' ou 'réadaptation'; et les visites chez le médecin entre les visites chez le médecin de famille ou un spécialiste. Enfin, différentes méthodes de classifications seront appliquées et comparées afin de sélectionner la ou les meilleures stratégies; des méthodes classiques (k-moyens, classification hiérarchique, ...) aux méthodes plus complexes (apprentissage machine). Les retombées attendues sont une meilleure compréhension des trajectoires complexes et l'identification de différents profils afin de contribuer à une meilleure prise en charge des individus.

Predição de atendimento à "Lei dos 60 dias" dentro do programa de navegação de pacientes com câncer de mama no rio de Janeiro.

Sandra Gioia, Cristiane Torres¹, Renata Galdino¹, Lucia Brigagão¹, Antonio Valadares², Fernando Secol², Sandra San Miguel³, Lindsay Krush^{4,5}, Paul Goss^{4,5}, 2Israelita Albert Einstein Hospital, São Paulo, Brazil, 3National Cancer Institute, Washington DC, USA, 4Global Cancer Institute, Boston, Massachusetts, USA et 5Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, USA. sandra.gioia@gmail.com

ABSTRACT

An applied study was conducted on how the use of machine learning techniques can help in the process of identifying compliance with the "60 Day Law", which states that all patients with cancer within the public system must initiate the treatment within 60 days after the diagnosis of cancer. The AdaBoost learning model identified 38 important attributes to predict initiation of treatment within 60 days with accuracy and f-score of 0.8888 and 0.8333, respectively. The identified attributes simplify the information necessary for breast cancer patient navigation in Rio de Janeiro.

RESUMO

Foi realizado um estudo aplicado sobre como o uso de técnicas de aprendizado de máquina pode ajudar no processo de identificação de atendimento à "Lei dos 60 dias", em que todos os pacientes com câncer do sistema público devem iniciar o tratamento dentro de 60 dias após o diagnóstico. AdaBoost identificou 38 atributos para prever o início do tratamento no prazo de 60 dias com acurácia e f-score de 0,8888 e 0,8333, respectivamente, simplificando as informações necessárias para a navegação das pacientes com câncer de mama no Rio de Janeiro.

Session 16

Salle 4

Session 17

Salle 5 (B-3260)

Thème : Défis des systèmes de santé

Président: Marie-Pierre Gagnon, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Canada

Retos de los servicios de salud frente a la población desplazada por violencia: la importancia de la aceptabilidad cultural.

María Beatriz Duarte Gómez, Myriam Ruiz Rodríguez, Jesús David Cortés Gil, Silvia Magaly Cuadra Hernández et Armando Arredondo, Universidad Industrial de Santander, Instituto Nacional de Salud Pública, Colombia et México. myriam@uis.edu.co

Con el objetivo de Identificar los retos que le implican a los sistemas de salud la atención de la población desplazada por violencia (PSD), se llevó a cabo una revisión documental de la situación internacional sobre el tema.

Siendo la cultura uno de los determinantes sociales del proceso salud/enfermedad/atención, la falta de pertinencia cultural de los servicios de salud constituye un obstáculo para el acceso, la aceptación, la comunicación y la eficacia. La interculturalidad, entendida como el diálogo de saberes y percepciones entre usuarios/as y personal de salud, debe

garantizarla el sistema de salud. La aceptabilidad cultural de los servicios implica conocimiento y adaptaciones, principalmente cuando la PSD es indígena o viene de otra región culturalmente distinta a la de la localidad de arribo.

Resultados

La literatura internacional muestra un potencial efecto negativo del desplazamiento forzado y unos retos para enfrentarlo como: contar con un sistema de registro confiable de la PSD y sus características, que permita priorizar las actividades y los grupos; brindar atención integral (con énfasis en salud mental y salud sexual y reproductiva), intersectorial, y participativa para lo cual se requieren equipos multidisciplinarios sensibilizados y capacitados; garantizar la accesibilidad geográfica y económica a los SS y la aceptabilidad cultural, teniendo en cuenta las particularidades sicosociales de la PSD; analizar y adaptar las experiencias exitosas de otros países con contexto semejantes.

Discusión

La revisión de la literatura nacional e internacional aporta información para la formulación de políticas públicas adecuadas para la población en situación de desplazamiento. El reto principal es responder a sus características específicas, con enfoque integral y de derechos, y con carácter anticipatorio que evite la improvisación. El sistema de salud debe identificar en la población desplazada, aquellas adaptaciones necesarias para la aceptabilidad cultural de los servicios, principalmente en términos de: lenguaje para garantizar una comunicación efectiva; de alimentación para lograr aceptabilidad y evitar intolerancia a nuevos alimentos; de organización que permita conocer y aceptar costumbres relacionadas con tiempos, horarios, acompañantes, entre otros; y de medicina tradicional o popular que permitan generar confianza y lograr complementariedad y diálogo de saberes que enriquezcan tanto al personal de salud como a la población.

Representações sociais da violência e seus efeitos no trabalhador da saúde: Um estudo etnográfico.

Márcia Guimarães de Mello Alves, Agatha Trote Rodrigues, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense – ISC/UFF, Brasil

Do ideal para o real: o desafio da implantação da Política de Saúde LGBT no município de Santarém-PA.

Elizabeth Alves de Jesus Prado, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Los cambios en el sistema de salud público en el gobierno de López Obrador.

Carolina Tetelboin et Stephany Sánchez, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco
ctetelbo@correo.xoc.uam.mx

El objetivo de esta investigación en curso es mostrar las características de avance de los cambios del sistema público de salud desde el inicio del gobierno de la 4ta. Transformación presidente López Obrador en México.

Desde la campaña y posteriormente desde el 1° de diciembre de 2018 en que asumió el gobierno, los discursos se orientan hacia un cambio en el fortalecimiento del papel y la función del Estado, basando su gestión en los principios de austeridad republicana, combate a la corrupción y los privilegios, para reorientar el presupuesto, los ahorros y las recuperaciones en beneficio de la población más pobre. En salud, se propone el desarrollo de una política universal financiada con recursos públicos, un fortalecimiento y articulación de las instituciones públicas y de Seguridad Social. El método es el análisis del discurso de documentos oficiales y de la prensa. Los resultados de los primeros seis meses muestran las dificultades para iniciar la instalación del proceso de transformaciones en salud debido al menos a tres cuestiones: el estado de deterioro en que se han encontrado las instituciones públicas especialmente a nivel de atención primaria y de los hospitales generales, particularmente en los estados más pobres del país, el desvío de recursos, los privilegios en la adjudicación de las licitaciones de medicamentos y finalmente la mala atención. Un segundo problema se refiere a las limitaciones que pone la Secretaría de Hacienda para el control de los recursos que entorpece la operación del sector público y que ha generado no pocos problemas como la retención del presupuesto para los Institutos Nacionales de Salud, el pago de médicos residentes y cambios de criterios del pago a los pasantes médicos. Y la tercera cuestión son los frecuentes tropiezos de las decisiones por la aplicación generalizada de medidas que requieren gradualidad o especificaciones, por su radicalidad y falta de experiencia. La discusión gira en torno a las viabilidad y las dificultades que supone pasar de un modelo privatizador a otro de recuperación y énfasis del papel del sistema público.

Session 18

Salle 6 (B-3265)

Thème : Innovations en santé

Président: Carlo De Pietro, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Faire la courte échelle à la mise à l'échelle : stratégies utilisées pour soutenir l'accroissement d'eConsult au Québec et en Ontario.

Mélanie Ann Smithman, Catherine Lamoureux-Lamarche, Clare Liddy, Erin Keely, Gerald Farrell, Alexander Singer, Maxine Dumas Pilon, Véronique Nabelsi, Isabelle Gaboury, Marie-Pierre Gagnon, Carolyn Steele Gray, Jay Shaw, Catherine Hudon, Kris Aubrey, Justin Gagnon, Elizabeth Côté-Boileau, Paula Louise Bush, Don Sturge, Christine Bibeau, Kevin Turner, Pierre Woods, Anne Lydiatt et Mylaine Breton, Centre de recherche Charles-Le Moyne-Saguenay-Lac-St-Jean-sur-les-innovations-en-santé, Québec. Melanie.ann.smithman@usherbrooke.ca

Contexte et description du problème :

Au Canada, nos systèmes de santé sont aux prises avec d'importants problèmes d'accès aux services. Pourtant, de nombreuses innovations démontrées efficaces pour améliorer l'accès demeurent implantées à petite échelle seulement, limitant ainsi leur impact potentiel sur nos systèmes de santé. Bien qu'il soit impératif de mieux comprendre comment soutenir la mise à l'échelle d'innovations, peu d'études ont exploré les stratégies utilisées pour soutenir l'accroissement d'innovations dans les contextes réels des systèmes de santé. EConsult – une plateforme de consultation électronique qui permet aux médecins de famille d'accéder de façon asynchrone à l'expertise de médecins spécialistes – est une innovation qui a été démontrée efficace pour améliorer l'accès aux services de santé lors de projets pilotes. Des efforts pour soutenir la mise à l'échelle de cette innovation sont présentement en cours en Ontario et au Québec, offrant une opportunité unique d'explorer les stratégies pour soutenir l'accroissement d'une innovation dans différents contextes.

Objectif du résumé

Explorer les stratégies utilisées pour soutenir la mise à l'échelle d'eConsult au Québec et en Ontario.

Méthodes

Les stratégies sont explorées au moyen d'une étude de cas multiple, où les cas sont les processus de mise à l'échelle d'eConsult au Québec et en Ontario. Les données sont collectées grâce à des entrevues semi-dirigées avec des acteurs clés d'eConsult dans chaque province (ex. : décideurs, médecins de famille, médecins spécialistes, gestionnaires) (n=20 entrevues), des analyses documentaires (ex. : rapports, procès-verbaux, présentations, sites web), des groupes de discussion focalisée (n=2) et des observations des rencontres des comités impliqués dans l'accroissement d'eConsult dans les deux provinces (n=18). Les données sont analysées thématiquement à l'aide du logiciel NVivo12, basé initialement sur les phases du modèle théorique de Milat et al. 2016 sur le processus de mise à l'échelle et incorporant des thèmes émergents des données.

Résultats

L'une des stratégies centrales des efforts de mise à l'échelle d'eConsult au Québec et en Ontario est de rattacher les activités d'eConsult à des projets de recherche. Cela permet d'obtenir des ressources pour maintenir les activités d'eConsult pendant le processus de mise à l'échelle, de développer et d'améliorer l'innovation et d'établir des preuves scientifiques robustes pour justifier l'accroissement de l'innovation à l'échelle provinciale. Dans les deux provinces, des structures de gouvernance formelles ont été établies pour mener l'accroissement d'échelle et permettent de rassembler plusieurs acteurs clés et maintenir un momentum. Les efforts de mise à l'échelle ont, jusqu'à présent, compté sur des coalitions de volontaires, marquées par un leadership important, tant au Québec qu'en Ontario. Cela a permis d'identifier des champions, de créer une communauté de pratique et de générer un engouement pour l'innovation auprès des acteurs terrain, ce qui semble avoir joué un rôle important dans la mise à l'échelle d'eConsult et l'intérêt des Ministères de santé et des organisations professionnelles à investir dans la mise à l'échelle. En Ontario, où l'innovation a été créée, beaucoup d'énergie a été consacrée à documenter l'innovation, son adoption et implantation, ses effets, les ressources nécessaires et barrières politiques à surmonter pour sa mise à l'échelle. Cette documentation détaillée et le généreux partage de l'expérience ontarienne a été une pierre angulaire des efforts de

mise à l'échelle au Québec. De plus, au Québec, une attention particulièrement a été portée à l'intégration d'eConsult aux mécanismes d'accès existants, dans l'idée de faciliter la pérennité et son accroissement à l'échelle du système de santé.

Discussion

Bien que les efforts soient toujours en cours pour la mise à l'échelle d'eConsult au Québec et en Ontario, plusieurs stratégies utilisées jusqu'à présent semblent avoir contribué positivement à l'accroissement d'échelle de l'innovation. La présente étude permettra de continuer à suivre les développements du processus de mise à l'échelle dans les deux provinces ainsi qu'au Manitoba et à Terre-Neuve, offrant une exploration empirique de ce processus essentiel à l'amélioration de nos systèmes de santé dans différents contextes.

Apports/Intérêt de la communication : Une exploration des stratégies utilisées pour soutenir l'accroissement d'eConsult jusqu'à maintenant permet d'apprendre de l'une des rares innovations qui a réussi à s'accroître et qui semble sur la bonne voie pour atteindre une mise à l'échelle provinciale.

Management de l'innovation dans un cabinet médical : des dysfonctionnements aux actions d'innovations.

Jérémy Salmeron, Véronique Zardet, Henri Savall et Renaud Petit , ISEOR, France

Laboratórios de inovação em saúde: estratégia de cooperação para gestão do conhecimento e desenvolvimento de sistemas de saúde.

Fernando Antonio Gomes Leles, Renato Tasca, Iasmine Ventura, Wellington Mendes, Rosane Mendonça et Vanessa Pinheiro, Organização Pan-Americana da Saúde et Organização Mundial da Saúde – OPAS/OMS, Brasil

Transformacion en los sistemas de salud Mexico.

Patricia Chico Aldama, Instituto nacional de pediatria, Mexico. pchicoa128@yahoo.com

INTRODUCCION

El derecho a la salud, la equidad y la solidaridad son valores que han orientado las transformaciones de los sistemas de salud . Sin embargo, la inequidad en salud y la desigualdad social y económica siguen siendo un desafío pendiente que los sistemas de salud deben afrontar en el marco de las nuevas presiones generadas por la emergencia e influencia de nuevos problemas de salud, como el peso creciente de las enfermedades no transmisibles, el aumento de la violencia y los accidentes de tránsito, además de los cambios demográficos reflejados en el envejecimiento acelerado de la población (1).

ANTECEDENTES

En este contexto, para avanzar hacia la salud universal es necesario que los sistemas de salud profundicen sus procesos de transformación mediante el fortalecimiento de la rectoría de las autoridades de salud, de los mecanismos de regulación, de una mayor inversión pública en salud (que conlleva el aumento de la eficiencia y la equidad del financiamiento), y de una mayor y mejor distribución de los recursos humanos alineados con un modelo de Desarrollo Organizacional y atención de la salud centrado en las personas y las comunidades (1) **OBJETIVO GENERAL :** implementar una encuesta que sirva para caracterizar los procesos de transformación de los sistemas de salud ocurridos en los últimos años y llevar a cabo un análisis prospectivo que utiliza como referencia fundamental la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

Material y Metodos

Elaboración de una encuesta en el Sector Salud de atención de Primer Nivel y otros Niveles de atención a médicos e implementar las cuatro directrices de esta transformación A).- Implementar estrategias de gobierno electrónico en el marco de la salud pública. Para alcanzar este objetivo es imprescindible, ante todo, definir las prioridades para la adopción de las TIC con una relación costo-efectividad adecuada en los sistemas de salud. B).- Impulsar la adopción de estándares para la interoperabilidad. Promover el cumplimiento de normas sobre datos de salud y tecnologías conexas ayuda a garantizar la compatibilidad y el intercambio de información relacionada con la salud C).- Desarrollar una propuesta para la identificación única de pacientes. Con la incorporación del perfil electrónico del ciudadano en la sociedad de la información, la identificación única de pacientes es uno de los principales componentes para promover el desarrollo sostenible, ampliable e interoperable de los programas y las iniciativas enfocadas en la eSalud. Conocer el

avance de los países de la Región en eSalud es una necesidad para mejorar la eficacia y la eficiencia de los sistemas de salud pública y privada.D).- Promover la educación continuada en el uso de las TIC para los trabajadores de la salud. Entre los principales conceptos que deberán dominar todos los trabajadores de la salud se identifican los siguientes: datos masivos, abiertos y no estructurados, análisis de datos —incluida la minería de datos y textos—, aprendizaje automático, visualización de datos, diccionarios de datos de la salud, gobiernos abiertos y electrónicos, redes sociales, taxonomía y ontología. También incluye el concepto de eSalud, que comprende componentes como registros médicos electrónicos, estándares e interoperabilidad, telesalud y mSalud,4 entre otros. Para identificar sus necesidades y como implementar cambios en ese sector que se debe reforzar para realizar cada proceso de cambio en esa área importante y a su vez identificar si hay accesibilidad a los otros niveles porque se pretende una mejor referencia y contrarreferencia a los diferentes sectores de salud para evitar inequidades en la población vulnerable e integrar un sistema de salud unificado.

Horaire : 17h30- 19h30

Cocktail d'accueil et visite des posters
Animation à venir

Vendredi 23/08/2019

Horaire : 08:00 - 09:00 – Accueil et inscription

Horaire : 09h00- 10h30

Session plénière 2 : Cultures et innovations

Innovation responsable comme transformation culturelle pour le système de santé de demain.

Pascale LEHOUX, Professeure, DGEPS, ESPUM.

Titre de la présentation à venir.

Jennifer ZELMER, Présidente-directrice générale Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

La culture juridique dans le domaine de la santé ; quelle relation avec l'innovation ?

Catherine RÉGIS, Professeure, Faculté de droit, Université de Montréal.

Animation : **Nathalie DE MARCELLIS**, Professeure titulaire à l'école Polytechnique et Présidente-directrice générale du CIRANO

Horaire : 10h30- 11h00

Pause et visite des posters (salle)

Horaire : 11h00- 12h30

Session 19

Salle 1 (B-3240)

Thème : Outils de gestion pour améliorer la performance des organisations de santé.

Session organisée : Mylaine Breton, Université de Sherbrooke, Canada

Contexte et problématique

Les outils de gestion sont de plus en plus répandus dans les organisations de santé en tant qu'instruments d'amélioration continue de la qualité et de la performance des soins et services. L'émergence des outils de gestion

dans la gouvernance des systèmes et organisations de santé s'inscrit dans le courant du nouveau management public. Au Québec, les récentes transformations du système de santé se sont notamment appuyées sur l'implantation mandatée de nouveaux outils de gestion de la performance à l'échelle provinciale, soit les nouveaux systèmes de gestion intégrée de la performance. Ces systèmes sont implantés dans les organisations au moyen de salles de pilotages, qui intègrent des indicateurs de performance et des *tableaux de bord*. Les salles de pilotages consistent à des espaces virtuels où les gestionnaires de différents niveaux se rencontrent pour animer de manière structurée, dynamique et en temps réel la performance de l'organisation, afin de maximiser la valeur créée pour l'utilisateur sur le plan de la qualité des soins et services. L'hypothèse étant qu'un système intégré et standardisé de gestion de la performance à l'échelle provinciale favoriserait un meilleur alignement entre les activités actualisées aux différents paliers du système (national, régional, local). Or, le contexte mandaté de l'implantation des salles de pilotage appelle à des transformations significatives dans la gouvernance et la gestion actuelle du système de santé.

Les organisations de santé cherchent à orienter davantage la gouvernance vers un modèle de gestion intégrée de la performance. Ce leitmotiv s'inspire du courant Lean Santé, qui vise une amélioration des processus de gestion par une analyse fine des différents indicateurs pour optimiser la fluidité des processus soutenant l'organisation des soins et services. La transformation des organisations de santé vers une plus gestion de la performance gouvernée par un système intégré représente une opportunité unique d'étudier en temps réel les changements mis en place par cette nouvelle approche.

Objectif

L'objectif de ce panel thématique portant sur les outils de gestion pour améliorer la performance dans les organisations de santé est de présenter un regard diversifié par des panelistes présentant différentes perspectives. Tout d'abord, une équipe de chercheurs présentera une analyse de l'expérience d'implantation des systèmes de gestion intégrée de la performance dans les CISSS/CIUSSS au Québec. Ensuite, deux haut-gestionnaires partageront leur expérience d'implantation des systèmes de gestion intégrée de la performance dans leur propre organisation. Finalement, un expert-chercheur invité offrira une perspective comparative internationale sur l'implantation des outils de gestion dans les hôpitaux en France.

Résultats d'une recherche québécoise sur l'implantation d'un système de gestion intégrée de la performance (partie 1).

Jean-Sébastien, École nationale d'administration publique (ENAP), Canada

Résultats d'une recherche québécoise sur l'implantation d'un système de gestion intégrée de la performance (partie 1).

Elizabeth Côté-Boileau, Université de Sherbrooke, Canada

Présentation des outils de gestions mis en place les hôpitaux français (partie 2).

Olivier Saulpic, centre de recherche en management de la santé et des innovations à ESCP Europe

Panels d'experts gestionnaires sur leur expérience dans l'implantation d'un système de gestion intégrée de la performance au Québec et échange avec l'auditoire (partie 3).

Martin Beaumont, CHU de Québec-Université Laval, Québec

Panels d'experts gestionnaires sur leur expérience dans l'implantation d'un système de gestion intégrée de la performance au Québec et échange avec l'auditoire (partie 3).

Jacques Fortin, CISSS de la Montérégie, Québec

Panels d'experts gestionnaires sur leur expérience dans l'implantation d'un système de gestion intégrée de la performance au Québec et échange avec l'auditoire (partie 3).

Nathalie Petitclerc, CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec

Thème : Gouvernance des systèmes de santé.

Président: Véronique Zardet, IAE Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, France

Culture participative et gouvernance en réseau : vecteur d'innovation organisationnelle en Soins de santé primaires.

José Carlos Suarez Herrera, KEDGE Business School et DGEPS-UdeM, France

En qué medida facilitan la atención primaria de salud integral los sistemas de gobernanza canadienses?

Jeannie Haggerty, Amelie Quesnel-Valée, Tara Stewart, Emilie Dionne, Cathie Scott et Yves Couturier, Universidad McGill, Québec

Il ruolo della comunità nella governance dei servizi sanitari: valutazione dell'impatto di un progetto di social accountability monitoring sui servizi sanitari primari nella regione di Dodoma in Tanzania.

Igor Francetic, Günther Fink et Fabrizio Tediosi, Swiss Tropical and Public Health (Swiss TPH), Basilea, Università di Basilea (Unibas), Suisse. igor.francetic@supsi.ch

La nostra ricerca mira a valutare l'impatto di un programma di *social accountability monitoring* sulla disponibilità di medicinali essenziali nella regione di Dodoma, in Tanzania.

Dodoma, regione dell'omonima capitale della Repubblica Unita di Tanzania, registra una mortalità nei bambini fino a 5 anni di età di circa 76 ogni 1'000 nati vivi. In questo contesto, comune ad altri paesi a basso reddito, l'erogazione di servizi sanitari universali da parte di strutture pubbliche soffre di numerosi problemi. Questo rischia di minare la stabilità anche finanziaria della popolazione, che nel desiderio di trovare cura alle condizioni di salute che la affliggono si rivolge ad attori privati mossi dal profitto.

Uno dei problemi più sentiti dai pazienti – che ne determina spesso la soddisfazione e le abitudini di cura oltre che l'efficacia del trattamento – è la carenza di medicinali essenziali. Tra le molte strategie messe in atto per far fronte agli *stock-out* di medicinali essenziali, negli ultimi decenni si è osservato un incremento degli approcci dal basso. In forme diverse, si punta a coinvolgere la comunità nella gestione e nel monitoraggio dei prestatori di servizi sanitari locali.

Il nostro studio analizza un programma di *social accountability monitoring* (SAM), che prevede il coinvolgimento e la formazione di gruppi misti (SAM teams) composti da cittadini e rappresentanti degli stakeholder. I SAM teams – adeguatamente istruiti – seguono un processo formale di verifica e valutazione delle problematiche, valutazione delle priorità, contrattazione con le autorità e feedback alla comunità. Il progetto SAM da noi valutati è sviluppato e implementato da una ONG locale (Sikika) che si batte per servizi sanitari di qualità e uso razionale delle risorse pubbliche.

La valutazione d'impatto proposta nel nostro studio è di tipo prevalentemente quantitativo. Sfruttiamo infatti il disegno quasi-sperimentale che emerge dall'implementazione del progetto SAM di Sikika, con 2 distretti coinvolti tra i 7 che compongono la regione di Dodoma. L'analisi è condotta su una banca dati composta da due rilevazioni presso le strutture sanitarie nella regione, nel 2011 e nel 2017. La disponibilità di medicinali essenziali è misurata in giorni di *stock-out* (nei tre mesi che precedono l'intervista) e rilevata sia globalmente (su tutti i medicinali considerati) che differenziando tra le diverse categorie di medicinali.

I risultati mostrano che il programma SAM è associato a una sensibile riduzione dei giorni di *stock-out* per antibiotici e per l'indicatore globale che include tutti i medicinali. L'impatto risulta essere molto rilevante nel caso degli antibiotici, con un aumento nella disponibilità pari a circa 48 giorni su tre mesi. Non risultano invece effetti significativi su altre categorie singole di medicinali, quali antimalarici o medicinali per il trattamento di bambini e gravidanze. L'assenza di effetti per antimalarici – e in buona parte per i medicinali raccomandati nel trattamento delle gravidanze – può essere giustificata dalla presenza di programmi verticali o nazionali per l'approvvigionamento di quei farmaci, che quindi esulano dalle logiche di *governance* distrettuali oggetto della nostra analisi.

L'interpretazione del risultato su antibiotici e indice globale è che la tipologia di programma SAM implementato abbia rafforzato il legame tra autorità distrettuali e strutture locali, favorendo l'efficienza della catena di approvvigionamento nonché sensibilizzando in modo puntuale e informato i portatori d'interesse coinvolti. Questo risultato contribuisce ad un filone di letteratura che valuta la bontà della *social accountability* quale strumento per il miglioramento dell'erogazione di servizi sanitari pubblici in paesi a basso reddito. In particolare, rafforza l'evidenza a favore della SAM, supportando nel contempo i contributi che sottolineano l'importanza del contesto nel determinare il successo o il fallimento di iniziative simili.

Governança e compliance em hospitais privados no Brasil.

Gustavo Fernandes Pereira et Ana Maria Malik, FGV, Brasil

Session 21

Salle 3 (B-3250)

Thème : Retos del envejecimiento en México y América Latina: una mirada diversa.

Session organisée : Blanca Estela Pelcastre-Villafuerte, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

blanca.pelcastre@insp.mx

México, al igual que muchos países en el mundo, está viviendo un acelerado proceso de envejecimiento de su población. El envejecimiento está asociado a una transición epidemiológica que genera necesidades de salud particulares que demandan un incremento de recursos humanos, sociales, tecnológicos y económicos para cubrirlas. Sin embargo, el proceso de envejecimiento no es homogéneo y las necesidades en salud son diferentes en virtud de los distintos contextos y condiciones sociodemográficas.

Los programas en salud existentes no suelen tomar en consideración estas condiciones diferenciales, entre las que se incluyen la etnicidad, para el diseño de acciones y programas y muchas veces por esta causa se produce un desencuentro entre la oferta y la demanda.

El objetivo de esta mesa es reflexionar sobre los retos del proceso de envejecimiento y la vejez en México y América Latina, para ello presentaremos diversos resultados, producto de las investigaciones que hemos realizado sobre el tema, como elementos a partir de los cuales trataremos de responder a las siguientes preguntas: ¿a qué se enfrenta el sistema de salud para la atención de la población envejecida? ¿qué elementos fortalecen la comprensión del proceso de envejecimiento y cómo pueden ser integrados en la planeación de las políticas públicas? ¿Cuáles son los retos más significativos para el estudio de la vejez en diferentes contextos? y ¿Cuáles pueden ser los aportes de estos estudios a la renovación de la vida social y política de los países en este campo?.

Tomaremos como punto de partida la voz de las personas adultas mayores, captada a través de estudios cualitativos desarrollados en diversos lugares, quienes hablan acerca de sus experiencias de vida, sus preocupaciones, calidad de vida, necesidades sociales y de salud, reconociendo sus expectativas y habilidades de resiliencia que desarrollan. Todo ello con la finalidad de encontrar elementos comunes para la construcción de estrategias que contribuyan a una política pública adecuada a estos grupos de la población, y que permitan mejorar la atención y cuidados que reciben en esta etapa de la vida.

Queremos discutir estrategias metodológicas para la comprensión del envejecimiento y la vejez, así como modelos alternativos de atención para grupos particulares como las poblaciones indígenas, que puedan incidir en los procesos de cuidado y bienestar de los adultos mayores. Formular nuevas preguntas e identificar problemas que puedan ser abordados de manera transdisciplinaria.

Deseamos que la discusión nos lleve a pensar qué estamos haciendo para mejorar el futuro del envejecimiento inminente de la población. Cómo podemos empoderar a las personas mayores, reforzar las instituciones que brindan atención y fortalecer el acercamiento e interacción con las familias, propiciar su desarrollo biopsicosocioespiritual, pensando en los posibles escenarios de la vejez desde distintas dimensiones económica, política, social, religiosa, y cultural.

Redes de cuidado para mujeres envejecidas institucionalizadas en México: experiencias desde un sistema de salud excluyente.

Andrés Méndez Palacios Macedo, Universidad Justo Sierra, Plantel Acueducto, México. amendezp@ujsierra.com.mx

Deficiencias del sistema de salud universal mexicano en la atención a la Personas Adultas Mayores en contextos de alta migración. Un tema pendiente.

Zoraida Ronzón Hernández, México. zoraronzon@hotmail.com

Capacitación del personal de salud sobre la atención de las personas mayores maltratadas.

Guadalupe Ruelas González, México

Modelos alternativos de atención como estrategia garante del derecho a la salud para las personas adultas mayores indígenas.

Blanca E. Pelcastre-Villafuerte, Instituto Nacional de Salud Pública, México. blanca.pelcastre@insp.mx

Session 22

Salle 4 (B-3255)

Thème : Une saine gestion des ressources humaines pour garantir des soins respectant la dignité de la femme : Comparaison de leçons tirées d'interventions/recherches réalisées dans des pays francophones

Session organisée : Lise Lamothe et Noriaki Ikeda, Université de Montréal, Canada

Objectif

Analyser la situation des RHS et évaluer les interventions partagées, les obstacles et facilitateurs rencontrés ainsi que les défis relevés par les pays participants pour une meilleure gestion des RHMNI adaptée à leurs contextes culturels spécifiques.

Contexte/problématique

L'amélioration de la qualité des services et soins de santé est associée à la situation de ses ressources humaines en la matière (RHS), dans les pays à moindres ressources (ex. certains pays de l'Afrique Subsaharienne et de la francophonie) en particulier. Les systèmes de santé peinent à attirer, recruter, déployer et fidéliser leurs ressources essentiellement dans les zones difficiles. Les interventions se multiplient en la matière et ce, depuis Alma Ata en passant par les objectifs du millénaire pour le développement et présentement avec les Objectifs du développement durable. Le but ultime de ces initiatives est de favoriser la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité des RHS ainsi que la qualité de la relation soignant-soigné quel que soit le milieu d'offre des services requis par la population. En avril 2016, l'OMS publie un projet de stratégie mondiale à l'horizon 2030 sur les RHS. Il est précisé que le concept de couverture sanitaire universelle fait partie intégrante de l'accès universel aux soins de santé et ce, même s'il peut revêtir des connotations diverses selon le pays/la région. Ainsi, les décideurs des instances concernées par les RHS s'affairent à apporter des solutions aux difficultés liées à la couverture sanitaire universelle : organisations gouvernementales et non gouvernementales nationales et internationales; associations professionnelles, syndicats et employeurs; institutions d'éducation, société civile, etc. Une variété d'interventions (recherche, développement, réseautage, politiques publiques et plaidoyers) voit le jour pour : analyser les besoins, identifier les interventions efficaces et les stratégies pour leur implantation, faire le plaidoyer pour le développement de politiques publiques, etc.

Théorie, méthodes, matériels utilisés

Le cadre conceptuel appliqué est fondé sur le fait que la situation des RHS veut que leur évolution (création, adaptation, etc.) se fasse dans l'interaction des trois systèmes/paradigmes suivants : 1) socio-culturel (et ses sous-systèmes social, légal, politique, économique), 2) éducationnel (formation de base et continue), et de 3) la pratique

disciplinaire (organisation, structure, etc.). Ces trois systèmes doivent présenter une cohérence intra et inter-systèmes. Ainsi, pour favoriser le développement/le renforcement des RH concernées par la santé et le bien-être de la femme et leur permettre de contribuer aux efforts gouvernementaux, il est essentiel que leur pratique et leur formation soient cohérentes avec les valeurs sous-jacentes véhiculées dans le système socio-culturel.

Des méthodes mixtes sont utilisées : qualitatives et études de cas (entrevues individuelles et de groupe), analyse documentaire; observation, etc.; et, quantitatives : études épidémiologiques. Des outils adaptés à chacune des méthodes sont déployés.

Résultats et discussion

Mécanismes du continuum des soins maternels et néonataux et d'intégration des soins de santé primaires

Contribution/intérêt de la communication

Les différentes expériences présentées feront le point sur l'importance de prendre en considération les 3-systèmes responsables d'une bonne gestion des RHS.

Mécanismes du continuum des soins maternels et néonataux et d'intégration des soins de santé primaires.

Mariame Gueye Ba, Direction de la Santé Maternelle et Infantile, Sénégal

Évaluation des unités pilotes du Modèle PRESSMIN : 14 régions sanitaires du Sénégal.

Miho Goto, Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)

Vers une politique publique d'une vision commune du rôle des RHS en RDCongo.

Hana Halabi-Nassif, Université Saint-Joseph-Libanabi-Nassif

Implantation d'une formation fondée sur les compétences : défis des programmes sage-femme, Djibouti et infirmier, RDC.

Marie Hatem, Université de Montréal, Québec

Les dynamiques de l'émergence de la profession de sage-femme, Liban.

Rima Cheaito, Université de Montréal, Québec

La femme et le personnel de pratique sage-femme dans les structures sanitaires de première ligne au Cameroun.

Yves-Bertrand Djouda-Feudjio, Université Yaoundé I, Cameroun

Session 23

Salle 5 (B-3260)

Thème : Utilisation des services de santé

Président: Georges Borgès Da Silva, Bibliothèque de Santé, France

Utilisation des services communautaires selon la perspective des femmes survivantes du cancer du sein.

Barbara Gentil, Dominique Tremblay et Christine Loignon, Université de Sherbrooke, Québec.
Barbara.Gentil@USherbrooke.ca

Contexte et problématique

Le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes au Québec (1). Même s'il n'y a pas de consensus, certains auteurs considèrent que les femmes diagnostiquées du cancer du sein sont survivantes à partir du moment où elles reçoivent leur congé des traitements actifs (2). Il est décrit dans la littérature scientifique que ces femmes présentent des besoins non comblés dans différentes dimensions de leur vie (3), tels que des problèmes de sommeil,

l'ostéoporose et le lymphœdème. Afin de mieux répondre aux besoins de ces personnes, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec suggère d'intégrer des services communautaires à ceux offerts par le réseau de la santé (4). Le modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques avance que des interactions productives entre les équipes offrants des services communautaires et celles du réseau de santé publique permettraient une amélioration des soins auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique incluant le cancer (5). Même si ces publications reconnaissent l'intégration des services communautaires, peu d'études se sont intéressées au point de vue de ces femmes sur l'utilisation des services communautaires.

Objectif de la recherche

L'objectif principal est d'explorer leur expérience de l'utilisation des services communautaires. De façon plus précise, la recherche vise à : 1) décrire l'utilisation faite des services communautaires par ces femmes; 2) explorer les facteurs qui les ont influencées à utiliser ces services communautaires.

Méthodes et matériels utilisés

Ce projet se veut une étude qualitative à devis descriptif interprétatif (6). Ce devis permettra de décrire l'utilisation des services communautaires en tenant compte du point de vue des survivantes du cancer du sein. Les participantes seront recrutées selon un échantillonnage intentionnel et homogène (6). Des entrevues semi-structurées seront réalisées afin de connaître la nature de l'utilisation des services communautaires, tout en faisant ressortir la signification subjective que les survivantes peuvent avoir de cette expérience. Les entrevues seront enregistrées et retranscrites sans être éditées. Une analyse qualitative sera faite de ces entrevues selon la démarche proposée par Huberman et al. 2014 et facilitera les liens à faire émerger pendant le processus d'analyse. Cette démarche est composée de trois étapes: 1) condensation des données; 2) présentation sous forme de matrice; 2) conclusion et interprétation. Il peut avoir différents allers-retours entre les différentes étapes de la démarche qui est itérative et dynamique. Une matrice facilitera le repérage des composantes du phénomène étudié, afin de mieux les regrouper et mettre en évidence les liens existants entre elles pour faire ressortir une meilleure compréhension du phénomène (7). Un modèle adapté du modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques permettra de mieux interpréter les interactions entre les équipes offrants des services communautaires et celles offrant des services spécialisés selon la perspective des participantes. La taille d'échantillon sera déterminée par un principe de redondance (6), soit entre 10 à 12 participantes.

Retombés

Les résultats permettront de faire émerger des données empiriques, notamment sur les facteurs contraignants et facilitants à l'utilisation des services communautaires. Entre autres, il sera possible d'explorer si les services communautaires ont pu répondre aux besoins des survivantes au moment où elles ont eu recours à ces services. La diffusion des résultats contribuera à alimenter une réflexion sur les pratiques à mettre de l'avant afin de favoriser et de faciliter l'utilisation des services communautaires par les survivantes du cancer du sein au Québec.

Contribution de la communication par rapport à l'état de la pratique

Compte tenu du peu de littérature sur le sujet d'intérêt, ce projet pourra éventuellement contribuer à améliorer les connaissances et permettre de poursuivre des recherches sur la perspective des survivantes par rapport à l'utilisation des services communautaires après leur congé des traitements actifs. La diffusion des résultats pourra aussi amener les intervenants, les gestionnaires et les professionnels de la santé du Québec à réfléchir si les pratiques actuelles répondent aux besoins de ces utilisatrices des services communautaires et cela au moment opportun.

Politiques publiques et utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les personnes en situation de handicap en Ouganda : Perceptions et recommandations.

Muriel Mac-Seing, Kate Zinszer et Christina Zarowsky, École de santé publique de l'Université de Montréal, Québec.
muriel.k.f.mac-seing@umontreal.ca

Contexte et problématique

Émergeant d'un conflit armé de 20 ans, le nord de l'Ouganda fait face à des séquelles sociosanitaires lourdes. Au pays, une personne sur cinq vit avec une incapacité motrice, sensorielle et/ou cognitive (UDHS, 2016). En 2006, l'Ouganda a adopté la loi relative au handicap promouvant les droits des personnes en situation de handicap (PSH). Malgré ceci, Calass 2019

les services sanitaires de base, la santé sexuelle et reproductive comprise, continuent d'exclure la majorité des PSH, remettant en question leurs droits fondamentaux d'accès à la santé. Analyser les lois et les politiques devient donc essentiel à la compréhension de l'équité en santé et de l'utilisation des services par les populations (Gilson, 2012).

Objectif de la recherche

S'inscrivant dans une étude mixte, l'objectif de cette recherche qualitative examine les perceptions de cinq groupes d'acteurs au sujet des relations entre la législation, les politiques de santé et l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les PSH et ce, dans un contexte de post-conflit au nord de l'Ouganda. Ces acteurs sont, au niveau micro : les PSH, au niveau meso : les prestataires de services de santé et les organisations communautaires locales, et au niveau macro : les organisations gouvernementales et non-gouvernementales et les décideurs.

Théorie et méthodes

Pour guider cette recherche, la théorie de l'intersectionnalité est adoptée. Elle nous permet de mieux comprendre et de rendre visibles les inégalités sociales en santé ainsi que les multiples oppressions auxquelles font face les populations vulnérables (Collins et Bilge, 2016; Hankivsky et coll., 2014). Pour se faire, un séjour de six mois en Ouganda a été réalisé. Au total, 45 entretiens semi-dirigés ont été menés avec 32 femmes et hommes en situation de handicap (moteur, visuel, auditif et mental/intellectuel) dans trois districts, et 13 acteurs au niveau national à Kampala. Neuf groupes de discussion ont été organisés pour approfondir et trianguler les informations obtenues. Des observations non-participantes ont aussi été effectuées dans deux hôpitaux de référence et cinq centres de santé de niveau III. Les données sont saisies dans le logiciel QDAMiner 5 et une analyse thématique interprétative est entreprise.

Résultats et discussion

Au niveau micro, bien que les PSH admettent l'importance des lois et des politiques qui peuvent promouvoir leurs droits, leur niveau de connaissances à cet effet est très limité, voire inexistant. Très peu de femmes en situation de handicap sont au courant ou utilisent les méthodes contraceptives modernes, soit par croyances religieuses ou par objection de conscience de la part des prestataires de services, et ce, malgré la mise en place de politiques sur la planification familiale. Ces dernières sont aussi plus à risque d'être abusées sexuellement. Par ailleurs, les femmes qui ont des enfants sont souvent monoparentales, alors que leurs homologues masculins sont en union avec une ou plusieurs femmes non handicapées, la plupart du temps. Ces différences genrées influencent la tendance d'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez la population handicapée. À tous les niveaux, les résultats démontrent que les PSH sont confrontées à de multiples barrières physiques, culturelles et structurelles, entravant leur accès et utilisation des services de santé sexuelle et reproductive. De plus, à cause du capacitisme et de croyances culturellement ancrées, les PSH, surtout les femmes, rapportent être discriminées au point de service par le personnel de santé, en plus d'être stigmatisées dans la communauté. Par exemple, outre que les PSH sont perçues comme des êtres dépourvus de sexualité, on croit qu'elles sont « maudites » ou que celles, vivant avec un problème de santé mentale, « infecteront » leurs enfants. Pour pallier ces problèmes, la majorité des participants interviewés, du communautaire au niveau central, recommandent d'appuyer un vaste chantier pour « changer les mentalités » au-delà de l'adoption des lois, de rendre les décideurs imputables des politiques adoptées, de capaciter les PSH en matière de droits et de représentation, de s'attaquer à l'accessibilité universelle des services de santé, de former les prestataires de services et les décideurs sur le handicap, de collecter les données relatives au handicap et de suivre leur évolution dans le temps, et d'accroître les budgets intersectoriels pour mieux répondre aux besoins d'inclusion du handicap.

Contribution

Cette recherche est l'une des premières en la matière. Elle confronte simultanément, aux niveaux micro, meso et macro, les perceptions de différents groupes d'acteurs en ce qui a trait aux politiques de santé et à l'utilisation des services sanitaires par les usagers handicapés. Elle permet également de mieux comprendre les inégalités d'accès aux services que subissent les PSH d'une part, et d'autre part, de mettre en exergue les solutions promues localement. Enfin, les résultats de recherche contribuent actuellement à alimenter un nouveau cycle de révision des politiques au niveau national et des pratiques professionnelles au sein des structures de santé.

[Utilisation des services d'éducation prénatale de groupe et en ligne offerts par des établissements intégrés de santé.](#)

Geneviève Roch, Caroline Vaillancourt, Alexandre Prud'Homme, Stéphane Turcotte, Roxane Borgès Da Silva, Julie Poissant, Tamarha Pierce et Marie-Pierre Gagnon, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec.
Genevieve.roch@fsi.ulaval.ca

Contexte et problématique

L'éducation prénatale est au cœur de l'offre des soins et services périnataux dispensés par les établissements intégrés de santé et de services sociaux (ÉISS) québécois. En réponse à différents défis organisationnels et à l'évolution des besoins des futurs parents, certains ÉISS ont opté pour introduire des services d'éducation prénatale en ligne (EPL), tout en poursuivant l'offre de services d'éducation prénatale de groupe (EPG) en présentiel. Différentes études ont démontré que l'ÉP de groupe ou en ligne peut s'avérer efficace pour préparer au travail et à l'accouchement, réduire l'anxiété ou contribuer à l'allaitement. En contrepartie, les programmes qui font l'objet de ces études sont souvent très différents de ceux qui sont offerts à même les services des ÉISS. Les futurs parents manifestent aussi de plus en plus d'intérêt pour les technologies, ce qui motive le recours à des sites et applications commerciales, dont les informations peuvent être de qualité variables. L'introduction des services d'ÉPL génère différents questionnements quant à l'utilisation que les femmes enceintes et leurs partenaires en font, par rapport aux services d'ÉPG ou encore aux autres sources d'information prénatale auxquelles ils ont recours.

Objectif

Décrire l'utilisation et le niveau d'exposition des futurs parents aux services d'ÉPG et d'EPL offerts par les ÉISS.

Méthode

Analyses descriptives exploratoires effectuées à même une étude de cohorte prospective conduite auprès d'un échantillon préliminaire de 209 femmes enceintes et 79 partenaires. Les participants domiciliés dans les territoires desservis par deux ÉISS offrant des services d'ÉPG et d'ÉPL ont été invités à compléter un questionnaire en ligne lors de consultations cliniques ou d'échographies de routine, entre la 10^e et 24^e semaine de grossesse. Les sections du questionnaire concernées par la présente analyse sont administrées à la 34^e semaine. Elles permettent de documenter l'utilisation de services d'ÉPG ou d'ÉPL (variable nominale), l'exposition aux 8 thématiques communes aux services d'ÉPG et ÉPL (score sur 8) et l'utilisation d'autres sources d'informations prénatales (variable nominale). Pour établir une différence statistiquement significative entre les femmes et les partenaires, au seuil de 0.05, des tests de chi-deux (Pearson) ont été réalisés pour des croisements avec une variable nominale, alors qu'un T-test ou une ANOVA ont été appliqués pour comparer les scores moyens.

Résultats et discussion

Globalement, moins d'un répondant sur quatre (22,9%) a eu recours à des services d'ÉPG dispensés par l'un des 2 ÉISS, alors que cette proportion grimpe à 70,5% pour l'utilisation des services d'EPL recommandés. À titre comparatif, les femmes et les partenaires ont eu un recours équivalent aux services d'ÉPG (22,5% vs 24,1%; $p=.778$). Toutefois, les femmes déclarent avoir eu plus souvent recours aux services d'ÉPL que les partenaires (82,3% vs 39,2%; $p<.001$). Elles déclarent également avoir obtenu de l'information prénatale sur un plus grand nombre de thèmes que les partenaires ($\bar{x} = 4,4\pm 3,0$ vs $2,7\pm 3,3$; $p<.001$). Pour chacun des thèmes, excluant les services et ressources communautaires disponibles, les femmes ont été significativement plus exposées que les partenaires. Les thèmes pour lesquels les femmes ont été le plus exposées sont : grossesse et habitudes de vie prénatales (78,5%), travail et accouchement (65,6%) et allaitement (58,9%). Tout comme les partenaires, les thèmes les moins consultés sont en lien avec les services et ressources communautaires (32,1%) et les interventions obstétricales (48,3%). Ces constats sont d'une importance majeure quant à l'utilisation distinctive des services d'ÉPG et d'ÉPL, mais aussi aux différences de genre motivant le recours à l'un et/ou l'autre de ces services. En incluant les sources d'informations qui ne sont pas recommandés par les ÉISS, les femmes diversifient davantage les sources utilisées que les partenaires ($\bar{x} = 2,8\pm 1,4$), consultant en moyenne $4,3\pm 1,5$ sources différentes ($p<.001$). Outre l'utilisation des services d'EPL recommandés, la différence entre femmes et partenaires est particulièrement marquante en ce qui concerne la consultation d'un guide de référence papier distribué par les ÉISS (86,6% vs 57,0%; $p<.001$), ressource de base utilisée par près de 80% de l'ensemble des répondants. Des sources de provenance multiples étant mobilisées, elles pourraient conduire à des informations contradictoires. Il serait pertinent d'explorer si cela intervient ou non sur les comportements et la santé des familles.

Contribution

Alors que l'introduction de nouvelles technologies éducatives se multiplie dans les organisations de santé, il est essentiel de considérer l'utilisation qu'en font les usagers. L'éducation prénatale s'inscrivant dans une logique s'adressant à la femme enceinte comme à son partenaire, il est aussi important de s'assurer que les services offerts puissent tous deux les rejoindre dans une optique de santé familiale.

Obésité et recours aux urgences dans la cohorte CONSTANCES.

Anne-Laure Feral-Pierssens, Claire Carette, Claire Rives-Lange, Joane Matta, Marcel Goldberg, Philippe Juvin, Marie Zins et Sebastien Czernichow, UMS 11-INSERM, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, France

Session 24

Salle 6 (B-3265)

Thème : Velhos problemas e novos desafios para a Gestão da Educação no Sistema Único de Saúde do Brasil

Session organisée : Tania França e Hélio Angotti Neto, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. taniafranca29@gmail.com

A política de formação de educação na saúde adquire o caráter de política de Estado a partir da criação, no âmbito do Ministério da Saúde (MS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que sob sua responsabilidade responde pelas políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores do SUS, participando da proposição e do acompanhamento da educação dos profissionais de saúde no SUS e no MS.

A criação da SGTES promoveu avanços na área da educação na saúde, contudo há desafios a serem superados. Medidas para a continuidade das ações de educação na saúde, bem como elaboração de estratégias para sua atualização, monitoramento e avaliação, se fazem necessárias diante das novas exigências da área da saúde, dentre elas o desenvolvimento de propostas com ênfase na educação baseada em competências, o estímulo a maior utilização das novas tecnologias para o ensino na saúde e o estabelecimento do compromisso com as novas demandas de saúde pública.

O objetivo da mesa proposta é refletir sobre os novos desafios para Gestão da Educação no sistema de saúde brasileiro relativos ao monitoramento das políticas de educação, formação e qualificação dos trabalhadores do SUS além de apresentar experiências inovadoras e possibilidades que se apresentam no campo da Saúde.

Estratégias para o para o fortalecimento da atuação das Escolas de Saúde Pública do Brasil.

Tania França, Carinne Magnago, Soraya Belisario et Maria Ruth dos Santos, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. taniafranca29@gmail.com

Apresentar um conjunto de estratégias para promover o desenvolvimento de ações, fundamentadas nos pressupostos do apoio institucional em saúde, para o fortalecimento da atuação das Escolas de Saúde Pública do País, ancoradas na tríade ensino-pesquisa-extensão, com a finalidade de se alcançar uma formação em saúde mais coerente e adequada aos complexos desafios e necessidades atualmente exigidos pelo SUS.

O uso da rede social como ferramenta de monitoramento e avaliação das ações de educação na Saúde.

Tania França, Fatima Meirelles, Vania Teixeira et Elaine Teixeira Rabello, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. taniafranca29@gmail.com

Visa apresentar e debater possibilidades de investigação das mídias, redes e plataformas digitais como estratégias de monitoramento e avaliação das ações de Educação Permanente em Saúde. Entendendo que a internet e as diversas plataformas e mídias sociais têm sido um desafio para os métodos de pesquisa, aumenta o interesse em investigar e entender as interações mediadas por tecnologia, principalmente pela internet.

Monitoramento e Avaliação do Planejamento das Ações de Educação Permanente em Saúde no Brasil.

Isabela Cardoso de M. Pinto et Carmen F. Teixeira, Instituto de saúde coletiva da Universidade Federal da Bahia, Brasil.
isabelacmp@gmail.com

A gestão do trabalho e da educação na saúde tem sido um dos desafios enfrentados no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, estimulando a formulação e implementação de políticas, dentre as quais destaca-se Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS, lançada em 2003. A implementação dessa Política vem sendo objeto de estudos que apontam a existência de várias dificuldades, entre as quais a ausência de avaliação das ações realizadas nos estados e municípios do país. Diante disso, o MS promoveu, a partir de 2017, um conjunto de oficinas regionais com a finalidade de analisar a situação da PNEPS nos estados e estabelecer novas estratégias para o desenvolvimento dessa política. Dentre estas, destacou-se a elaboração de um Manual de planejamento das ações de EPS e a construção de uma Metodologia de monitoramento e avaliação das ações de Educação permanente em Saúde no âmbito estadual do SUS. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de construção dessa metodologia e analisar os limites e possibilidades de sua utilização no momento atual, com base nos relatórios elaborados durante o processo. Os resultados indicam que adotou-se uma perspectiva mista, incluindo como **sujeitos** da avaliação, avaliadores externos (consultores) e internos (gestores e trabalhadores de saúde), e se definiu um Marco referencial que contempla as três dimensões da PNEPS – estrutura, processo e resultados – em cada uma das quais foram especificados os objetos, variáveis e critérios de avaliação a serem aplicados. Para sua operacionalização foi construída, inicialmente, uma Matriz de análise do processo de planejamento estadual das ações de EPS que, uma vez aplicada aos Planos Estaduais de Educação permanente em Saúde elaborados por cada estado, permitirá a identificação das facilidades e dificuldades enfrentadas, subsidiando o aperfeiçoamento das ações do Ministério da Saúde em apoio ao processo de consolidação da PNEPS no âmbito do SUS.

Capilarização e interiorização de processos formativos em pós-graduação *latu sensu* em gestão do trabalho e da educação na saúde na modalidade de educação a distância: uma experiência brasileira.

Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar et Maria Aparecida Dias, Departamento de Saúde Coletiva - UFRN, Brasil. janetecastro.ufrn@gmail.com

Visa apresentar a experiência brasileira de cooperação entre instituições de ensino e de serviços de saúde, na perspectiva de qualificar as estruturas de gestão do Sistema Único de Saúde que lida com a formulação e a execução de políticas de recursos humanos em saúde. Desenvolvida nos estados de todas as regiões geográficas do Brasil essa experiência foi realizada por meio de um amplo processo de formação, desenvolvido totalmente a distância, usando as novas tecnologias de informação e comunicação. Como resultado aponta-se a realização de três cursos de especialização (pós-graduação *latu sensu*), com duração de 12 a 10 meses cada um, realizados totalmente a distância, possibilitando a participação de 2650 alunos de lugares mais distantes e diversos do País, totalizando o envolvimento de 708 Secretarias Municipais, 27 Secretarias Estaduais, distintos setores do Ministério da Saúde e instituições de ensino. Os alunos ressaltam a penetração do curso em municípios de difícil acesso, a flexibilidade de horário ofertada pela Educação a Distância (EaD) o que permite que o aluno concilie a sua agenda de estudo com sua jornada de trabalho. Todavia, alguns desafios se apresentaram no decorrer da experiência: como lidar com o fantasma da evasão tão presente no processo de EaD? Como motivar o aluno a falar com o professor por meio de uma plataforma virtual? O WhatsApp é uma ferramenta que ajuda? Quais são as dificuldades dos professores? Podemos falar de eficácia da EaD? O que dizem os alunos e os professores? Essas são algumas das questões apresentadas no relato dessa experiência. As informações foram coletadas nos relatórios das diversas pesquisas e diagnósticos realizados durante o curso e depois do encerramento dos mesmos, tendo em vista o monitoramento do processo.

Horaire : 12h30- 13h30

Lunch (salle) et visite des posters (salle)

Horaire : 13h30-15h00

Session 25

Salle 1 (B-3240)

Thème : Dépense en santé et financement des systèmes de santé

Président: Olivier Baly, Centre de gestion scientifique Mines ParisTech, France

Au Maroc, la consommation médicale de la population couverte par l'Assurance Maladie est un processus au cours duquel des fonds des organismes gestionnaires sont versés à des prestataires de soins pour fournir des soins ou des produits de santé. Les dépenses de santé enregistrées évoluent à un rythme beaucoup plus accéléré que les ressources financières disponibles.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la dépense des soins de santé dans le cadre l'Assurance Maladie Obligatoire et dresser un profil de la consommation de la population couverte au Maroc.

Il s'agit d'une étude transversale par laquelle nous avons analysé les données économiques visant à identifier le comportement de la consommation médicale de la population couverte par l'Assurance Maladie Obligatoire à partir des données recueillies auprès de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie Marocaine relatives aux dépenses des caisses gestionnaires des fonds de l'Assurance Maladie Obligatoire pour les deux secteurs d'activité public et privé.

Résultats

La dépense médicale de la population couverte par le régime de l'Assurance Maladie Obligatoire au Maroc a évolué de 354 800 à 652 500 Dollars Américains entre 2009 et 2014. Celle-ci est enregistrée chez la caisse d'assurance maladie qui gère les ressources de la population couverte du secteur public par rapport à celle qui gère les ressources de la population couverte du secteur privé.

La part des dépenses dans le secteur public des soins ambulatoires dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire est élevée par rapport aux soins hospitaliers alors que dans le secteur privé la part des dépenses des deux types de soins est variable selon l'année de l'exercice.

Le poste des médicaments a enregistré en 2014 une part de 33% des dépenses de l'Assurance Maladie pour les deux secteurs d'activité. Le niveau de la consommation médicale chez la population couverte atteinte de maladies chroniques représente 49,29% du total des dépenses l'Assurance Maladie Obligatoire alors que son effectif ne dépasse pas 2,78% de la population couverte.

Les résultats obtenus lors de cette étude ont objectivé l'existence d'une multiplicité de régimes de couverture médicale avec une disparité entre les deux régimes existants de l'Assurance Maladie en matière de couverture, de financement, de gestion de paiement des dossiers médicaux ainsi que l'identification des postes clés de la dépense de santé. Ceci pourrait avoir des conséquences sur l'équilibre budgétaire de ces régimes de l'assurance maladie et l'accès aux soins des patients. De plus, l'absence d'un système intégré de gestion et d'information de la couverture médicale de base fragilise sa gouvernance.

Au Maroc, la maîtrise de la dépense médicale dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire passe par le développement et le renforcement des mesures de régulation et la contribution aux réformes de santé. Pour les maladies chroniques, il est nécessaire de développer une stratégie globale de maîtrise de dépenses de santé incluant le renforcement des actions spécifiques de coordination de soins et de prévention des maladies chroniques.

Les déterminants des dépenses de santé en Algérie : une approche par le modèle ARDL.

Zoulikha Ziani, Farida Ziani, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie

Perceptions des acteurs et contexte de la mise en œuvre du financement basé sur les résultats dans les hôpitaux de district du Mali.

Tony Zitti, Lara Gautier, Abdourahmane Coulibaly et Valéry Ridde, Université Sorbonne Paris Cité, France

Introduction du financement forfaitaire à la pathologie en Belgique : impact au CHU de Liège.

Marie-Pierre Cunin, Nancy Laport, Francine Kersten, Philippe Kolh, Jessica Jacques, UHL Liège, Belgique.
mpcunin@chuliege.be

Contexte et problématique :

Pour améliorer l'efficacité et la qualité du système de soins de santé en Belgique, tout en répondant de manière plus optimale à l'évolution des besoins des patients (de plus en plus âgés et augmentation des maladies chroniques), le ministère des Affaires Sociales et de la Santé Publique a entamé une révision du financement des hôpitaux.

En amont de cette réforme, un cadre conceptuel a été posé sur base d'une analyse du système actuel, d'une comparaison avec les systèmes étrangers et de la mise en place de projets pilotes¹. En effet, pourquoi vouloir changer un système qui fonctionne bien en apparence? Force est de constater que l'offre de soins est vaste en Belgique et bénéficie d'un fort dynamisme technologique. Les soins sont en outre accessibles au plus grand nombre et de proximité. Cette réforme est pourtant jugée indispensable face au constat d'un système coûteux et d'un nombre croissant d'hôpitaux en déficit.

Un des pans de la réforme vise donc à faire évoluer le financement des hôpitaux vers un financement prospectif et par pathologie APR-DRG (hors santé mentale et revalidation), organisé en clusters de financement pour les pathologies à basse, moyenne et haute variabilité.

Les clusters basse variabilité sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2019. Ils concernent l'activité en hospitalisation classique et de jour. Le montant englobe tous les honoraires (médicaux et non médicaux) liés à un séjour, indépendamment des prestations effectivement réalisées, permettant ainsi de répondre aux objectifs suivants :

- Limiter les **différences de pratiques** pour des soins standardisables (faible sévérité) et endiguer une éventuelle **sur-consommation**
- **Prévisibilité** au travers un montant prospectif plutôt qu'un remboursement a posteriori
- Un **montant identique pour le patient** pour un même soin presté quel que soit l'hôpital
- Plus de **transparence** pour les patients et pour les soignants
- Plus d'**équité de financement** (calcul du montant du forfait sur la médiane nationale plutôt que moyenne)

27 DRG ont été identifiés comme faisant partie des clusters basse variabilité. Ils concernent principalement les disciplines de cardiologie interventionnelle (coronaroplastie, ...), chirurgie cardio-vasculaire (pontage, valve, ...), chirurgie abdominale (thyroïdectomie, gastroplastie, ...), gynécologie et obstétrique (accouchement vaginal, césarienne,...), chirurgie orthopédique et de la main (PTH, PTG, canal carpien,...), urologie (circoncision, vasectomie, ...) et ORL (amygdales et végétations, ...). Ces 27 DRG ont été subdivisés en 57 groupes de patients, définis à partir du degré de sévérité (1 et/ou 2), de la présence ou l'absence de certains codes de nomenclature et/ou de codes ICD10 et du type d'hospitalisation (classique ou de jour). Chaque groupe de patient se voit ainsi attribuer un montant forfaitaire par séjour.

Objectif

Le CHU de Liège, hôpital universitaire, compte 888 lits agréés. En 2018, il a accueilli 840.000 personnes en consultation, 100.000 patients aux urgences, 45.000 en hôpital de jour et 42.000 en hospitalisation classique. Plus de 900 médecins, répartis entre une cinquantaine de services, y dispensent des soins spécialisés dans toutes les disciplines médicales.

Avant la mise en place effective de cette réforme, le CHU de Liège a souhaité analyser les différents impacts des clusters basse-variabilité sur l'institution et par service médical. En effet, au CHU de Liège, une forte responsabilisation budgétaire a été confiée aux chefs de service médicaux en ce qui concerne les honoraires. Dès lors, chaque service médical correspond à une unité budgétaire gérée par un chef de service médical.

Méthode

En collaboration avec le service de facturation, le Service des Informations Médico-Economiques a réalisé des simulations sur base d'un feedback reçu de l'INAMI qui identifiait les séjours RHM de 2016 (codés en ICD 10/version 34) appartenant aux clusters basse variabilité, et indiquait pour chaque séjour le montant réellement facturé (par code de nomenclature) ainsi que le montant forfaitaire alloué au séjour et la valeur correspondante par code de nomenclature.

¹ Etude KCE (2014) «Cadre conceptuel pour la réforme du financement des hôpitaux »
Calass 2019

Les analyses réalisées visaient dès lors à :

- **quantifier la proportion de séjours impactés,**
- **évaluer les gains et pertes financiers attendus par pathologie**
- **identifier une méthode de redistribution du montant des forfaits entre les services médicaux / prestataires. Cette répartition est particulièrement attendue dans la mesure où elle doit être équitable entre les services médicaux et rester cohérente face aux enjeux de la réforme.**

Résultats

Les simulations réalisées ont permis d'identifier que, sur base des séjours 2016, l'impact institutionnel était modéré. 6 916 séjours (8%) étaient potentiellement concernés par les clusters basse variabilité. Parmi ceux-ci, 4 902 (12%) relèvent de l'hospitalisation classique et 2014 (4%) de l'hospitalisation de jour. La réforme impactait 7 172 649€, soit 0.42% des honoraires totaux. En outre, globalement, la réforme des honoraires présentait une balance légèrement positive, avec 369 621€, soit un bénéfice de 5% du montant facturé sur les pathologies concernées.

Par contre, l'impact par service est différent d'une discipline à l'autre. Par exemple, la facturation des séjours clusters basse variabilité en cardiologie interventionnelle représente près de la moitié des honoraires totaux dans cette discipline mais cette discipline génère un bénéfice avec l'arrivée des forfaits, alors que 13% des séjours en gynécologie-obstétrique sont concernés mais avec un déficit.

Pour répondre à l'enjeu de la redistribution des forfaits, différentes méthodologies ont été testées, allant de l'application stricte par séjour du pourcentage national par code de nomenclature (fourni par l'INAMI), à une répartition sur base des actes prestés. Les points forts et points faibles de chacune des méthodes ont été analysés : montant distribué trop faible, particulièrement dans certaines disciplines pour la première méthode (en effet, il n'était pas possible d'attribuer au CHU l'entièreté des codes utilisés au national), montant totalement distribué mais qui n'endigie pas la surconsommation pour la dernière méthode. Un cheminement par étape visant à conserver les avantages des méthodes testées tout en supprimant les inconvénients a finalement permis d'aboutir à une méthode mixte et consensuelle, qui se compose d'une première répartition du forfait par article de nomenclature, conforme à la pratique nationale, suivie d'une répartition par service sur base des actes prestés. Cette méthode présente l'avantage d'une redistribution équitable du forfait entre services tout en régularisant une éventuelle surconsommation.

Conclusion

Les clusters basse variabilité constituent une porte d'entrée dans la réforme du financement des hôpitaux, qui se veut plus globale en Belgique. À terme, le montant global prospectif par admission devrait intégrer, en plus des honoraires, le budget des moyens financiers ainsi que les médicaments et les implants. Il devrait en outre s'étendre à d'autres pathologies et éventuellement d'autres niveaux de variabilité.

L'analyse des impacts de cette première réforme, au-delà de l'aspect financier, a en outre permis de s'interroger sur les pratiques médicales et de s'interroger sur les différences observées par rapport à la pratique nationale.

Session 26

Salle 2 (B-3245)

Thème : Pourquoi et comment une gouvernance intersectorielle permet-elle une action en réseau?

Session organisée : Lise Lamothe, Université de Montréal, Québec

Le champ des connaissances dans le domaine des organisations de santé a nettement évolué durant les 50 dernières années. La volonté de vouloir s'adapter à l'environnement en mutation constante nous a amenés à développer une façon de travailler qui permet à des acteurs engagés, autonomes et libres, d'agir ensemble, de convenir de problèmes collectifs et de trouver des solutions communes.

Dans un contexte institutionnel, la mise en réseau est un processus complexe, dans lequel la rencontre entre grande variété de professions et d'organisations est essentielle. Cette forme organisationnelle est difficile à rendre tangible, car elle requiert une fine compréhension des cultures organisationnelles en présence, comme celles associées aux organismes communautaires ou aux hôpitaux. Les dirigeants doivent connaître de quelles manières les valeurs, les croyances et les normes qui caractérisent ce type d'organisation complexe se sont développées au fil du temps

(Lamothe, 2002). En somme, il importe de saisir les canaux formels de participation, mais aussi, les règles informelles, les imaginaires sociaux et les perceptions (Lecy, Mergel & Schmitz, 2014; Sørensen & Torfing, 2016).

La gouvernance intersectorielle est dorénavant essentielle afin de permettre aux systèmes de santé et de services sociaux de s'adapter aux impératifs de l'offre de soins et services et d'assumer leur responsabilité d'améliorer la santé de la population. Or, comme nous venons de le constater, l'exercice de la gouvernance intersectorielle pose encore aujourd'hui de nombreuses difficultés aux dirigeants. L'objectif de cette session thématique est de comprendre l'influence d'une diversité de professions et d'organisations, et donc de leur culture respective, sur la création et l'actualisation d'une gouvernance en réseau. Afin d'y arriver, nous discutons notamment des stratégies mises en place par des organisations de santé, comme des CISSS/CIUSS ou des régies régionales de la santé, ou encore des organismes non gouvernementaux, afin de canaliser les réalités culturelles, et d'influencer le changement dans la direction voulue.

Cette présentation permettra d'illustrer la complexité de la gouvernance intersectorielle, ceci, en s'appuyant sur trois cas concrets. Un accent sera mis sur l'influence des dynamiques relationnelles de professionnels et d'organisations aux cultures distinctes, voire divergentes, sur l'émergence et la viabilité de l'organisation réseau. Aussi, nous discuterons des compétences indispensables pour réfléchir et agir en termes de réseau, et aussi, pour créer des ressources permettant de répondre à différents besoins en santé.

L'actualisation de l'organisation réseau nécessite la démonstration de compétences spécifiques que nous avons déjà identifiées dans le passé (Lamothe, 2002). Elles peuvent être regroupées en quatre catégories : les compétences cliniques, les compétences sur le plan réflexif, les compétences sur l'aspect des relations interpersonnelles et les compétences sur le plan réflexif. Puisque l'objectif de notre session est lié à l'influence des cultures sur l'organisation réseau, nous allons surtout porter notre attention sur les compétences conceptuelles, qui sont essentielles à la vision projetée de la finalité poursuivie et à son actualisation.

Nous proposons un atelier interactif se déclinant en trois parties.

Tout d'abord, deux communications orales permettront de cerner la question de la construction et l'actualisation de la gouvernance intersectorielle et celle des compétences nécessaires afin de bien comprendre les diverses cultures organisationnelles la composant :

1. La construction d'une gouvernance intersectorielle (François Lamy)
2. Les compétences nécessaires à l'actualisation d'une organisation en réseau (Stéphanie Collin)

Ensuite, une discussion, incluant un panel de dirigeants et animée par Lise Lamothe, permettra de tracer un lien entre les connaissances scientifiques concernant la gouvernance intersectorielle et la réalité du terrain.

La construction d'une gouvernance intersectorielle.

François Lamy, Université de Montréal Québec

Les compétences nécessaires à l'actualisation d'une organisation en réseau.

Stéphanie Collin, Université de Moncton

Discutants:

Gilles Lanteigne, Réseau de santé Vitalité (Nouveau-Brunswick)

Martin Beaumont, CHU de Québec-Université de Laval, Québec

Michèle Asmar, Institut supérieur de santé publique de l'Université Saint-Joseph, Liban

Session 27

Salle 3 (B-3250)

Thème : Desigualdade Social, Cidades e Sistemas públicos de Saúde

Session organisée : Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piau, Brasil

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

La session cherche à partager des connaissances et des expériences sur les multiples dimensions du travail, de la recherche et de la formation professionnelle dans le domaine de la santé dans les systèmes de santé publiques en différents contextes. Il vise également à créer un espace privilégié de réflexion sur les territoires des villes, la sociabilité urbaine et les multiples défis posés par la consolidation des réseaux de santé dans les systèmes de santé publique des grands centres urbains. Il analyse également les technologies de la santé et les propositions intersectorielles en matière de formation et de production de soins de santé et de santé mentale, ainsi que les réserves d'alternatives nécessaires pour renforcer le réseau de la santé, les politiques sociales publiques et la citoyenneté. Les propositions de communication seront acceptés pour traiter les problèmes de santé, y compris le travail collectif en santé, l'intersectorialité des politiques, la formation et les soins dans le domaine de la santé et de la santé mentale, ainsi que le développement des organisation et gestion du travail, réseaux de soins de santé et politiques sociales publiques liées au travail de santé et formation dans ce domaine de la connaissance.

Questão urbana e desigualdade social: desafios para a saúde e para a formação profissional.

Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Brasil. emgoulart@uoi.com.br

O estudo analisa os desafios da formação profissional no campo da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), espaço social onde o formar-se tem requerido, a adoção de direção interprofissional com vistas a buscar consolidar a atenção integral à saúde. O campo da Saúde no Brasil é um espaço onde estão presentes 21 profissões e ocupações de saúde regulamentadas, sendo 14 delas de nível superior e sete de nível técnico, sendo estas últimas supervisionadas por profissões de nível superior (PIERANTONI; GIRARDI, 2017, p. 13). As diretrizes curriculares das 14 profissões da Saúde, publicadas entre 2001 e 2004, referem-se às profissões de Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (COSTA *et al.*; 2018, p. 1185). Essas profissões realizam o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, no espaço das cidades e na sua relação indissociável com um conjunto de cidades de diferentes tamanhos marcados por diferentes e desiguais formas de acesso a bens e serviços em geral. Com base nos marcadores legais, na dimensão histórica, no arcabouço conceitual e sociodemográfico, no desenho da Política de Saúde no Brasil, discute-se a natureza dos saberes que precisam ser ensinados e potencializados em face da presença de múltiplas expressões da desigualdade social e do imperativo de sua decifração visando à produção de cuidado no espaço das cidades. Ianni (2003) afirma que a grande cidade se constitui “cada vez mais uma síntese excepcional da sociedade, uma vez que muito do que é a sociedade, seja ela nacional ou mundial, se desenvolve e decanta-se na grande cidade”. Uma análise criteriosa dos municípios brasileiros revela a presença de 15 metrópoles que consistem nas cidades com mais de 900 mil habitantes, cuja população total corresponde a 20% da população brasileira. Por outro lado, 20% da população brasileira vivem no conjunto dos 4.020 municípios considerados de pequeno porte, ou seja, naqueles que possuem até 20.000 habitantes. Trata-se, portanto de dois extremos – as metrópoles e os pequenos municípios que representam 40% de toda a população brasileira, que para além do padrão diverso da dimensão territorial, da concentração populacional, convivem ainda em contextos marcados por situações de vulnerabilidades e de riscos sociais (PNAS, 2004) apresentando territórios marcados pela quase total ausência ou precária presença do Estado. Aliados a esses aspectos socio-territoriais, destacam-se as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, o desenvolvimento conceitual e tecnológico desse campo de saber, que tem cada vez mais requerido “profissionais preparados para abordar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde dos usuários/população, mediante a colaboração interprofissional” (PEDUZZI *et al.*, 2016, p. 171). A sociedade brasileira vive hoje um processo de mudanças na esfera do poder de Estado e tem sofrido os efeitos da crise contemporânea do capitalismo, decorrentes “basicamente da financeirização dos recursos públicos e da

apropriação do fundo público pelo capital em busca de sua valorização” (MENDES, 2015, p. 75), gerando um campo de disputas pelo direito à saúde pública e universal. Contraditoriamente, é nesse cenário de ampliação da desigualdade social, com diminuição do sistema de proteção social e, de redução das fontes de custeio das políticas públicas no país, que tem se dado a ampliação das necessidades em saúde e de necessidades sociais diversas. Esse processo se coaduna com dificuldades acarretadas pelo movimento mais amplo de reestruturação do processo de acumulação do capital globalizado, que implica na ampliação de múltiplas formas de desigualdade social (CHESNAIS, 2005; HOBBSAWM, 2017; MENDES, 2015). Nessa configuração socioterritorial está presente o desafio de estabelecer um diálogo intra e intersetorial, especialmente, entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), visto que essas políticas compartilham a atenção aos segmentos populacionais marcados por múltiplas formas de vulnerabilidades (JOAZEIRO, ARAÚJO, ROSA, 2017). Na formação enfatizam-se os desafios de fazer transitar conhecimentos específicos do núcleo de saber de cada profissão, ao mesmo tempo, que se busca desenvolver competências e saberes do campo da Saúde em geral, em consonância com as realidades loco regionais de pequenas, médias e grandes cidades. O campo da saúde, espaço plural, demanda um trabalho coletivo sinérgico cuja intervenção precisa ser capaz de produzir resultados, marcados pela presença de “relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros” (CECILIO, 2006, p. 123-124). Destaca-se a necessidade de ensinar a produzir ações que fortaleçam a interprofissionalidade e a intersetorialidade das políticas sociais nas cidades de diferentes dimensões territoriais, populacionais e com variados perfis de morbimortalidades e com composição variada das redes de atenção à Saúde que visam à atenção à população nos territórios. As condições materiais de vida da população usuária desses serviços, submetidas às múltiplas formas de desigualdade social, requer de **quem** ensina e de **quem** aprende a trabalhar na saúde, que sejam capazes de aprender a decifrar as relações de interdependências e de interpenetrações recíprocas entre as condições de vida, educação, trabalho, saúde e a sobrevivência desse segmento populacional.

O direito à Saúde no Brasil e em Portugal: um estudo aproximativo.

Cirlene Aparecida Hilário da Silva Oliviera et Danila Carrijo, Universidade Federal do Piauí, Brasil.

cirleneoliveira@terra.com.br

A atual conjuntura econômica, política, social e cultural em âmbito mundial evidencia as contradições do capitalismo contemporâneo, no qual a vida assume novas formas de consumo e valores. O regime atual de acumulação capitalista global impõe um novo tipo de imperialismo, o qual se alimenta dos fluxos de rendas financeiras internacionais; e, é no estágio monopolista do capitalismo, dadas as características que lhe são peculiares, que a questão social vai se tornando objeto de intervenção sistemática e contínua do Estado. No entanto constata-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social decorrente da minimização ou ausência do Estado enquanto provedor da proteção social. Especificamente em relação à realidade brasileira, o momento vivenciado desafia os profissionais das diferentes áreas, sobretudo as voltadas aos direitos sociais à permanente reflexão e à recriação de métodos, formas e ações que possam trazer alternativas de enfrentamento e/ou possibilidades de mudanças no quadro de desigualdades oriundas do atual contexto. Particularmente no que se refere à saúde no Brasil, a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, reconhece a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”. Entretanto, como consequência às contrarreformas neoliberais, iniciadas a partir de 1990 e que objetivaram a retirada dos direitos e privatização das políticas sociais, muitos direitos que deveriam ser amplamente garantidos pelo Estado passam a não ter a sua efetivação concretizada, dentre eles o direito à saúde. Diante do quadro, cidadãos brasileiros buscam judicialmente o direito à saúde e, assim, o Poder Judiciário no Brasil, numa frequência cada vez maior, recebe diariamente processos de medicamentos ou tratamentos de saúde, que não foram disponibilizados pelo poder público. Este fenômeno é denominado de judicialização do direito à saúde e está presente no país desde a década de 1990, sendo evidenciado nos últimos anos um grande aumento no número das demandas; segundo dados do site do Ministério da Saúde nos últimos sete anos foram gastos R\$ 4,4 bilhões no atendimento das determinações judiciais. O estudo realizado acerca deste fenômeno na Comarca de Franca objetivou identificar a efetividade do direito à saúde pela via judicial, através de estudo documental em ações judiciais (Justiça Estadual), com amostra obtida em período compreendido de março de 2014 a março de 2017. A partir da compreensão da proximidade entre as políticas de saúde do Brasil e de Portugal, que apresentam em comum os seus sistemas atuais de saúde: SUS - Sistema Único de Saúde e SNS - Serviço Nacional de Saúde, respectivamente; resultantes do processo de redemocratização vivenciado pelos dois países, com a universalidade da saúde após mobilizações sociais. A pesquisa realizada objetivou uma aproximação com a realidade de Portugal quanto ao direito à saúde, experiência possibilitada por intermédio do PDSE (Programa Doutorado Sanduíche no Exterior). A questão central da investigação realizada em Portugal foi relacionada aos

procedimentos de acesso à saúde em Lisboa e região. Em ambos os estudos, no Brasil e em Portugal, foi adotada a abordagem qualitativa, com revisão de literatura do referencial teórico da temática estudada. No Brasil, o estudo foi realizado na Comarca de Franca-SP mediante estudo documental sobre a judicialização do direito à saúde. No estudo no exterior foram realizadas entrevistas semiestruturadas com assistentes sociais de hospitais de Lisboa e região. As análises dos dados ocorreram através de categorias que emergiram da realidade concreta. Os resultados no Brasil apontaram para o deferimento judicial dos pedidos de todos os casos estudados, à exceção dos medicamentos ainda não aprovados pela ANVISA. Quanto ao estudo em Portugal, os relatos das profissionais evidenciaram que, apesar da não existência da judicialização da saúde, não se pode concluir a efetividade da garantia de atendimento de “tudo para todos”. Portugal e Brasil enfrentam as consequências de um processo tardio de implantação das suas políticas de proteção social, assim como vivenciam contextos econômicos e sociais complexos, os quais impõem ao Serviço Social e demais profissões um desafio cotidiano de busca da garantia do acesso dos cidadãos aos direitos, no caso, o de saúde. As demandas judiciais de saúde são individuais, o que então reforça a desigualdade no acesso. Uma luta individualizada não promoverá resultados na amplitude da sociedade. A questão é que o fenômeno da judicialização poderia sustentar ações mais substanciais, de modo a promover alguma alteração no quadro atual, com o enfrentamento de forma condizente ao atendimento do preconizado constitucionalmente em relação ao direito à saúde. Assim, é de suma importância o protagonismo de uma política de saúde firmada em um caráter universalizante.

Entraves do Sistema Único de Saúde no Brasil e seus reflexos para os profissionais de Saúde e Saúde Mental: desigualdade social e desafios.

Francisca Maria Carvalho Cardoso et Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Brasil.
franciscamariacardoso@gmail.com

O estudo apresenta a Política de Saúde e Saúde Mental bem como os entraves nas profissões de saúde no país principalmente no que tange às desigualdades na cidade de Picos situada no Vale do Rio Guaribas-PI. O objetivo do estudo é discutir o processo profissional dos profissionais de saúde e os agravantes da desigualdade no município de Picos, 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. 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 (PNAS, 2004). A pesquisa com base no arcabouço jurídico e conceitual da Política de Saúde Mental aponta o município de Picos com população de 73.414 habitantes (IBGE, 2010), possui forte presença de população na zona rural. No Brasil, a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) e a possibilidade de comparar o uso dos serviços de saúde segundo a fonte de financiamento, ou segundo a natureza pública ou privada do estabelecimento de saúde, representaram estratégias utilizadas para dimensionar o grau de disparidade nos padrões de morbidade e de acesso a serviços. Essas análises permitiram inferir sobre o potencial e a efetividade da atuação do SUS na redução da iniquidade em saúde estratégia de análise e alguns pioneiros o fizeram mesmo antes da implantação do SUS (BARROS, 2017). O estudo mediante análise das características locais e regionais, busca explicitar os desafios a serem enfrentados. No contexto alguns desafios ou entraves dizem respeito à intersetorialidade, parceria com a Atenção Básica, superação do modelo manicomial, investimento em tecnologias de cuidado no Sistema Único de Saúde, formas artístico-culturais e regionais de interação e mediação da cultura e os transtornos mentais, de modo que essas pessoas possam transitar pelos espaços públicos da cidade, investimento na Educação Permanente com foco no cuidado em saúde de forma que os profissionais possam transitar na cidade, investimentos em tecnologias de cuidado leves e leves-duras (MERHY, 2007). Para Bravo (2001, p. 21) é fundamental a defesa das propostas aprovadas no 8º Simpósio sobre a Política Nacional de Saúde ocorrido em Brasília, em junho de 2005. Ou seja, a definição de uma Política Nacional de Desenvolvimento que garanta uma redistribuição de renda de cunho social; defesa da Seguridade Social como política de proteção social universal; Defesa intransigente dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, equidade, integralidade, participação social e descentralização; retomada dos princípios que regem o Orçamento da Seguridade Social, o cumprimento da deliberação do Conselho Nacional de Saúde “contrária a terceirização da gerência e gestão de serviços e de pessoal do setor saúde, assim como, da administração gerenciada

de ações e serviços, a exemplo das Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou outros mecanismos com objetivos idênticos; Avançar no desenvolvimento de uma política de recursos humanos em saúde, com eliminação de vínculos precários. Para Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018, p. 9) abordar as mudanças na política de saúde ocorridas no governo Temer, vai apontar a atual configuração do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus projetos distintos e antagônicos existentes na sociedade brasileira para a área da saúde desde antes da Constituição de 1988. Destaca o Projeto da Reforma Sanitária, construído a partir de meados dos anos 1970, com base nas lutas populares e sindicais pelo direito à saúde e nos posicionamentos críticos às limitações do modelo médico assistencial previdenciário, vigente no Brasil até o advento do SUS, por parte das universidades e entidades que congregavam o pensamento sanitário brasileiro (Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES). Foi influenciado, entre outros, pelo Movimento da Reforma Sanitária Italiana, e pelo novo pensamento em saúde latino americano, que, por essa época avançava na explicação do processo saúde-doença, e no modelo da determinação social. Para o mesmo, a saúde possui um caráter universal, e por isso seria um direito social, a ser garantido por políticas públicas intersetoriais e ações de saúde com qualidade, respondendo as necessidades da população. Desse modo, na região citada o que conforme vemos em documentos da PNAS e pelo reflexo do SUS é um processo ainda lento quanto à saúde e saúde mental em que a precariedade dos serviços e dificuldade de operacionalizar essa rede de ofertas de serviços de saúde e saúde mental para a região.

Desigualdade Social e a Atenção em Saúde Mental na Perspectiva da Intersetorialidade: fortalecendo a integralidade no cuidado.

Laina Jennifer Carvalho Araújo et Edna Maria Goulart Joazeiro, Universidade Federal do Piauí, Brasil.
laina5411@gmail.com

O estudo trata da relação entre os desafios do cuidado no campo da Saúde Mental na sua relação integral, interdisciplinar e intersetorial das ações e dos serviços de atendimento psicossocial que integram o campo da Saúde Pública, ao mesmo tempo, em que enfatiza a importância de fortalecer e potencializar a intersetorialidade considerando as diversas manifestações da desigualdade social presentes nos territórios das cidades. Trata-se de uma discussão analítico conceitual sobre a literatura e em consonância com o arcabouço legal da Política de Saúde Mental brasileira.

A saúde é considerada um direito fundamental e inerente a vida. A Constituição Federal de 1988, definiu, em seu art. nº 196, que a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nessa perspectiva, os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira são materializados com a promulgação da Constituição Federal de 1988, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a estruturação de uma Política Nacional de Saúde Mental. O SUS é caracterizado como assinala Fleury (2009) pela universalidade na cobertura, o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado (op. cit., p. 745-746) em consonância com as diretrizes de descentralização e atendimento integral. No Brasil, o Sistema de Saúde se organiza em Redes de Saúde (RAS) que devem produzir cuidado de forma integrada permitindo a ampliação do acesso à saúde. Com a “Portaria nº 4.279/2010 foram criadas 5 redes temáticas, a saber: a Rede Cegonha; a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); a Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas; a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; a Rede de Urgência e Emergência” (ROSA; JOAZEIRO, 2017, p. 24).

No Brasil, ocorreu uma mudança profunda nos cuidados em Saúde Mental, à medida que a Reforma Psiquiátrica trouxe uma nova lógica assistencial, alterando a centralidade atribuída ao hospital mediante a “substituição do paradigma hospitalocêntrico pelo modelo de serviços comunitários estabelecidos no território” (MINAYO; GUALHANO, 2015, p. 2) adotando o acompanhamento psicossocial em serviços abertos, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que devem estar articulados a uma rede integrada de base territorial. Nesse sentido, a Portaria nº 3.088 de 2011 institui a RAPS, a qual define e preconiza o tipo especializado de cuidado às pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A Política Nacional de Atenção Integral em Saúde Mental “prevê o acesso e o cuidado de Saúde Mental mais resolutivo [...] que buscam atendimento e tratamento em suas necessidades de saúde, com ênfase no vínculo, no acolhimento, na atenção integral e em redes” (LIMA, 2018, p. 16). É também importante que o CAPS esteja articulado com outros pontos de atenção da saúde, com dispositivos de outras políticas sociais, fortalecendo o pertencimento comunitário, com o território e o direito a

cidade, o qual “é muito mais do que o singular, do que ter acesso a recursos urbanos [...] é poder transforma-la através do uso e também do coletivo” (LEFEBVRE, 2001, p. 9).

É fundamental compreender que as transformações ocorridas na sociedade têm acarretado mudanças na questão social, no agravamento da desigualdade social que “intervém na vida dos indivíduos, criando demandas e respostas à insegurança vivenciada objetiva e subjetivamente na vida cotidiana” (BARROCO, 2011, p. 206), e refletidas pelas populações submetidas a situações de vulnerabilidades sociais “decorrente da pobreza, e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social” (BRASIL, 2004, p. 33). A fragilização dos vínculos familiares, sobretudo os sentimentos de pertencimento social, é significativa quando relacionadas à pessoa com transtorno mental dado ao estigma que “atravessa suas relações pela histórica marca da periculosidade e incapacidade que ronda a identidade social desse segmento” (ROSA; JOAZEIRO, p. 38).

Essas mudanças também interferem nas necessidades em saúde tornando mais complexa e difícil de desvendá-las, de garantir atenção integral no cuidado ainda mais quando está também condicionada a gestão das redes, da intersetorialidade das políticas sociais, como afirma Minayo e Gualhano (2015) “trata de um dos grandes desafios para a saúde pública brasileira: a continuidade e o aperfeiçoamento da Reforma Psiquiátrica. Sua realização prática no território e como política pública vem encontrando imensas dificuldades (op. cit., p. 2).

Nesse sentido, Rosa e Joazeiro (2017) assinalam que “uma nova cultura se impõe com a RAPS, para estabelecer fluxos de comunicação e articulação na produção do cuidado e para coordenar um processo complexo e abrangente, marcado pelos determinantes sociais do processo saúde doença” (op. cit., p. 26) o que dá centralidade e valor à intersetorialidade como instrumento importante no fortalecimento das redes de proteção. A intersetorialidade “não é estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial, pelo contrário, é um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso. (PEREIRA, 2014, p. 37) não se deve pensar na gestão e execução das políticas sociais e de saúde de maneira fragmentada e isolada “nenhuma política social consegue responder sozinha pelas diversas necessidades e demandas sociais que surgem cotidianamente” (PEREIRA, 2014, p. 24). Na atualidade, fortalecer a intersetorialidade das ações em Saúde Mental é indispensável para tornar possível a gradual construção da integralidade do cuidado. Contudo esse não é o único desafio, é fundamental que se compreenda que a construção da rede de Saúde e a sua articulação com a Saúde Mental requer a produção de um ponto de vista novo sobre a pessoa com transtorno mental e o próprio processo do adoecer e do tratar, para tanto é inequívoca a necessidade de produzir novos e consistentes pontos de vista sobre a vida no centro urbano, seu significado e seus desafios hoje e no futuro a construir. Urge investir coletivamente para a construção de um saber que possa ser incorporado cotidianamente ao cuidado no espaço da Saúde Mental e para além dela.

As expressões de desigualdade de gênero na Saúde.

Sara Alves Henriques et Lucia Cristina dos Santos Rosa, Universidade Federal do Piauí, Brasil

Entre a cultura do direito e a cultura do favor: dilemas no/do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Lucia Cristina dos Santos Rosa, Thais de Andrade Alves Guimarães et Marta Evelin Carvalho, Universidade Federal do Piauí et Associação de Usuários e familiares da saúde mental, Brasil

SUS Piauí-Brasil: Construindo estratégia de capacitação de trabalhadores de saúde na Região de Saúde Entre Rios.

Lucia da Silva Vilarinho, Ana Maria Menezes Neiva et Eulálio Amorim, Universidade Federal do Piauí, Brasil.
lularinho@uol.com.br; ana.eulalio@uol.com.br

O estudo apresenta estratégia de capacitação de profissional de saúde no SUS Piauí, cuja proposta metodológica prioriza metodologias problematizadoras com o objetivo de qualificar o acolhimento no cuidado em saúde prestado pelas Unidades Básicas de Saúde nos municípios da Região de Saúde Entre Rios.

O território é marcado por desigualdade em suas expressões diversas o que também repercute na necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família que apesar de cobrir 98% dos municípios, no estado, ainda possuem baixa capacidade em realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde da população. Mostra, ainda, insuficiente integração dos membros das equipes, ausência de trabalho com foco em

prioridades e em resultados, e elevada rotatividade dos profissionais, chegando a comprometer o vínculo e a continuidade do cuidado.

Além disso, ressalta-se a pouca integração das equipes com a rede de apoio diagnóstico e os outros pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). A estratégia de capacitação **“Construindo o cuidado em rede a partir do acolhimento na atenção básica”** resulta de um trabalho coletivo e cooperativo de atores institucionais da Secretaria Estadual de Saúde-SES, COSEMS e Fundação Municipal de Saúde com apoio do Ministério da Saúde-MS. A relação da saúde com a ação profissional das diversas profissões de saúde é pautada por contextos de práticas multidisciplinares e interdisciplinares tensionadas pela autonomia e também pela subordinação dos distintos saberes e fazeres ante as diretrizes dos sistemas sociais, princípios dos sistemas de saúde e lógicas institucionais das organizações. Desse modo, as intervenções profissionais organizam-se e aparelham-se para responder as demandas dos usuários, das instituições e das sociedades de acordo com as influências teórico-metodológicas e políticas em vigor. Na sociedade brasileira, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS constitui-se importante desafio a educação permanente dos trabalhadores para atender as inovações e tecnologias e colocá-las à favor da saúde da população, o que requer metodologias inovadoras capazes de assegurar a qualificação permanente de pessoal. O MS, na qualidade de gestor federal do SUS vem desenvolvendo ações de fomento e cooperação técnica nos territórios para o fortalecimento da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída por meio da Portaria GM/ MS nº 198/2004. No Piauí (PI), estado da região Nordeste do Brasil, o projeto QUALISUS-REDE PI executado pela SES (2013-2015), constituiu-se uma dessas estratégias do MS de apoio ao fortalecimento de um sistema integrado de saúde estruturado em um modelo de organização de serviços a partir de Redes de Atenção à Saúde (Portaria MS no. 4.279/2010; Decreto 7.508/2011), e trouxe dentre as linhas de ação a **“Qualificação permanente de pessoal”**. Como atividade prioritária do **“Eixo Estratégico Atenção Básica”**, elaborou-se e desenvolveu-se a Capacitação **“Construindo o Cuidado em Rede a partir do Acolhimento na Atenção Básica”**, com o objetivo de qualificar o acolhimento no cuidado em saúde prestado pelas Unidades Básicas de Saúde dos 31 municípios da Região de Saúde Entre Rios, incluindo a capital do estado – Teresina, que concentra cerca de 1/3 da população do estado, ou seja, 1.167.710 hab. Toda a concepção pedagógica e metodológica norteadora da capacitação, fundamenta-se nos pressupostos teóricos e conceituais das Metodologias Ativas, cujo processo ensino-aprendizagem é abordado na Teoria Sociointeracionista, com ênfase na interação entre o sujeito (personalidade, potencial, valores, formas de pensar e de conhecer) que aprende; o objeto a ser conhecido (conteúdos de aprendizagem, produtos sociais e culturais) e o professor (agente mediador entre o sujeito e o objeto). Tal interação, ocorrendo por meio de movimentos permanentes de reprodução/transformação da sociedade e da cultura, constitui-se em um processo histórico e social (REGO, 1995), além de tornar a aprendizagem significativa para o sujeito que aprende (AUSUBEL, 1980). A experiência representa um salto qualitativo e inovador nas estratégias de construção de conhecimentos e produção de saberes correntemente utilizadas pela SES/PI, tendo em vista considerar as vivências, conhecimentos e a realidade experienciada cotidianamente pelos sujeitos que integram o binômio trabalhador de saúde x usuário dos serviços de saúde.

A proposta metodológica favorece a formação da consciência da práxis a partir da vivência de momentos que, segundo o **“Método do Arco de Charles Maguerez”** transitam da Observação da realidade, Identificação de Pontos Chaves, Teorização e Proposição de Hipóteses de Solução até, finalisticamente sua Aplicação à Realidade. A estratégia de capacitação elaborada constituiu-se e constitui-se, no presente, uma proposta pedagógica para capacitação dos profissionais e trabalhadores de saúde das Equipes da ESF no estado, amparada nos princípios, nas experiências e na fundamentação teórica da aprendizagem baseada em problemas (FREIRE, 2008), na dialogia, tendo ainda como referência, a espiral construtivista como tradutora da relevância das diferentes etapas educacionais do processo e dos movimentos articulados que se retroalimentam. A análise dos resultados obtidos por meio de instrumento de avaliação aplicado aos participantes em capacitação possibilita afirmar que a estratégia favorece a qualificação do cuidado em saúde com incentivo à implantação de protocolos clínicos e linhas de cuidado; melhoria da efetividade e da resolutividade na prestação de serviço; sistematização e difusão de conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção e da gestão, além de comprovar elevado grau de satisfação dos sujeitos envolvidos.

Président: Magda Scherer, Universidade de Brasília, Brasil

Stratégies de fidélisation du personnel de santé reproductive – santé mère-enfant en zones difficiles : le cas du Bénin, du Burkina Faso et du Sénégal.

Hana Halabi-Nassif, Université Saint-Joseph Liban

Ressentis au travail : les conditions d'une situation considérée comme « normale » Le cas des agents d'unités de soins hospitalier.

Frédérique Quidu, Jean- Pierre Escaffre, Monique Ezan, Marylise Personnic, Nathalie Leledy, CH de Lorient et Frédéric Brive, EHESP, ARG3S et PEP35, France. Frederique.quidu@ehesp.fr; jpe3@wanadoo.fr

Les « charges mentales » négatives sont généralement assimilées à des soucis lancinants, que l'on rapporte hors des lieux de travail, celles positives à la motivation. Les « ressentis » sont définis 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 d'existence.

Le travail quotidien de tout cadre est de maintenir la motivation de son équipe et de gérer quotidiennement en retour les ressentis individuels et collectifs des agents.

Nous avons démontré durant CALASS 2018 (Lyon) que les « ressentis » des personnels ne peuvent s'exprimer que dans les situations de mobilisations collectives affirmées. Celles-ci reposent sur quatre conditions : 1- l'acceptation de la mission ; 2- l'acceptation du partage des tâches ; 3- la solidarité spontanée entre les agents ; 4- la reconnaissance du responsable pour sa compétence.

En s'appuyant sur la théorie ADS (Autonomie, Dépendance, Stratégie) mathématisable, déjà présentée lors des précédents congrès, nous démontrerons que ces conditions n'apparaissent que lors de structures culturelles.

A saúde do trabalhador frente as condições de trabalho: a percepção de profissionais de Saúde.

Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Janete Lima de Castro, Rosana Lucia Alves de Vilar, Tatiana de Medeiros Carvalho Mendes et Emanuelle Yasmim Silva do Nascimento, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Brasil. nathalia.cgtes@gmail.com

OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO

Investigar a relação existente entre saúde do trabalhador, condições de trabalho e absenteísmo, a partir da visão dos profissionais de saúde do estado brasileiro do Mato Grosso.

CONTEXTO E A DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

Esse resumo é um recorte da pesquisa intitulada "Saúde do Trabalhador e Condições de Trabalho em Saúde nas Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil", desenvolvida pelo Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, a qual é fruto de convênio com o Ministério da Saúde. A mencionada pesquisa teve como propósito compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a saúde do trabalhador e as condições de trabalho nas instituições em eles que atuam. A área de condição do trabalho no sistema público de saúde brasileiro não se constitui como prioridade da gestão desses serviços, permanecendo na maioria das vezes, invisível nas agendas dos gestores, e isto tem provocado consequências à saúde dos trabalhadores. A preocupação com esta temática deveria ser maior, em razão dos trabalhadores do setor saúde cuidar da saúde da população. Faz-se necessário resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores. O trabalhador que exerce suas atividades em ambiente adverso, com condições de trabalho não adequadas, está sujeito a exercer suas atribuições dentro de um padrão que não corresponde às expectativas destes sujeitos, podendo vivenciar sentimentos de sofrimento relacionados ao trabalho. Esta situação, muitas vezes, justifica o elevado índice de abstenções no trabalho. Neste sentido, destacam-se os diversos fatores que determinam as ausências no trabalho,

dentre tais fatores, estão a cultura organizacional, a ausência de estratégias de valorização profissional, o estresse, o ambiente psicossocial, a insatisfação com o trabalho, dentre outros.

TEORIAS, MÉTODOS, MODELOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo documental, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. A população do estudo foi constituída por profissionais de nível médio e superior das secretarias municipais e estadual de saúde do Mato Grosso, estado localizado na região Centro-Oeste do Brasil, participantes dos Cursos de Especialização e de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), realizados entre abril de 2015 e maio de 2016. Os dados foram coletados de setembro a outubro de 2017, a partir da leitura das atividades sobre a saúde do trabalhador e as condições de trabalho em saúde, postadas pelos alunos na plataforma pedagógica virtual dos CGTES. Foram excluídas as atividades cujas respostas não condiziam com os objetivos do enunciado da questão, bem como as atividades que foram respondidas por duplas de alunos. Após a aplicação desses critérios, obteve-se uma amostra de 69 respostas. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Pelos documentos analisados não serem de domínio público, a presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL/UFRN) através do parecer n.º 2.055.011.

RESULTADOS E A DISCUSSÃO

Dentre as respostas dos entrevistados foi identificado a relação existente entre as condições de trabalho e a saúde do trabalhador, a qual pôde ser visualizada através das categorias intituladas “Condições de trabalho” e “Adoecimento nos locais de trabalho”. A primeira categoria, respectivamente, demonstrou que, na unidade federada em estudo, há condições inadequadas de trabalho, principalmente com relação a infraestrutura física dos locais de trabalho, além do déficit de equipamentos e quantitativo de trabalhadores suficientes para a oferta de serviços de saúde de qualidade. A segunda categoria explana que todas estas más condições de trabalho são causas frequentes de adoecimento, como as doenças osteomusculares, além dos distúrbios mentais, os quais são visualizados na presença do estresse e da ansiedade. Outro fator que atinge a saúde dos trabalhadores entrevistados é a precarização dos vínculos empregatícios, que provoca insegurança e instabilidade, resultando em infelicidades e baixa autoestima no trabalho, bem como o estresse já mencionado. A soma deste conjunto dos fatores gera, na maioria das vezes, a desmotivação do trabalhador que, por sua vez abstêm-se, tencionando assim a gestão do trabalho.

CONTRIBUIÇÃO AO ESTADO DA ARTE E PRÁTICAS ATUAIS

Faz-se necessário que a gestão dos serviços de saúde recorra aos relatos dos trabalhadores de saúde sobre o seu processo de adoecimento no trabalho, para que compreendam a relação entre o trabalho e a saúde a partir da visão destes sujeitos. São os trabalhadores que vivenciam as condições adversas e podem ser acometidos por doenças físicas ou mentais, em vista disso é indispensável ouvi-los. Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de discutir a saúde do trabalhador e suas condições de trabalho, a partir da ótica do profissional inserido nos serviços de saúde, de modo a implementar as políticas vigentes a partir da vivência dos atores do processo de trabalho.

Reorganização nos e dos Processos de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal/Brasil.
Odete Messa Torres, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Maria Aparecida Gussi, Maria da Glória Lima, Gabriel Guedes Barbosa, Priscila Laura Santa Cruz Lemos, Universidade de Brasília. odete.torres@unb.br

Trata-se de um recorte do Projeto de Pesquisa “Reorganização nos e dos Processos de Trabalho da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal/Brasil”, desenvolvido pelo Observatório de Políticas de Atenção à Saúde Mental do Distrito Federal (OBSAM). Tem como objetivo explorar dispositivos de atuação participativa, monitoramento, qualificação e aperfeiçoamento dos diferentes atores: gestores, profissionais e usuários e seus familiares da Rede de Atenção Psicossocial do DF. A rede de saúde mental do Distrito Federal (DF) se expandiu nos últimos anos no sentido de ampliar o acesso das pessoas que necessitam de cuidados psicossociais. São múltiplas as formas de organização dos serviços, com mecanismos de gestão e processos de trabalho singulares, com inovações e heterogeneidade nos modos de produzir saúde mental. Com as reformas recentes na estruturação da atenção primária do DF, com realocação dos profissionais para trabalhar segundo a nova lógica implantada, surgiu uma demanda das equipes e dos gestores de capacitar os profissionais para atuar em saúde mental. Sendo assim, para atender essa demanda, o OBSAM utilizou a pesquisa-intervenção, por meio de um processo educacional em saúde mental que adotou metodologias ativas de ensino aprendizagem, com momentos presenciais e outros no território de atuação dos participantes. Foram realizadas 5 oficinas com a participação média de 30 trabalhadores dos Núcleos

Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o apoio de especialistas da Rede de Atenção Psicossocial do DF. As atividades foram planejadas em parceria com a Secretaria de Saúde e o temas dos encontros definidos e priorizados em conjunto com os participantes no primeiro encontro presencial, sendo eles: (1) automutilação e suicídio; (2) álcool e outras drogas; (3) violências; (4) ansiedade e depressão; (5) manejo de psicoses. As equipes participantes construíram casos complexos durante as atividades de dispersão, que se tornaram conteúdo base e ponto de partida para refletir e propor modos de cuidar e de organizar os processos de trabalho nos encontros presenciais. A cada encontro acolhiam-se até 7 casos e destes definiam-se 2 para análise e discussão em pequenos grupos. A partir do segundo encontro, iniciava-se dialogando com um especialista sobre o tema analisado no encontro anterior, como forma de sustentação teórica das reflexões e ações planejadas pelas equipes de saúde e seguia-se com a análise dos casos. Ao mesmo tempo, como atividade de dispersão, construiu-se o Georeferenciamento da Rede de Atenção Psicossocial da Região de Saúde de atuação dos participantes, para o qual as equipes contribuíam com dados e mapas dos território, que alimentaram a plataforma do OBSAM, criando-se um dispositivo da rede de cuidados em saúde mental do DF. Como resultados identifica-se o mapeamento da Rede de Atenção Psicossocial; a contextualização e caracterização do trabalho desenvolvido nos dispositivos de atenção psicossocial; a produção de indicadores para os serviços; a formação profissional para o apoio e caracterização do perfil dos usuários e familiares da RAPS. Ao final foram produzidos materiais técnicos / científicos com o conhecimento produzido a ser socializado entre os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, bem como para publicação em periódicos.

Session 29

Salle 5 (B-3260)

Thème : La démocratie sanitaire pour un meilleur accès aux soins et traitements

Session organisée : Valérie Siranyan, Université Lyon 1, France. valerie.siranyan@univ-lyon1.fr

Si le droit à la protection de la santé est désormais reconnu par de nombreuses conventions internationales, pour l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé avec la meilleure sécurité sanitaire possible, la mise en œuvre de parcours de vie adaptés aux besoins des patients, à la recherche d'une plus grande autonomie demeure un enjeu majeur de santé publique. Au demeurant les récentes crises sanitaires impliquant plusieurs spécialités pharmaceutiques ou encore des dispositifs médicaux, telles que celles relatives aux effets indésirables provoqués par le valproate de sodium, les hormones thyroïdiennes, mettent en exergue la rupture de communication qui peut affecter la relation des patients avec les professionnels de santé, d'une manière individuelle, et avec les autorités sanitaires, de façon collective. En l'occurrence, la succession de ces affaires qui touchent à la qualité des soins et traitements signe une perte de confiance des usagers dans les institutions, fondement de la démocratie libérale dans les États membres de l'Union européenne.

Le développement de soins et traitements centrés sur le patient ou la personne repose en premier lieu sur une information claire, loyale et appropriée, pour une décision consensuelle entre l'utilisateur et le professionnel de santé. Au-delà, l'intégration au sein de programmes d'éducation thérapeutique, mis en place par des équipes multidisciplinaires de soins, donne aux malades chroniques les éléments pour devenir des acteurs de leur propre santé. Dans ce cadre, des patients ressources peuvent transmettre à d'autres malades l'expérience de leurs parcours au sein du système de santé et compléter les conseils délivrés par les professionnels de santé. Nombre de ces patients, ressources ou experts, appartiennent à des associations, qui peuvent se fédérer au sein d'un réseau national afin notamment de porter la parole de leurs membres. En parallèle la reconnaissance des actions de groupe en santé peut favoriser une meilleure représentation et indemnisation des victimes d'accidents médicaux, avec le soutien d'associations agréées.

De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé, les patients ou usagers doivent trouver leur place au sein d'un système de santé et de protection sociale, au sein duquel devront être organisés de manière collégiale des parcours de soins, de santé et de vie, adaptés aux besoins de chaque individu, quelle que soit son histoire ou sa pathologie. L'accès à des actes de prévention, de diagnostic et de soins est un droit, encore faut-il qu'il soit efficient. Dans un tel contexte, les associations d'utilisateur peuvent participer à la construction d'une organisation consensuelle des structures. Leurs représentants pourront ainsi siéger au sein d'agences gouvernementales ou de sécurité sanitaire ; correctement formés et à l'écoute des autres patients, ils devront pouvoir proposer aux professionnels de santé et aux

responsables politiques des modèles innovants pour une meilleure adéquation aux besoins de chacun, sans discrimination. De manière individuelle, les patients auront, en parallèle, la possibilité de s'exprimer au travers des réseaux sociaux et des plateformes de discussion, mais en prenant garde à la préservation de la liberté d'opinion, dans le respect des données acquises de la science.

La démocratie en santé : de la démocratie représentative à la démocratie participative.

Valérie Siranyan, Université Lyon 1, France. valerie.siranyan@univ-lyon1.fr

Le parcours patient : une approche collaborative par l'expérience.

Thomas Morgenroth et Dominiqui Crié, Université de Lille, France

Les essais cliniques : « l'expérience des participants ».

Virginie Rage-Andrieu, Université Montpellier, France. virgine.rage-andrieu@montpellier.fr

De la médecine paternaliste à la démocratie sanitaire, le rôle du malade s'est transformé évoluant du patient passif au malade acteur de l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins. Par son action individuelle ou collective au travers d'associations de malades agréées, le patient est reconnu aujourd'hui comme un malade acteur, partenaire des soins. La tendance est à élargissement de ce rôle actif vers les activités de développement de nouveaux produits de santé. Les promoteurs développent des outils pour informer largement sur les essais à venir la population des malades. Ces derniers sont sollicités pour participer à l'élaboration des projets de recherche. Le patient devient acteur dans l'innovation par son vécu, sa participation active aux études. Dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine, comment se développe l'influence du sujet, du volontaire sur le choix, l'orientation, le déroulement de la recherche ? Voit-on poindre un droit à la participation à la recherche ?

Les données de santé : plateforme collaborative.

C. Legal Fontes et G. Monziols, Université de Montpellier, France

Les associations de patients : des acteurs incontournables du système de santé en France.

Hélène Van den Brink, Deborah Eskenazy et Valérie Siranyan, GRADES, France. deborah.eskenazy@u-psud.fr

Apport des dispositifs médicaux dans la prise en charge du handicap et de la dépendance.

Déborah Eskenaz, GRADES, Faculté de Pharmacie, Université Paris-Sud. deborah.eskenazy@u-psud.fr

Session 30

Salle 6 (B-3265)

Thème : Formation des professionnels de la santé

Président: Ana-Maria Malik, Fundação Getulio Vargas, Brasil

Besoins de formation continue des professionnels intervenant auprès des personnes touchées par le cancer: une étude exploratoire descriptive.

Dominique Tremblay, Karine Bilodeau, Marie-Eve Poitras, Maryline Doré, Sylvie Massé, Isabelle Boulianne, Nancy Houde, Roberto Boudreault, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke ; Centre de recherche Charles-Le Moyne - Saguenay-Lac-Saint-Jean sur les innovations en santé, Québec. dominique.tremblay2@usherbrooke.ca

Problématique

Les personnes touchées par le cancer reçoivent des soins et services de plusieurs professionnels œuvrant dans différents milieux, notamment en soins spécialisés et en première ligne. Elles sont touchées dans toutes les sphères de leur vie tant sur le plan physique, psychologique, social et économique. Le parcours du cancer s'apparente de plus en plus à celui d'une maladie chronique et atteint particulièrement les personnes âgées. Cette situation pose des défis chez les professionnels de la santé afin d'identifier avec précision ces besoins et répondre avec efficacité. Or, la

formation initiale porte peu sur les soins aux personnes touchées par le cancer alors que la diversité des diagnostics, conjuguée à d'autres comorbidités et la diversification des traitements exigent de la formation continue ciblée et adaptée aux enjeux contemporains de l'offre de soins.

Objectif: Le but de la présentation est de partager les résultats d'une enquête sur les besoins de formation continue des professionnels œuvrant auprès des personnes touchées par le cancer. Ces résultats sont issus d'une plus vaste étude visant la mise en œuvre et l'évaluation d'une intervention précoce de soins d'accompagnement coordonnés entre les soins spécialisés en cancérologie et les soins en première ligne.

Méthode

Une enquête a été réalisée chez les membres des équipes de première ligne œuvrant auprès des personnes touchées par le cancer de 11 Groupes de médecine de famille ainsi qu'auprès des membres des équipes spécialisées en oncologie d'une même région sociosanitaire du Québec. Le questionnaire de Klemp¹, spécifique à l'identification des besoins de formation chez les professionnels en cancérologie, a été adapté pour le contexte québécois. Ce questionnaire comporte 21 items afin d'identifier les besoins de formation perçus par le répondant. Il porte sur trois aspects: 1) besoins de formation; 2) questions reçues des personnes touchées par le cancer; 3) importance des items. Il a été complété par des questions sur les préférences des modes de prestations des formations. Deux rappels à 2 semaines d'intervalle ont été envoyés².

Résultats et discussion

Au total, 61 professionnels ont répondu au questionnaire et un taux de réponse de 35.3% a été atteint. Parmi les items jugés les plus importants sur les besoins de formation, notons l'anxiété, la peur de la récurrence, le changement cognitif, la mémoire, le lymphœdème et la gestion des neuropathies induites par la chimiothérapie. D'autres items ont été identifiés comme importants, notamment la détection et la gestion des symptômes de la dépression. Quant aux questions reçues des personnes touchées par le cancer, celles-ci traitent principalement de l'anxiété, de la fatigue persistante et de la peur de la récurrence. Il y a donc une convergence entre les besoins de formation perçus et les questions posées par les patients. À la suite de cette enquête, un plan de formation continue d'une durée de dix heures a été élaboré en collaboration entre les chercheurs (DT, KB) et une infirmière experte (MD). Ce plan mobilisait des approches variées jugées plus appropriées aux besoins des professionnels en exercice³: présentation formelle, partage d'expériences cliniques, modules de formation en ligne et mentorat par une infirmière experte (MD) en soutien aux équipes de première ligne pour la gestion des cas complexes et l'aide à la navigation dans le système de santé. Une vignette illustrant un cas clinique standardisé a été utilisée pour favoriser l'appropriation du contenu selon le contexte réel de la pratique^{4,5}. Un taux de satisfaction de plus de 90% a été obtenu suite à cette première vague de formation.

Constats et contribution

Cette initiative de formation continue est originale puisque les données scientifiques sur la formation continue portent majoritairement chez les professionnels spécialisés en cancérologie. Étant donné l'évolution des traitements et l'augmentation du nombre de survivants du cancer, il est important d'optimiser les pratiques des professionnels en première ligne. Leur expertise dans la gestion des maladies chroniques et l'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé a une valeur ajoutée pour cette clientèle. Cette orientation est aussi parfaitement alignée avec les évidences sur l'intégration des soins et des services en cancérologie et la première ligne. La formation continue représente une condition essentielle pour une offre de soins coordonnés et centrés sur les personnes touchées par le cancer selon leurs besoins, préférences et valeurs.

Les apprentissages retirés d'une expérience de stage dans un clinique montréalaise de périnatalité sociale et leur applicabilité aux pratiques en première ligne : perceptions et vécu de médecins.

Julie Massé, Élisabeth Martin et Sophie Dupéré, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec.
julie.masse.1@ulaval.ca

Contexte et problématique

Le constat des problèmes récurrents d'accès aux soins et services de première ligne au Québec vient questionner la capacité du cursus médical à former des ressources qualifiées et aptes à déployer une offre de soins et services acceptable et équitable socialement et culturellement. La littérature suggère globalement que, vu la culture biomédicale dominante, la formation miserait sur des objectifs curatifs au détriment d'une réponse holistique aux

besoins du patient. Aussi, on note l'existence, dans certains milieux, de barrières à l'adoption par les apprenants d'une approche de *caring* face aux enjeux de vulnérabilité. Ces barrières se retrouveraient notamment dans certaines manières valorisées d'être et de faire ainsi que dans certaines exigences directement formulées négligeant l'empathie au profit de l'efficacité et déshumanisant les patients.

Les caractéristiques distinctives des milieux de stage «alternatifs» (ex. : fondements communautaires, approche privilégiant l'*empowerment* et la proximité, ouverture à la flexibilité des rôles, sensibilité à la diversité) mènent au postulat que les stagiaires en médecine y transitant sont exposés à un environnement d'apprentissage porteur d'une culture et de valeurs qui lui sont propres. À notre connaissance, peu d'études permettent d'identifier et de comprendre (1) ce que les stagiaires en médecine retiennent de leur expérience dans de tels contextes et (2) les facteurs influençant leur capacité à appliquer les apprentissages dans leur pratique ultérieure de première ligne.

Objectifs

La recherche explore, du point de vue des médecins y ayant transité lors de stages :

- 1- la nature des apprentissages réalisés *via* l'expérience de stage au sein d'un modèle «alternatif» d'organisation des soins et services de première ligne;
- 2- les caractéristiques de l'expérience de stage qui influencent la réalisation des apprentissages ;
- 3- les voies réelles et potentielles d'actualisation des apprentissages dans la pratique médicale ultérieure en première ligne.

Méthodologie

Le milieu de recherche privilégié est La Maison Bleue, organisme montréalais de périnatalité sociale destiné aux femmes et familles en situation de vulnérabilité extrême. La clientèle desservie se caractérise globalement par la complexité de son parcours migratoire, une situation de défavorisation sociale et matérielle puis l'expérimentation de barrières culturelles et linguistiques ou d'autres problématiques d'accès aux soins et services de santé et services sociaux.

La recherche repose sur un devis qualitatif exploratoire ayant pour repères conceptuels la théorie de l'apprentissage transformationnel de Mezirow (1978, 1991) et le processus de transfert des apprentissages de Baldwin et Ford (1988). La collecte de données s'est appuyée sur douze entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès de médecins de famille ayant transité par La Maison Bleue lors de stage(s). Trois informateurs-clés, aux faits de la logistique de l'organisation et de la gestion des stages, ont aussi été rencontrés. Les données ont été analysées selon les principes de l'analyse de contenu qualitative (L'Écuyer, 1990). Le logiciel NVivo a été utilisé.

Résultats

Les principaux apprentissages retirés de l'expérience de stage seraient liés à (1) une prise de conscience de l'importance de considérer les personnes dans leur globalité et dans leur contexte, dans une perspective de déconstruction des préjugés et favorisant une approche moins stigmatisante ; (2) une valorisation de la pratique interdisciplinaire ; (3) le développement identitaire notamment *via* la détermination des intentions professionnelles et le développement d'une réflexivité critique envers les pouvoirs et privilèges que confère le statut de médecin.

Les principaux facteurs ayant influencé ces apprentissages sont (1) La Maison Bleue (particularités organisationnelles, approche de soins et services) et l'expérience de stage (observation, interactions interdisciplinaires, identification de modèles de rôle) ; (2) l'apprenant et son parcours (origines, valeurs, intérêts, objectifs) et (3) les caractéristiques de la clientèle desservie (multiculturelle, en situation de vulnérabilité sociale).

À cause des barrières organisationnelles et structurelles identifiées, ce sont plutôt les apprentissages relevant du contact interpersonnel patient-médecin qui seraient actualisés dans la pratique. Les barrières sont, pour la plupart, perçues comme relevant de la culture du système de santé et de services sociaux et des caractéristiques propres au milieu de pratique (caractéristiques organisationnelles, faible accès aux ressources psychosociales, complexité des modes de communications interdisciplinaires, spécialisation des ressources psychosociales). Les facteurs facilitants sont davantage perçus sur le plan humain, mais semblent n'avoir, au final, qu'un effet marginal sur la réelle capacité des médecins à mettre en application les apprentissages.

Contribution

L'étude contribue à alimenter la réflexion visant la mise en place d'initiatives favorables à la formation de médecins au profil identitaire en phase avec les besoins et les attentes collectives. Aussi, l'étude souligne la présence, au sein du système de santé et de services sociaux québécois, de médecins souhaitant pratiquer autrement dans l'objectif de

répondre aux besoins et aux attentes des populations en situation de vulnérabilité dans un souci d'acceptabilité et d'équité sociale et culturelle. Les résultats suggèrent la nécessité d'une prise de conscience organisationnelle des barrières qu'expérimentent ces médecins à la mise en oeuvre d'une pratique en accord avec leurs valeurs et leurs idéaux.

Da arte dentária à odontologia moderna: a formação profissional e produção acadêmica no Brasil, 1854-1951.

Sandra Garrido de Barros, Alessandra Monteiro Santana, Rafaela Silveira Rocha, Lorena Vieira Santos et Thais Regis Aranha Rossi, Universidade Federal da Bahia, Brasil. sgb@ufba.br

Como se deu o processo de transformação da Odontologia em uma profissão independente no Brasil? Quem eram os principais agentes envolvidos? Quais as principais questões em disputa? Buscando responder a essas questões, foi realizado um estudo sócio histórico sobre a gênese da profissão de cirurgião-dentista no Brasil entre 1854, quando iniciaram os exames para habilitação de dentistas no país, e 1951, momento da regulamentação profissional, por meio da Lei n. 1.314. Foi adotado o referencial teórico de Pierre Bourdieu. Procurou-se identificar os principais agentes envolvidos no processo de constituição da profissão, suas trajetórias social e profissional e relações com o campo médico. A análise das trajetórias fundamentou-se em biografias disponíveis na internet, periódicos e outras publicações da época, seguindo roteiro testado anteriormente. Essa análise forneceu informações para a definição da estrutura das posições desse espaço social em conformação. A partir da criação dos cursos, estabeleceram-se diferenças na sua implementação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) e na Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), sendo o primeiro curso dominante em relação ao segundo. Essa dominância do curso da FMRJ em relação ao da FMB é evidenciada pelas diferenças no processo de consolidação dos dois cursos de odontologia, devido às condições de possibilidade estabelecidas em cada caso. Na FMRJ, destaca-se as facilidades de acesso aos recursos do Governo Imperial, bem como o fato de o próprio médico Vicente Cândido Figueira de Sabóia, que elaborou a reforma do ensino médico de 1884, criando os cursos de odontologia, ocupar o cargo de diretor da faculdade, garantindo condições para a criação quase imediata do curso do Rio de Janeiro. Na Bahia, a instalação ocorreu em 1891. Na FMRJ, o concurso para preparador do laboratório de cirurgia e prótese aconteceu ainda em 1883. O primeiro preparador, Thomaz Gomes dos Santos Filho, dentista da família real, foi colaborador de Sabóia na elaboração da reforma de 1884. Na Bahia, apenas em 1935 foram abertos concursos para cadeiras próprias do curso de odontologia. Antes disso, os professores privativos do curso eram contratados, como ocorreu com os dois primeiros professores do curso anexo à FMB, Manoel Bonifácio da Costa, da cadeira de Clínica Odontológica, assim como o preparador do laboratório de odontologia, Sr. Antonino Baptista dos Anjos, ambos contratados em 1891. Após a instalação da República, houve maior incentivo à implantação de cursos superiores. O espaço transformou-se, tendo um polo dos cursos federais (dominante), e outro dos cursos não-federais (dominado). As tomadas de posição foram apreendidas por meio da análise de periódicos da época, teses de doutoramento, atas das reuniões de congregação e provas de concursos. Foram identificadas 11 teses e 12 exemplares de 4 periódicos. A análise dessas obras evidenciou que a principal questão em disputa no campo odontológico em formação no século XIX e início do século XX era a cárie dentária, em especial a sua classificação e formas de tratamento. Outras questões identificadas foram o uso do termo "medicina dentária" em oposição à "cirurgia dentária", sendo o primeiro atrelado à ciência e o segundo à prática; bem como, o dentista (formado) em oposição ao prático. Dentre os periódicos analisados, *Archivos Brasileiros de Odontologia* foi o único que apresentou cunho científico, estava ligado a uma associação e uma escola privada e apresentava influência francesa. Parte dos seus fundadores são patronos da Academia Brasileira de Odontologia. Os demais periódicos tinham caráter de comunicação técnico-profissional e apresentavam maior influência da produção norte americana, inclusive alguns de seus redatores eram oriundos dos EUA. Os redatores eram todos dentistas e de famílias abastadas, o que favorecia o desenvolvimento de suas atividades e garantia uma boa rede de relações. No âmbito acadêmico/ universitário, as principais questões em disputa identificadas foram: a) os concursos para professor privativo do curso de odontologia; b) as diferentes classificações sobre a cárie dentária e suas implicações para o tratamento; c) se a formação do cirurgião-dentista deveria manter-se independente da medicina (modelo dos EUA) ou se deveria ser uma especialidade médica (modelo europeu); d) disputa entre as pólo das escolas públicas, e o pólo das escolas privadas; e) relação de subordinação ao campo médico. A análise do corpus da pesquisa não evidenciou um desejo de autonomia do curso de odontologia em relação à Faculdade de Medicina, o que ocorreu no Rio de Janeiro em 1911, enquanto na Bahia, apenas em 1949. Ao interior da Faculdade, o curso de Odontologia, assumia uma posição dominada, assim como os de obstetrícia e farmácia, e a maior aspiração nesse cenário era por reconhecimento e voz nos colegiados acadêmicos. A análise permitiu identificar as origens da formação de dentista de

nível superior no Brasil, evidenciando que a esta seguiu o modelo norte-americano. Nesse sentido, a dependência com relação ao curso médico estava relacionada à sua subordinação às instalações e à Congregação das faculdades de medicina, da qual os dentistas não participavam.

Horaire : 15h00- 15h30

Pause et visite des posters (salle)

Horaire: 15h30 – 17h00

Session 31

Salle 1 (B-3240)

Thème : Amélioration continue et performance des systèmes de santé

Président: Frédérique Quidu, EHESP, France

Co-créditation d'un modèle logique dans une démarche d'amélioration continue : le cas du Strength-Based Nursing.

Marie-Douce Primeau, Christina Clausen et Mélanie Lavoie-Tremblay, McGill Nursing Collaborative – Jewish General Hospital Site Lead, Ingram School of Nursing, McGill University, Québec

Améliorer les pratiques infirmières de première ligne à travers l'audit-feedback : une étude pilote.

Émilie Dufour, Arnaud Duhoux, Damien Contandriopoulos, Mylaine Breton, Marie-Thérèse Lussier et Jolianne Bolduc, Université de Montréal, Québec. emilie.dufour.3@umontreal.ca

Problématique

La capacité à mesurer la performance en soins infirmiers est limitée en raison d'un accès restreint à des données spécifiques aux activités de soins de ce groupe de professionnels. Bien que les interventions d'audit-feedback donnent des résultats favorables en termes d'amélioration de la performance, leur efficacité et certaines de leurs composantes sont mal comprises.

Objectif

Cette étude pilote vise à évaluer la faisabilité et l'efficacité préliminaire d'une intervention d'audit-feedback dans une organisation de soins infirmiers de première ligne.

Méthode

Cette étude pilote utilise un devis quasi expérimental avec 3 temps de mesure et est menée dans un centre local de services communautaires (CLSC) au Québec, Canada. La performance est mesurée au moyen de 6 indicateurs sensibles aux soins infirmiers et à partir de données clinico-administratives sur des épisodes de soins de plaies. Les indicateurs incluent ceux de continuité, de suivi infirmier, d'évaluation initiale, d'enseignement, de fréquence des consultations et de durée

des épisodes. Les données sont collectées une fois (T1), puis après 6 (T2) et 12 mois (T3). Les séances de rétroaction sont menées par un clinicien connu du milieu d'étude.

Résultats

Nous avons complété deux cycles d'audit-feedback. Les résultats se concentrent sur 1) les deux premiers temps de mesure des six indicateurs de performance; et 2) le déroulement des deux séances de rétroaction à l'équipe de soins infirmiers.

Les indicateurs ont d'abord été mesurés de juin à décembre 2017 sur un échantillon de 410 patients, puis de mai à décembre 2018 sur un échantillon de 572 patients. Les indicateurs de continuité et de suivi infirmier affichaient les taux de performance les plus bas. Une séance de rétroaction a été organisée après chaque temps de mesure. Tous les membres de l'équipe étaient présents, y compris les infirmières et les gestionnaires. La majeure partie de la première séance a été consacrée à une discussion sur les indicateurs, ce qui a entraîné un manque de temps pour la réflexion et la planification des actions. Transposer les actions planifiées en pratique représente un défi majeur.

Contribution

Cette étude pilote permet de démontrer la faisabilité d'impliquer l'ensemble des membres de l'équipe de soins infirmiers dans une intervention d'audit-feedback. La présentation permet d'exposer les principaux défis associés au déploiement de l'intervention en soins infirmiers de première ligne. Nos résultats démontrent la nécessité de clarifier les indicateurs afin que les cliniciens puissent soutenir une réflexion efficace sur leur pratique. Il est essentiel d'expliquer clairement la nature des indicateurs, leur processus de mesure et leur importance clinique afin d'engager les cliniciens dans la planification d'actions et de changements de pratiques.

Desempenho assistencial dos hospitais brasileiros.

Luciana Reis Carpaneze, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, Brasil

Session 32

Salle 2 (B-3245)

Thème : Collaboration interprofessionnelle et intersectorialité

Président: Georges Borgès Da Silva, Bibliothèque de Santé, France

Peut-on répartir de façon plus efficiente les activités entre professionnels de santé?

Marie-Claire Ishimo, Roxane Borgès Da Silva, Carl-Ardy Dubois et Régis, Blais, ESPUM, Québec.
mc.ishimo@umontreal.ca

Contexte et problématique

L'accès mitigé aux services de santé, la pénurie de certains types de professionnels de santé, l'utilisation non optimale des prestataires de services ou des conditions de pratique qui ne favorisent pas la collaboration peut compromettre l'efficacité des services de santé. Pour y remédier plusieurs pays ont misé sur une meilleure utilisation des ressources humaines en santé avec le partage et le transfert des activités connus sous les noms de 'skill mix' ou 'task shifting'.

Objectif de la recherche

Cette étude vise à identifier les types d'activités réalisées par certains professionnels de santé (médecins et infirmières praticiennes spécialisées) qui peuvent être transférées ou déléguées à d'autres professionnels (infirmières cliniciennes, infirmières techniciennes, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires). L'étude vise également à identifier les conditions sous lesquelles ces activités peuvent être transférées ou déléguées et si elles peuvent susciter des gains d'efficacité pour le système de santé du Québec.

Méthodes

Nous avons utilisé un devis de recherche qualitatif exploratoire. Au total, trente-quatre (34) entrevues individuelles semi-structurées ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Onze (11) entrevues ont été réalisées avec des acteurs clés (décideurs du Ministère, ordres professionnels, directeurs des services professionnels, directeurs des services infirmiers, directeurs d'établissements de santé et gestionnaires). Vingt-trois (23) entrevues ont été réalisées avec des médecins (5), infirmières praticiennes spécialisées (4), infirmières cliniciennes (6), infirmières techniciennes (1), infirmières auxiliaires (n=3) et préposés aux bénéficiaires (4). Ces entrevues ont été retranscrites et encodées à l'aide du logiciel NVivo 12 Plus (version 12.1.55) et ont fait l'objet d'une analyse de contenu dirigée.

Résultats et discussion

Cette étude a permis d'identifier plusieurs activités qui peuvent être transférées ou déléguées entre les différents professionnels de santé. Le cadre de Borgès Da Silva & Dubois a été utilisé pour classer ces activités en deux dimensions : les activités cliniques (soins directs et indirects aux patients) et les activités non cliniques (activités administratives et de gestion, entretien et équipement). Les entrevues ont permis de mettre en évidence des activités qui pourraient être transférées ou déléguées entre les médecins et infirmières praticiennes spécialisées (comme le suivi des patients chroniques et complexes, certains actes diagnostics, etc.); les infirmières praticiennes spécialisées et les infirmières cliniciennes (suivi des grossesses, suivi des maladies chroniques, des maladies de l'enfant, etc.); les infirmières cliniciennes et les infirmières auxiliaires (prendre et faire le suivi des signes vitaux, faire les

électrocardiogrammes, faire le suivi téléphonique, etc.); les infirmières auxiliaires aux préposés aux bénéficiaires (faire des pansements, prendre la glycémie, etc.). Cette étude a permis aussi d'identifier plusieurs facteurs qui pourraient être associés au succès (formation adéquate, confiance, respect du champ de pratique de chaque professionnel, etc.) et à l'échec (résistance, manque de budget, taux de roulement, charge de travail, etc.) du transfert ou de la délégation de ces activités.

Conclusion et contribution

Les résultats préliminaires de cette étude ont permis de mettre en évidence plusieurs activités qui pourraient être déléguées ou transférées entre les différents professionnels de santé. Cette étude pourra ainsi démontrer l'amélioration de l'efficacité des services de santé et l'accès aux services de santé dans le contexte du Québec grâce au transfert et/ou délégation de ces activités.

Point de vue des personnes touchées par le cancer quant aux interactions entre les équipes spécialisées en oncologie et les organismes communautaires.

Marie-Josée Courval, Dominique Tremblay et André-Anne Parent, Université de Montréal et l'Université de Sherbrooke, Québec. marie-josée.courval@umontreal.ca

Contexte

Les personnes touchées par le cancer (PTC) présentent des besoins de soutien, de nature diversifiée (physiques, pratiques, psychologiques, émotionnels, spirituels, informationnels et sociaux), pour lesquels la réponse ne serait pas optimale.

Dans ce contexte, des actions coordonnées et concertées entre les équipes spécialisées en oncologie et les organismes communautaires favoriseraient une complémentarité des soins et services offerts aux PTC.

Alors que le point de vue des utilisateurs de services permet l'apport d'un savoir expérientiel important à l'amélioration des pratiques, ces dernières sont peu sollicitées à participer aux recherches.

Problématique

Alors que des interactions productives entre les acteurs de la communauté et ceux du système de santé seraient favorables aux bonnes pratiques de soins offerts aux personnes touchées par une maladie chronique, dont le cancer, les rares données de recherche portant sur le référencement par les équipes spécialisées en oncologie vers les organismes communautaires démontrent que les interactions sont teintées par un manque de connaissances à l'égard de l'offre de services ou de confiance envers les intervenants et qu'elles seraient sous-optimales. Ainsi, la mise en œuvre de ces interactions demande à être mieux comprise et centrée sur les besoins et préférences des personnes touchées par le cancer.

Objectif de la recherche

Le projet d'étude présenté s'inscrit dans une plus vaste étude, le MORO-CO (MODèle de soins coordonnés, tenant compte du Risque Oncologique, où interviennent les équipes de soins spécialisés en oncologie et les services COMMunautaires), dirigé par Pre Dominique Tremblay. L'objectif de l'étude est de mieux comprendre les liens actuels entre le réseau communautaire et les équipes médicales et psychosociales de différentes installations du système de santé offrant des soins et des services aux adultes touchés par le cancer.

Cette présentation porte sur les problèmes liés aux interactions entre les équipes spécialisées en oncologie et les organismes communautaires ainsi que d'identifier certaines pistes de solutions, selon le point de vue des PTC.

Cadre conceptuel : Les concepts de problématisation et d'intéressement de la Théorie de l'Acteur Réseau (TAR) ont guidé l'étude. La TAR stipule que la traduction d'une idée (MORO-CO) dans la pratique dépend de la mobilisation de plusieurs acteurs hétérogènes ayant des besoins et intérêts différents et parfois en compétition.

Méthode

Devis : Étude qualitative descriptive et interprétative permettant de structurer l'analyse détaillée des phénomènes cliniques afin de guider la pratique.

Collecte de données : 11 entrevues individuelles semi-dirigées réalisées auprès de PTC.

Analyse du contenu : Codification thématique, à l'aide du logiciel QDAMiner.

Résultats

Les PTC perçoivent peu ou pas d'interactions entre les équipes spécialisées en oncologie et les organismes communautaires. La majorité de celles-ci mentionnent que leur état de vulnérabilité physique, psychologique et cognitive a un impact significatif sur leur capacité à intégrer l'information reçue et à réaliser une démarche nécessaire à l'obtention d'un service communautaire.

Les actions posées (donner de l'information écrite ou verbale) par les équipes spécialisées en oncologie afin d'orienter les personnes touchées par le cancer vers les organismes communautaires sont souvent générales (informelles) et non personnalisées. Dans ce contexte, les informations sont perçues par les personnes touchées par le cancer comme étant trop nombreuses et peu spécifiques aux besoins singuliers ou ne permettent pas de connaître la spécificité des services communautaires (confusion liée aux missions des différents organismes).

Certaines barrières liées aux actions de référencement des équipes spécialisées en oncologie vers les organismes communautaires sont nommées par les personnes touchées par le cancer : un intermédiaire est impliqué et le manque de temps des équipes spécialisées en oncologie.

Plusieurs pistes de solutions sont suggérées par les PTC afin d'améliorer les actions posées par les équipes spécialisées en vers les organismes communautaires : un soutien à la navigation personnalisé afin de mieux cibler les besoins singuliers des personnes touchées par le cancer et de réaliser une référence directe, réalisée en début du parcours de soins et tout au long des différentes étapes et la centralisation des informations liées aux services offerts par les organismes communautaires.

Discussion

Les résultats ne permettent pas d'identifier d'interaction entre les équipes spécialisées en oncologie et les organismes communautaires, selon le point de vue des PTC. Ces dernières nomment toutefois la présence de certaines actions réalisées par les équipes spécialisées en oncologie, ayant comme but de donner des informations liées à la présence d'organismes communautaires. L'état physique, psychologique et cognitif fragilisé des personnes touchées par le cancer est un élément important à prendre en compte en ce qui a trait aux pistes de solutions destinées à l'amélioration des pratiques.

Contribution

L'apport du point de vue des personnes elles-mêmes touchées par la problématique permet de mettre en lumière la nécessité d'une interaction plus directe et coordonnée entre les équipes spécialisées en oncologie et les organismes communautaires. Des actions concertées et coordonnées permettraient des interactions plus productives et ainsi, une meilleure complémentarité des soins et services offerts aux PTC.

Implication des infirmières dans les collaborations entourant l'éducation prénatale avec des organismes communautaires: protocole d'une étude de cas multiples.

Marie-Savane Goyette, Geneviève Roch, André-Anne Parent et Julie Poissant, Université Laval, Université de Montréal et Université du Québec à Montréal, Québec. marie-savane.goyette.1@ulaval.ca

Les activités professionnelles de l'infirmière dans les services d'éducation périnatale relèvent du domaine de la promotion de la santé et du bien-être des familles. Les infirmières dispensent des services d'éducation prénatale dans le but d'aider les futurs parents à faire des choix périnataux informés. En 2015, certains établissements intégrés de santé et services sociaux (ÉISS) ont commencé à inclure de services d'éducation prénatale en ligne (ÉPL), tout en poursuivant l'offre d'éducation prénatale de groupe (ÉPG) en collaboration avec différents organismes communautaires (OC). Dans une logique de réseau de services avec les OC, aucune étude n'a jusqu'ici permis de situer la contribution des infirmières exerçant en ÉISS quant à l'efficacité des collaborations avec ces organismes.

Objectif

Exposer le protocole d'une étude visant à comprendre la contribution des infirmières exerçant dans les ÉISS et les déterminants de la collaboration dans les réseaux locaux des services entourant l'offre d'ÉPG et d'ÉPL avec les OC. Pour aider à bien comprendre comment une éducation prénatale de qualité contribue à des résultats de santé en collaboration avec différents partenaires des milieux communautaires, nous préconisons un cadre de référence

inspiré des travaux de Turrini et al. (2010) sur les caractéristiques de réseaux efficaces et du modèle de Lasker et al. (2001) sur le fonctionnement des collaborations en partenariat.

Méthodologie

Étude de cas multiples à méthodes mixtes avec niveaux d'analyse imbriqués, se déroulant dans des réseaux de services de deux régions incluant : 1) entretiens individuels semi-dirigé auprès d'acteurs organisationnels (n prévu = 40); 2) sources documentaires sur le contexte et les services éducatifs. Pour le recrutement, nous aurons recours à une stratégie d'échantillonnage stratifiée et à des acteurs-clés pour identifier les documents pertinents et une liste d'acteurs potentiels à consulter au sein des établissements et organismes participants. Un guide d'entretien s'inspirant du cadre de référence et d'une adaptation de l'outil d'analyse de réseaux de Provan et al. (2005) sera mobilisé auprès des acteurs représentants les organisations des réseaux étudiés. Analyse de contenu dirigée des entretiens (QDA Miner) s'appuyant sur un cadre de référence conjuguant les déterminants des collaborations aux caractéristiques de réseaux efficaces. Analyses de réseaux d'acteurs avec quantification des liens permettant de situer l'étendue et les impacts des collaborations auxquelles contribuent les infirmières (Unicet).

Résultats attendus

La reconnaissance des collaborations entourant services d'ÉPG et d'ÉPL avec les OC pourra enrichir les pratiques infirmières par le dégagement d'outils et de constats quant aux pratiques éducatives visant l'équité, l'accessibilité et l'efficacité des soins et services.

Retombées

1) Meilleure compréhension de la culture organisationnelle entre ÉISSS et les OC permettra d'améliorer la coordination des prestations de services destinés aux futurs parents; 2) permettra d'optimiser l'organisation des services éducatifs périnataux ainsi que l'utilisation des ressources humaines et matérielles afin de soutenir les choix informés en matière de santé maternelle et infantile; et 3) permettra d'approfondir les connaissances relatives à l'intégration des services tout au long du continuum périnatal pouvant se réaliser en collaboration avec des organismes communautaires.

Session 33

Salle 3 (B-3250)

Thème : Déterminants sociaux et comportementaux en santé

Président: Renata Pozelli Sabio, ESPUM, Canada

Résultats partiels d'une étude de données de panel des déterminants de la mortalité infantile au Brésil 2004-2015.

Alexandre Bugelli, Roxane Borgès da Silva, Claude Sicotte et Ladislau Dowbor, Université de Montréal, Québec.
Alexandre.bugelli@umontreal.ca

Résumé

Récemment, la réduction des taux de mortalité infantile au Brésil a commencé à ralentir. Nous avons mené une étude statistique pour identifier les possibles raisons de ce ralentissement afin de contribuer à la formulation de politiques publiques. Les résultats suggèrent qu'une tendance persistante d'élevés taux de chômage et de réduction du revenu en raison de crises politico-économiques a aggravé les conditions de vie des ménages plus pauvres. Cela, allié à une probable recrudescence de la concentration de revenu, a contribué pour cette dégradation sociale, affectant la mortalité infantile.

Resumo

Recentemente, a redução das taxas de mortalidade infantil no Brasil começou a desacelerar. Realizamos um estudo estatístico para identificar as possíveis razões para essa desaceleração, afim de contribuir para a formulação de políticas públicas. Os resultados sugerem que uma tendência persistente de alta taxa de desemprego e redução da renda devido a crises político-econômicas agravou as condições de vida das famílias mais pobres. Isso, combinado

com um provável aumento na concentração de renda, contribuiu para essa deterioração social, afetando a mortalidade infantil.

Les résultats suggèrent que l'impact du taux d'occupation, ou du chômage, demeure pertinent /réel au cours de plusieurs périodes, possiblement en raison de son influence sur le taux de fertilité et les revenus des familles. Ces résultats attirent l'attention sur l'importance d'avoir un emploi autant que de la croissance économique comme facteurs d'effets durables pour la réduction de la mortalité infantile.

Le résultat inattendu de l'étude porte sur la relation négative entre le coefficient GINI et le taux de mortalité infantile. Nous considérons deux hypothèses principales pour expliquer ce résultat. Tout d'abord : un possible biais d'agrégation incontournable, dont le modèle de panel de données à effets fixes n'a pas été capable d'éliminer ou l'effet aplatisant d'une tendance à la concentration de revenu découlant d'une augmentation de revenu dans toutes les strates sociales, au cours des dernières décennies au Brésil, tel que prévue par l'économiste Thomas Pyketty.

Facteurs de risque comportement aux vis-à-vis de la santé des adultes jeunes (18-30 ans) en France en 2014.

Laure Com-Ruelle, Jonas Poucineau, IRDES, France. poucineau@irdes.fr

Contexte et problématique

Les conditions de vie ont profondément évolué ces dernières décennies. Les jeunes sont particulièrement exposés à ces changements. Ils connaissent une diversification et une prolongation des études, un retard de l'intégration professionnelle et affective et la transition des comportements semble devenue plus tardive. Or les comportements de santé des jeunes sont déterminants pour leur santé future, d'autant plus que plusieurs comportements délétères peuvent se conjuguer.

Objectifs de la recherche

Dans la suite de travaux menés en 2018 sur les caractéristiques des profils d'alcoolisation des adultes jeunes selon les caractéristiques socioéconomiques, l'objectif de notre étude est de décrire les différents comportements de santé des adultes jeunes, au regard des recommandations de santé (OMS, Haut conseil de santé publique...), et de construire une typologie de l'ensemble des risques pris afin de définir des classes de comportements utiles à l'analyse ultérieure de leur état de santé et de leur consommation de soins médicaux.

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. Notre étude porte sur les individus âgés de 18 à 30 ans, soit 2 626 personnes dont 1 286 hommes, 1 340 femmes, que nous observons en deux classes d'âge : 18-24 ans et 25-30 ans. Les personnes interrogées ont répondu à des questions et tests validés scientifiquement concernant leur consommation d'alcool, de tabac, l'usage de la cigarette électronique, leurs pratiques d'activités physiques et sportives (APS), leur consommation de fruits et de légumes, leur poids et leur taille. Des profils de comportements sont construits pour chacun de ces domaines puis une typologie sera réalisée à l'aide d'une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). Enfin, des modèles logistiques multinomiaux seront réalisés afin d'identifier les variables explicatives des différentes classes de comportements à risque pour la santé.

Résultats et discussion

Les premiers résultats révèlent : - Alcool : les hommes présentent des comportements à risque nettement plus fréquents que les femmes ; le risque s'atténue chez ces dernières avec l'âge ; le risque ponctuel domine largement le risque chronique (à 25-30 ans : hommes : 51 % et 10 %, femmes : 24 % et 2 %) ; - Tabac : le fait de fumer quotidiennement augmente avec l'âge, les hommes sont plus nombreux que les femmes à le faire (à 25-30 ans : hommes : 38 %, femmes : 26 %) ; - APS : plus d'un tiers des hommes et près de la moitié des femmes ne pratiquent pas d'APS, proportion augmentant avec l'âge ; - Qualité de la nutrition : seuls 6 % des hommes de 18 à 24 ans mangent au moins cinq fruits et légumes par jour et 8 % des 25-30 ans ; ces proportions sont respectivement de 12 et 13 % chez les femmes ; - Indice de masse corporelle (IMC), reflet de plusieurs comportements dont l'alimentation et de la sédentarité : l'ensemble « surpoids et obésité » concerne 22 % des hommes à 18-24 ans et 37 % à 25-30 ans; ces

proportions sont respectivement de 20 % et 29 % chez les femmes. La typologie est en cours de construction et sera suivie d'une analyse explicative.

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

Jusqu'à présent, les études en population générale ciblant les jeunes ne s'intéressent qu'à un ou deux comportements de santé, le plus souvent la consommation d'alcool ou le tabagisme, et plutôt chez les adolescents. Or la transition des comportements semble devenue plus tardive. Notre étude apporte des résultats inédits conjuguant les comportements les plus fréquemment liés à la santé et, en distinguant les 18-24 ans des 25-30 ans, permet d'en étudier les changements à ce moment clé de leur vie. L'analyse de leur état de santé et de leur consommation de soins médicaux pourra être réalisée au regard des classes de comportement révélées par la typologie. Nous disposons des mêmes données tous les deux ans entre 2002 et 2014 afin d'étudier l'évolution depuis le début du XXI^e siècle via les Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) bisannuelles précédentes de l'IRDES de 2002 à 2012. Les résultats permettront de cibler les populations les plus à risque et pourront servir à proposer des actions de prévention.

Comparaison de l'évaluation de la fidélité à l'intervention enregistrée et publiée dans le cadre d'essais randomisés par grappes de santé publique interventions dans les pays à revenu faible et intermédiaire: revue systématique.

Myriam Cielo Pérez Osorio, Nanor Minoyan, Valéry Ridde, Marie-Pierre Sylvestre et Mira Johri, ESPUM, CRCHUM, Institut de Recherche Pour le Développement (IRD de France), Québec et France. mc.perez.osorio@umontreal.ca

Background

Cluster randomised trials (CRTs) are a key instrument to evaluate public health interventions, particularly in low- and middle-income countries (LMICs). Recent methodologically oriented systematic reviews have found evidence of improvements in the design and analysis of CRTs, while also noting deficiencies in trial implementation which can affect the validity of trial results.

Fidelity assessment examines study processes to gauge whether an intervention was delivered as initially planned. Fidelity assessment can improve internal and external validity of CRTs by providing evidence that trial results are due to interventions themselves rather than to external factors and facilitating generalisation of results to contexts that may differ substantially from the original trial setting. Evaluation of implementation fidelity (IF) may be particularly important for CRTs of complex interventions conducted in low- and middle-income countries (LMICs). However, current CRT reporting guidelines offer no guidance on IF assessment.

Objective

The objective of this review was to study current practices concerning the assessment of IF in CRTs of public health interventions in LMICs.

Methods

CRTs of public health interventions in LMICs that planned or reported IF assessment in either the trial protocol or the main trial report were included. The MEDLINE/PubMed, CINAHL and EMBASE databases were queried from January 2012 to May 2016. To ensure availability of a study protocol, CRTs reporting a registration number in the abstract were included. Relevant data were extracted from each study protocol and trial report by two researchers using a predefined screening sheet. Risk of bias for individual studies was assessed.

Results

We identified 90 CRTs of public health interventions in LMICs with a study protocol in a publicly available trial registry published from January 2012 to May 2016. Among these 90 studies, 25 (28%) did not plan or report assessing IF; the remaining 65 studies (72%) addressed at least one IF dimension. IF assessment was planned in 40% (36/90) of trial protocols and reported in 71.1% (64/90) of trial reports. The proportion of overall agreement between the trial protocol and trial report concerning occurrence of IF assessment was 66.7% (60/90). Most studies had low to moderate risk of bias.

Conclusions

IF assessment is not currently a systematic practice in CRTs of public health interventions carried out in LMICs. In the absence of IF assessment, it may be difficult to determine if CRT results are due to the intervention design, to its implementation, or to unknown or external factors that may influence results.

We offer two recommendations to enhance the quality of future CRTs.

First, CRT reporting guidelines should promote fidelity assessment as a means to facilitate valid causal inference and replication of results.

Second, a practical tool is required to guide trialists involved in the design and implementation of CRTs on how to assess IF. This is a fundamental gap that should be remedied.

Maxakali não fica só no pouco, ele bebe kaxmuk (cachaça) até ficar bêbado e agitado”: um estudo de prevalência do consumo de álcool com a visão de mundo Maxakali/MG/Brasil.

Roberto Carlos de Oliveira, Rodrigo Venâncio da Silva, Ana Valéria Machado Mendonça, Belinda Nicolau, Mary Ellen Macdonald, Andrea Maria Duarte Vargas et Efigênia Ferreira e Ferreira, Universidade Federal de Minas Gerais, McGill University, Universidade de Brasília, Ministério da Saúde – Secretaria Especial de Saúde Indígena, Brasil

Session 34

Salle 3 (B-3250)

Thème : Liens entre professionnels et patients acteurs de leur santé, vers une culture du partenariat.

Session organisée : Matilde Chinet, Philippe Anhorn, Lila Devaux, Pascale Ferrari, Caroline Suter, Elena Raileanu et Manuel Salazar, Réseau Santé Région Lausanne, Haute École de la Santé La Source et DP-CHUV, Heig-VD et Institution de Lavigny, Suisse. Mathilde.chinet@rsrl.ch

L'accessibilité aux soins de santé mentale est un enjeu de santé publique majeur dans le monde entier. Les coûts humains, sociaux et économiques attribuables aux troubles mentaux sont en effet très élevés.

En Suisse, la prévalence à vie des troubles psychiques est d'environ 17 %, mais seul 5% des personnes reçoit des soins. Parmi les barrières à l'accessibilité figurent notamment la complexité et l'organisation fragmentée du système socio-sanitaire, les coûts, mais également le recours à la contrainte. Cette dernière peut en effet entraîner des réactions traumatiques éloignant les malades des soins. Le canton de Vaud possède le taux de placements à fin d'assistance (PAFA), soit de placement sans consentement le plus élevé de Suisse. Or la contrainte est contraire à la convention de l'ONU relative aux droits des handicapés qui exige de toujours respecter les droits, la volonté et les préférences des personnes. Les directives anticipées (DA) répondent en partie à cette problématique en contribuant à maintenir un certain contrôle par l'utilisateur sur son traitement en cas d'incapacité. Malgré cet avantage et devant le constat d'une faible prévalence d'élaboration en santé mentale, de nouvelles formes de déclarations anticipées ont vu le jour. Le Plan de Crise Conjoint (PCC) en est l'une des plus abouties et des mieux étudiées. Il se distingue des DA en ce sens qu'il implique nécessairement de façon conjointe au minimum un usager et un professionnel, voire un proche. Il favorise un processus de décision partagée considéré aujourd'hui comme un impératif éthique majeur dans le champ de la santé mentale. La littérature relève des impacts positifs tels que : meilleur contrôle de soi et des troubles, renforcement de l'alliance thérapeutique, meilleure utilisation des ressources socio-sanitaires, diminution des coûts.

En outre, à l'heure actuelle, les DA et le PCC sont les seules interventions à avoir un impact cliniquement et statistiquement significatif sur la diminution de la contrainte et des ré-hospitalisations sous contrainte. Dans le contexte vaudois l'implantation du PCC prend donc tout son sens. Cependant, malgré les données probantes issues de la littérature et les recommandations d'implantation de la filière psychiatrique cantonale, il reste davantage le fruit d'initiatives personnelles et éparses. Une étude exploratoire à devis mixte a été conduite en 2017 afin de comprendre les obstacles à sa pratique. Cela a permis de mettre en évidence la faisabilité du PCC dans tous les types de contexte de soins, soit hospitalier, ambulatoire, en hébergement institutionnel et à domicile et pour tous types de diagnostics, excepté en cas de démence et de troubles cognitifs majeurs. Si les professionnels estiment que le PCC permet de prévenir la rechute et les réhospitalisations, les usagers le voient davantage comme un outil d'autosoins et d'empowerment au quotidien. Les taux de satisfaction et d'utilité de l'outil sont globalement élevés, mais ils le sont systématiquement plus chez les usagers. Là où l'écart est le plus flagrant, c'est dans le respect et l'application du PCC

en cas de crise. Son accessibilité s'avère problématique: il n'y a ni directives, ni procédures institutionnelles qui régulent cette question et personne ne sait où trouver le document. Pour des questions de protection des données, les usagers refusent de le porter sur eux. De plus, peu d'alternatives sont discutées et proposées dans les PCC en matière de soins et de traitements. Or la littérature révèle que c'est dans ce domaine particulier que le processus de décision partagée rencontre le plus de résistances et soulève le plus de tensions entre expertise professionnelle et expérientielle. Pourtant contrairement aux préjugés des soignants, les contenus des PCC en matière de préférence de soins et de traitements sont conformes aux standards de soins. Pour répondre à ces difficultés et apporter des solutions concrètes à l'augmentation des mesures de contraintes, un projet de promotion et implantation efficiente du PCC est mis en oeuvre depuis début 2019. Il comprend quatre volets: la promotion de l'outil et la diffusion des bonnes pratiques, la formation, le développement d'une plateforme web et l'accompagnement de processus d'implantation sur site. Le projet est porté par un consortium d'acteurs et d'associations, piloté par les Réseaux santé Vaud et soutenu par le service de la santé publique.

La présentation se concentrera sur les interventions du projet qui favorisent l'approche partenariale. En effet, cette dernière est l'un des fondements du modèle du rétablissement, mais elle exige un changement culturel majeur par rapport à l'approche biomédicale encore dominante en santé mentale. En mobilisant l'expertise de chaque partie, le PCC est un levier possible pour accélérer ce changement de culture.

[Le plan de crise conjoint comme levier à la décision partagée en santé mentale.](#)

Pascale Ferrari, Haute École de la Santé La Source et DP-CHUV, Suisse

L'accessibilité aux soins de santé mentale est un enjeu de santé publique majeur dans le monde entier. Les coûts humains, sociaux et économiques attribuables aux troubles mentaux sont en effet très élevés. En Suisse, la prévalence à vie des troubles psychiques est d'environ 17 %, mais seul 5% des personnes reçoit des soins. Parmi les barrières à l'accessibilité figurent notamment la complexité et l'organisation fragmentée du système socio-sanitaire, les coûts, mais également le recours à la contrainte. Cette dernière peut en effet entraîner des réactions traumatiques éloignant les malades des soins. Le canton de Vaud possède le taux de placements à fin d'assistance (PAFA), soit de placement sans consentement le plus élevé de Suisse. Or la contrainte est contraire à la convention de l'ONU relative aux droits des handicapés qui exige de toujours respecter les droits, la volonté et les préférences des personnes. Les directives anticipées (DA) répondent en partie à cette problématique en contribuant à maintenir un certain contrôle par l'utilisateur sur son traitement en cas d'incapacité. Malgré cet avantage et devant le constat d'une faible prévalence d'élaboration en santé mentale, de nouvelles formes de déclarations anticipées ont vu le jour. Le Plan de Crise Conjoint (PCC) en est l'une des plus abouties et des mieux étudiées. Il se distingue des DA en ce sens qu'il implique nécessairement de façon conjointe au minimum un usager et un professionnel, voire un proche. Il favorise un processus de décision partagée considéré aujourd'hui comme un impératif éthique majeur dans le champ de la santé mentale. La littérature relève des impacts positifs tels que : meilleur contrôle de soi et des troubles, renforcement de l'alliance thérapeutique, meilleure utilisation des ressources socio-sanitaires, diminution des coûts. En outre, à l'heure actuelle, les DA et le PCC sont les seules interventions à avoir un impact cliniquement et statistiquement significatif sur la diminution de la contrainte et des ré-hospitalisations sous contrainte. Dans le contexte vaudois l'implantation du PCC prend donc tout son sens. Cependant, malgré les données probantes issues de la littérature et les recommandations d'implantation de la filière psychiatrique cantonale, il reste davantage le fruit d'initiatives personnelles et éparées. Une étude exploratoire à devis mixte a été conduite en 2017 afin de comprendre les obstacles à sa pratique. Cela a permis de mettre en évidence la faisabilité du PCC dans tous les types de contexte de soins, soit hospitalier, ambulatoire, en hébergement institutionnel et à domicile et pour tous types de diagnostics, excepté en cas de démence et de troubles cognitifs majeurs. Si les professionnels estiment que le PCC permet de prévenir la rechute et les réhospitalisations, les usagers le voient davantage comme un outil d'autosoin et d'empowerment au quotidien. Les taux de satisfaction et d'utilité de l'outil sont globalement élevés, mais ils le sont systématiquement plus chez les usagers. Là où l'écart est le plus flagrant, c'est dans le respect et l'application du PCC en cas de crise. Son accessibilité s'avère problématique: il n'y a ni directives, ni procédures institutionnelles qui régulent cette question et personne ne sait où trouver le document. Pour des questions de protection des données, les usagers refusent de le porter sur eux. De plus, peu d'alternatives sont discutées et proposées dans les PCC en matière de soins et de traitements. Or la littérature révèle que c'est dans ce domaine particulier que le processus de décision partagée rencontre le plus de résistances et soulève le plus de tensions entre expertise professionnelle et expérientielle. Pourtant contrairement aux préjugés des soignants, les contenus des PCC en matière de préférence de soins et de traitements sont conformes aux standards de

soins. Pour répondre à ces difficultés et apporter des solutions concrètes à l'augmentation des mesures de contraintes, un projet de promotion et implantation efficiente du PCC est mis en oeuvre depuis début 2019. Il comprend quatre volets: la promotion de l'outil et la diffusion des bonnes pratiques, la formation, le développement d'une plateforme web et l'accompagnement de processus d'implantation sur site. Le projet est porté par un consortium d'acteurs et d'associations, piloté par les Réseaux santé Vaud et soutenu par le service de la santé publique.

La présentation se concentrera sur les interventions du projet qui favorisent l'approche partenariale. En effet, cette dernière est l'un des fondements du modèle du rétablissement, mais elle exige un changement culturel majeur par rapport à l'approche biomédicale encore dominante en santé mentale. En mobilisant l'expertise de chaque partie, le PCC est un levier possible pour accélérer ce changement de culture.

Projet anticipé des soins (PAS) - un processus d'accompagnement en phase de test.

Lila Devaux, Réseau Santé Région Lausanne, Suisse

En 2017, le RSRL démarrait le projet "Projet Anticipé des Soins (PAS)" visant à soutenir l'auto-détermination des patients. Après un état des lieux présenté lors du CALASS 2018, une phase de conception du projet a été menée et est actuellement en phase de test. Nous vous présenterons l'avancement de nos travaux ainsi que les pistes identifiées pour permettre les changements de cultures et obtenir l'adhésion de l'ensemble des acteurs du système de santé, un défi à relever pour la réussite d'un tel projet.

Notre méthodologie est la suivante :

- Conception du PAS en groupe de travail et en concertation avec des professionnels représentant les différents lieux de soins et acteurs membres du réseau. Prise en compte des résultats de l'état des lieux et de modèles théoriques comme le projet Québécois "Les niveaux de soins" et son processus de communication patient-proche-professionnel (INESSS 2016), le "Montréal model" et son modèle clinique du partenariat (DCPP & CIO. UDeM, 2016) ou encore du cadre de l'Office fédéral de la santé publique sur l'anticipation en lien avec la santé et le partage de repères (OFSP 2018)
- Phase de tests et ajustements
- Implantation auprès des acteurs du système de santé
- Cadre et objectifs du projet :

Destiné aux patients atteints de maladies chroniques et/ou dégénératives, le Projet anticipé des soins vise à améliorer les opportunités pour le patient d'exercer son autonomie. Durant sa prise en charge et accompagné par un professionnel formé (conseiller PAS), le patient peut exprimer ses valeurs et volontés et définir un objectif thérapeutique. Cet objectif thérapeutique a pour but d'orienter sa prise en charge actuelle et celle qui adviendrait en cas d'incapacité de discernement ou d'urgence. Il se situe entre les pôles "Prolonger, maintenir la vie" et "Assurer le confort uniquement".

Le projet PAS vise également à permettre aux professionnels d'avoir, par l'intermédiaire de ces objectifs thérapeutiques, des repères communs permettant de proposer au patient une prise en charge en accord avec ses choix, quel que soit son lieu de prise en charge.

Le choix de cet objectif thérapeutique (objectif T) par le patient repose sur un processus de communication avec le conseiller PAS et ses proches. Celui-ci vise à faire émerger les valeurs et projets de vie du patient et à les mettre en lien avec l'évolution de son état de santé, les options de soins médicalement appropriées, leurs conséquences sur la qualité de vie et les projets de vie du patient.

- Rôles nécessaires :

Le PAS devrait idéalement être intégré dans les processus et pratiques professionnelles existants. Le profil des conseillers PAS est donc assez large pour permettre l'intervention de ces derniers dans divers lieux de vie et/ou de soins. Il s'agit de privilégier une approche par compétences qui seront enrichies grâce à une formation spécifique (en cours de conception).

L'ensemble des collaborateurs d'une équipe/structure peut avoir un rôle à jouer. Tout professionnel peut repérer le public cible, veiller à l'adéquation "décision du patient-expression spontanée du patient" ou appliquer les décisions le moment venu.

Des ateliers en direction des responsables chargés de l'implantation dans les structures seront mis en place afin d'identifier avec eux l'intégration du PAS dans les processus de travail en vigueur, ainsi que les leviers et les freins. Du fait des objectifs visés par le PAS et la manière dont il se déroule, des changements de cultures sont indispensables :

- Il s'agit de considérer le patient comme un partenaire du projet de soins, un expert de sa maladie et des conséquences sur sa vie et ses projets.
- L'anticipation est aussi au cœur du PAS afin de pouvoir définir sur le long terme l'orientation globale du projet de soins en tenant compte de l'expertise et des volontés du patient.

Ces changements de cultures, d'approches sont essentiels aussi bien chez les professionnels de santé que les patients eux-mêmes et nécessiteront un accompagnement sur le long terme.

Phase de tests :

Les objectifs de ces tests sont les suivants :

- Expérimenter le PAS sur différents terrains
- Identifier les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre ainsi que les freins et les leviers impactant les changements de cultures nécessaires à la mise en œuvre de ce projet.
- Etablir des recommandations d'ajustement en vue de l'implantation

Trois types de tests sont prévus :

- Un premier test auprès d'une communauté de sénior non malade visant à identifier l'approche et les postures professionnelles

Un second test en "situation réelle" permettant de tester l'entier du projet auprès de 20 patients atteints de maladies chroniques et/ou dégénératives.

- Un dernier test visant à identifier l'utilisation potentielle des PAS de ces 20 situations par les soins aigus et de réadaptation ainsi que les médecins installés en cabinet.

Suite à ces tests et aux ajustements nécessaires nous espérons pouvoir implanter le PAS auprès des acteurs du système de santé dès 2020 afin de faciliter l'autodétermination des patients quel que soit le lieu de prise en charge et accompagner les changements de cultures.

Implication des résidents à l'institution de Lavigny.

Manuel Salazar, Institution de Lavigny, Suisse

Session 35

Salle 5 (B-3260)

Thème : Organisation des services de santé et culture

Président: Carlo De Pietro, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, Italia

Culture « gouvernancielles » et transformation des organisations de santé : les enseignements du virage ambulatoire hospitalier en France.

Olivier Baly, Frédéric Kletz et Jean-Claude Sardas, Centre de gestion scientifique Mines ParisTech, France.
olivier.baly@mines-paristech.fr

La Nouvelle Gouvernance publique fournit les bases d'une culture administrative fondée sur la mise en réseau d'une pluralité d'acteurs (Osborne, 2010). Cette culture se développe aujourd'hui dans le champ de la santé (Cazin, 2017; Fierlbeck, Gardner, & Levy, 2018). Toutefois, les effets de ce développement sur les organisations régulatrices et régulées des systèmes de santé demeurent peu explorés. Cette communication vise à combler ce manque en évaluant les impacts de ce changement de culture administrative dans le système de santé français.

Nous expliciterons tout d'abord en quoi la Nouvelle Gouvernance publique se différencie des cultures bureaucratique et managériale qui l'ont précédée (Hood, 1991) notamment dans sa rationalité et ses instruments (Hood, 1993; Lascoumes & Le Galès, 2004). Nous verrons que les dispositifs de régulation souple et d'intermédiation occupent une place centrale dans cette instrumentation « gouvernancielle » (Abbott, Levi-Faur, & Snidal, 2017; Levi-Faur, 2011; Majone, 1994; Mörth, 2004; Wedlin & Sahlin, 2017).

Suivant cette approche instrumentale, nous montrerons que la Nouvelle Gouvernance publique s'est traduite dans le champ sanitaire français par une modification des instruments de l'action publique. Notamment, le recours aux incitations tarifaires s'est doublé d'un pilotage souple et intermédiée de la transformation hospitalière (Engel, Kletz, Moisdon, & Tonneau, 2000; Moisdon, 2012, 2013). Nous préciserons en quoi l'axe virage ambulatoire du Plan de transformation 2015-2017 du système de santé est caractéristique de cette évolution, et en quoi la transformation ambulatoire représente un changement de culture organisationnelle à l'hôpital (Berend, 2017).

Nous préciserons ensuite notre méthodologie, qui comporte trois étapes. La première d'entre elles consiste à mesurer l'efficacité, en terme de transformation ambulatoire des établissements de santé français, des dispositifs de régulation souple intermédiée déployés au cours de ce Plan. Nous évaluons cette efficacité grâce à la méthode des différences de différences après appariement (Bertrand, Duflo, & Mullainathan, 2004; Caliendo & Kopeinig, 2008) sur deux groupes de 172 établissements en chirurgie et sur deux groupes de 181 établissements en médecine. Dans un second temps, nous mobilisons la même méthode sur des groupes intersectoriels – i.e. : médico-chirurgicaux – de traitement (N = 151) et de contrôle (N = 181), afin d'apprécier l'utilité économique de ces dispositifs, telle qu'envisagée par les concepteurs du Plan. En troisième lieu, nous explorons les liens causaux supposés par ces concepteurs entre transformation ambulatoire et équilibre économique des établissements de santé, à l'aide d'une modélisation testée sur un panel de 244 établissements (Hsiao, 2014).

Les résultats que nous présenterons indiquent que les dispositifs « gouvernanciers » du Plan de transformation 2015-2017 du système de santé français ont eu un impact limité mais significativement positif à relativement court terme – deux ans – en matière de transformation ambulatoire des établissements de santé. Toutefois, ces transformations n'ont pas induit sur cette période les conséquences économiques souhaitées par les régulateurs de ce système. Les estimations tirées de notre modélisation suggèrent que les instruments tarifaires issus du Nouveau Management public ont continué à produire leurs effets, indépendamment des transformations organisationnelles provoquées par la Nouvelle Gouvernance publique.

Notre travail contribue ainsi à la littérature sur la gestion publique dans le secteur de la santé en démontrant l'efficacité de dispositifs découlant d'une culture administrative « gouvernancielle » pour la transformation des organisations sanitaires régulées. Les dispositifs « gouvernanciers » que nous avons étudiés se sont en effet révélés être des vecteurs efficaces d'un changement de culture organisationnelle à l'hôpital. Notre recherche souligne toutefois que cette nouvelle culture administrative complexifie les enjeux d'utilité et de cohérence interne des politiques publiques auxquels sont confrontées les organisations régulatrices des systèmes de santé (Desplatz & Ferracci, 2016; SGMAP, 2015). Notre évaluation invite notamment les décideurs publics et les chercheurs à interroger le lien causal entre les transformations visées par les dispositifs « gouvernanciers » et les impacts finaux qui en sont attendus. L'émergence de ces dispositifs pose également la question de leur articulation avec ceux hérités des cultures administratives passées, dont les effets peuvent perdurer.

Le spectre de l'autisme organisationnel dans le système de santé québécois.

Hubert Wallot, Université TÉLUQ, Québec. [wallottha@hotmail.com](mailto:wallotha@hotmail.com)

L'objectif de la présentation essaie de mettre en relief d'une manière frappante des caractéristiques qui sont ou deviennent contreproductives et délétères en prenant, comme **méthode**, une analogie avec un diagnostic psychiatrique, comme **modèle** soit celui de l'autisme.

L'autisme, jadis ignoré, est devenu tout à coup une quasi-mode du discours depuis peu. Cette situation a eu un impact sur les demandes en clinique, ce qui n'est pas le propos ici. Mais ceux qui se demandent s'ils sont malades ne le sont souvent pas, alors que les vrais malades ne se posent guère la question.

Différentes situations dans les milieux de la santé m'ont amené à faire une analogie entre ces milieux et les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme tel que défini par la classification américaine des troubles mentaux appelée DSM-5. Ce trouble, connu auparavant sous le nom de trouble envahissant du développement, est un groupe phénotypiquement hétérogène de syndromes neurodéveloppementaux, caractérisé par une gamme étendue de perturbations dans la communication sociale et dans les comportements restreints ou répétitifs.

Dans le développement du concept, retenons le psychiatre Leo Kanner qui, en 1943, décrit des enfants qui montrent une « solitude autistique », faisant de monotones répétitions d'énonciations verbales, affichant une excellente mémoire, ayant une étendue limitée d'activités spontanées, ayant des stéréotypies, des manières et avec un désir anxieusement obsessif de maintien du pareil et une horreur du changement.

Dans le DSM, l'autisme est caractérisé par des perturbations dans trois sphères : 1- la communication sociale limitée avec absence d'intérêt ou de réciprocité avec les pairs, 2- des comportements restreints, ritualisés, stéréotypés et répétitifs avec intolérance aux changements, 3- le développement et, de manière non toujours présent, l'usage d'un langage inadéquat ou aberrant. Le diagnostic suppose une perturbation cliniquement significative du fonctionnement dans diverses sphères, mais ne requiert pas le critère de détresse subjective comme dans la majorité des diagnostics du DSM-5

Application du **modèle: l'autisme des organisations**

Les divers éléments de ce diagnostic se retrouvent dans certaines organisations. Ils s'appliquent en même temps aux principes choisis de leur fonctionnement gestionnel et aux caractéristiques de leurs dirigeants.

Il s'agit d'abord d'organisations protégées de la compétition, sans quoi elles ne survivraient pas : par exemple, les institutions de la santé au Québec, surtout de façon progressive depuis les cinquante dernières années. Elles sont toutes fusionnées dans une même unité territoriale. Le système public de santé tend à se définir comme le système de santé en excluant des organisations sanitaires comme les cliniques médicales, les pharmacies, les organismes communautaires, qu'on considère comme des sous-traitants auxquels on cherche à imposer des objectifs et des normes. Les ressources intermédiaires en sont un exemple. L'intersectorialité est souvent rendue difficile par des freins à la communication ou à sa qualité entre les sous-systèmes de l'organisation.

Ensuite, elles utilisent de façon segmentée et non de façon écosystémique, des objectifs et des critères de performance. Ces derniers sont peu axés sur les finalités, souvent plus sur le contrôle des coûts, ce qui fait que ce qui n'est pas mesuré échappe : par exemple, la spécialisation des institutions hospitalières qui imposent une délocalisation des services de proximité et crée des ghettos (retour de la psychiatrie à l'hôpital psychiatrique), patients en attente pour divers services, hospitaliers ou à domicile, délais d'attente (en termes d'années) pour les services en déficience ou pour les troubles d'apprentissage, etc etc.,. Le côté unitaire de ses composantes, croissant depuis deux décennies, les rend aveugles à leurs déficiences.

Elles sont impersonnelles et réduisent, souvent simplement par leur taille, le sentiment d'appartenance précieux pour la motivation au rendement.

Como a governança pode influenciar a cultura organizacional na área recursos humanos em saúde no Brasil.

Cláudia Brandão Gonçalves Silva, Magda D. A. Scherer, Universidade de Brasília.

claudiabrandao2012@bol.com.br; magscherer@hotmail.com

Resumo

O Brasil apresenta política institucionalizada em Recursos Humanos em Saúde conhecida como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Em 2016 com a elaboração de um planejamento coletivo e ascendente a agenda da PNEPS é reativada no país, e em 2017, com o lançamento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente no SUS, houve o retorno de financiamento para planejamento e execução de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Com este programa, todos os estados estruturaram planos de Educação em Saúde. Neste sentido, pode-se constatar que houve transformações nas culturas organizacionais das esferas estaduais que lidam com o tema da EPS, reestabelecendo processos de comunicação entre as esferas gestoras, na temática, o que evidencia práticas bem-sucedidas na gestão pública de saúde e o potencial de influência da governança na transformação de culturas organizacionais.

Resumen

Brasil presenta política institucionalizada en Recursos Humanos en Salud conocida como Política Nacional de Educación Permanente en Salud (PNEPS). En 2016 con la elaboración de una planificación colectiva y ascendente la agenda de la PNEPS es reactivada en el país y en 2017, con el lanzamiento del Programa para el Fortalecimiento de las Prácticas de Educación Permanente en el SUS, hubo el retorno de financiamiento para planificación y ejecución acciones de Educación Permanente en Salud (EPS). Con este programa, todos los estados estructuraron planes de Educación en Salud. En este sentido, se puede constatar que hubo transformaciones en las culturas organizacionales de las esferas estatales que tratan con el tema de la EPS, reestablecen procesos de comunicación entre las esferas gestoras, en la temática, lo que evidencia prácticas exitosas en la gestión pública de salud y el potencial de influencia de la gobernanza en la transformación de culturas organizacionales.

Session 36

Salle 6 (B-3265)

Thème : Système de santé

Président: Véronique Zardet, IAE Lyon, Université Jean Moulin Lyon 3, France

Renoncement aux soins au sein du système français d'assurance maladie.

Anne-Laure Feral-Pierssens, Claire Rives-Lange, Joane Matta, Victor Rodwin, Marcel Goldberg, Philippe Juvin, Marie Zins, Claire Carette et Sebastien Czernichow, UMS 11-INSERM, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, France

Contribuer au développement de systèmes de santé résilients : une expérience de 20 ans de coopération japonaise dans des pays de l'Afrique francophone.

Noriaki Ikeda, Marie Hatem et Miho, Goto, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Chargé de Programme de la Coopération Japonaise et Université de Montréal, École de Santé Publique-Département de médecine sociale et préventive, Côte d'Ivoire et Québec. noikedancgm@gmail.com

Contexte et problématique

De nombreux pays africains n'ont pas encore mis en place un système de santé résilient avec leurs capacités administratives propres. Ils peuvent ainsi demeurer encore longtemps dans une situation de dépendance des "partenaires" pour l'exécution de leur plan national de développement du système de santé en général, des ressources humaines en santé, particulièrement. La coopération bilatérale japonaise offre son soutien aux gouvernements de plusieurs pays de l'Afrique Subsaharienne francophone pour les accompagner dans le développement d'un système de santé résilients, depuis une vingtaine d'années environ.

L'objectif de l'intervention qui fait l'objet de la communication présente, est l'instauration d'un nouveau modèle de coopération technique, en matière de renforcement des systèmes de santé.

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés

Le modèle est axé sur le respect des initiatives locales, par la coopération japonaise, et de l'appropriation, par les pays bénéficiaires, de méthodes et d'interventions mises en place pour le renforcement de leurs systèmes de santé.

La communication couvrira une analyse critique de l'expérience de 20 ans de coopération dans les pays de l'Afrique francophone participants.

Dans ce contexte, un cercle de coopération commence par l'adoption d'un ensemble de valeurs sur lesquelles fonder la transformation du modèle de fonctionnement et ce, à travers la formation participative de groupes de décideurs et de cadres des systèmes de santé multi-pays. Sur la base de telles valeurs, un projet de renforcement du système de santé est planifié est mis en place selon les priorités du gouvernement de chacun des pays, par exemple: 1) en matière de développement de ressources humaines pour la santé; 2) par la contribution à l'amélioration du continuum des soins maternels et neonatals, ou 3) en matière de renforcement du système de surveillances pour les maladies transmissibles notamment pour la maladie de virus d'Ébola. Les connaissances et les bonnes pratiques ainsi développées sont partagées en un premier temps, à travers un réseau constitué parmi les représentants des pays

membres. Par la suite, elles sont restituées (un an plus tard) dans le cadre d'une formation offerte à de nouveaux groupes et ce, pour le développement des capacités en termes de gestion du développement des ressources humaines pour la santé, du continuum des soins maternels et néonataux, de l'approche de gestion intitulée %S-Kaizen-TQM et de la riposte à l'épidémie d'Ébola survenue récemment dans certains pays de l'Afrique subsaharienne.

Resultats et discussion

Les sujets et les valeurs abordées dans les différentes formations mises en oeuvre au Japon ont été rassemblés dans un projet d'amélioration des soins continus pour la mère et le nouveau-né au Sénégal et dans le programme de formation à la prévention de la maladie à virus Ébola en République démocratique du Congo. Le réseau francophone de développement des ressources humaines en santé en Afrique francophone a été créé à partir de la formation sur le développement et la gestion des ressources humaines en santé destinée aux pays d'Afrique subsaharienne francophones mise en oeuvre au Japon depuis 2011. Les directeurs des ressources humaines en santé des 13 pays membre constituent un réseau pour partager leurs connaissances et bonnes pratiques. Le Japon a soutenu les fonctions de ce Réseau en matière de secrétariat depuis 2010 jusqu'en 2019. Le réseau a collaboré avec non seulement le Japon mais également avec l'OMS et avec une plateforme basée à Montréal qui vise le développement de l'autonomisation des femmes en santé dans le monde francophone (Initiative Hugaia).

Dans le cas de la coopération bilatérale dans le secteur de la santé au Sénégal, en République démocratique du Congo et en Côte d'Ivoire, au Japon, un programme comprenant plusieurs projets de coopération technique s'inscrit dans le cadre du plan de développement sanitaire du pays cible. Des conseillers sont postés au niveau central et régional du ministère de la Santé. En tant que membres du ministère de la Santé, les conseillers promeuvent des programmes en coopération avec les différentes directions centrales et les bureaux régionaux de la santé.

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

Il a été signalé que, depuis le début des années 2000, les partenaires mondiaux pour le développement, ont créé un système de santé parallèle, pour la mise en oeuvre de plans dirigés par les partenaires, au lieu de renforcer l'administration de la santé dans les pays cibles. De son côté, la méthode de coopération bilatérale du Japon est fondée sur le fait que l'administration de la santé du pays appuie le processus d'exécution du plan qui répond aux besoins et aux ressources du pays concerné. Cette méthode semble simple mais elle respecte l'autonomie de l'identité/la souveraineté du pays.

O Sistema único de saúde e a cobertura universal no Brasil: um enfoque antropológico.

Ana Cláudia Cardozo Chaves, Celmário Castro Brandão, Etel Matiello, Éverton Luís Pereira, Magda dos Anjos Scherer et Ximena Pamela Díaz Bermúdez, Universidade de Brasília. anaccardo@hotmail.com

OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO

Discutir a proposta de Cobertura de Saúde Universal (CSU) e seus impactos para a política pública de saúde no contexto brasileiro, à luz de um referencial antropológico.

CONTEXTO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A Conferência Global sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em Astana (2018) enfatizou a Cobertura de Saúde Universal (CSU) como essencial à saúde e ao bem-estar das populações, reascendendo o debate sobre a universalidade em saúde e como ela se expressa nos sistemas de saúde do mundo. A CSU propõe que todas as pessoas devem ter acesso a serviços públicos essenciais centrados em suas necessidades de saúde e desenvolvidos com qualidade, sem que o custo recaia sobre os usuários, gerando dificuldades financeiras particularmente para pobres, vulneráveis ou camadas marginalizadas da população (OMS, 2013). Entretanto, essa proposição segue a tendência de focalização de políticas e racionalização de recursos no contexto da redução de direitos sociais e do enxugamento do Estado, segundo a lógica neoliberal global (GIOVANELLA et al, 2018). Considerando-se a aplicação da CSU no Brasil, que tem a Universalidade como pilar do Sistema Único de Saúde (SUS), é possível conceber que suas bases jurídicas e operacionais fundamentais podem ser profundamente alteradas, bem como o próprio modelo de proteção social do Estado brasileiro.

TEORIAS, MÉTODOS, MODELOS E MATERIAIS UTILIZADOS

Optou-se pela utilização da abordagem antropológica de Shore (2010) para análise de políticas públicas. Essa análise ressalta a complexidade e a desordem dos processos de formulação de políticas, assim como as frequentes disputas em meio às quais são promulgadas, buscando também compreender a dinâmica sociopolítica que determina as intencionalidades presentes desde a sua concepção. Conforme essa abordagem, realizou-se pesquisa documental e análise da proposta da CSU, com ênfase no contexto brasileiro, a partir das categorias: atores sociais e interesses políticos; elementos do contexto determinantes para o fortalecimento da proposta da CSU no mundo e no Brasil; e repercussões esperadas para o SUS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar do robusto arcabouço legal do SUS, considerando os históricos desafios de orçamento e gestão para sua implementação, a complementariedade do setor privado prevista na constituição brasileira abriu margem ao avanço do mercado para apropriação do financiamento público da saúde. Diante disso, mesmo os avanços conquistados com o SUS, como a expansão da Atenção Primária à Saúde, não foram suficientes para assegurar acesso e integralidade à população. Nesse cenário, a proposta da CSU vem vencendo a narrativa de que possui melhores condições para, a partir do subsídio público, oferecer maior cobertura de serviços e melhor cuidado aos cidadãos, contando com apoio de sólidas instituições mundialmente reconhecidas no campo da gestão pública de saúde e do crescente fortalecimento da agenda neoliberal. Conta, ainda, com apoio popular, pois é sedutora a expectativa de serviços públicos mais gerenciáveis e serviços privados “vendidos” como de boa qualidade, ofertando ações mais amplas e diversas a toda a população. O risco, porém, de instituir a CSU no SUS está na definição de um pacote explícito e, em geral, restrito de ações e serviços pelos quais o Estado é responsável, bem como na definição de um contrato de seguro do cidadão, que substitui o direito irrestrito à saúde e pode diferenciar os cidadãos conforme poder aquisitivo, podendo justificar pacotes mínimos para grupos populacionais marginalizados e resultar em “serviços pobres para pessoas pobres” (GIOVANELLA et al, 2018). As evidências apontam, contudo, que na iniciativa privada os cidadãos encontram serviços incapazes de alcançar a integralidade, pela fragmentação das ações, desterritorialização e desarticulação de rede assistencial, como já observado nos modelos de CSU implementados no México e na Colômbia. Apontam também que os usuários tendem a retornar aos serviços públicos a partir da atenção secundária ou terciária, com complicações que oneram ainda mais o setor público.

CONTRIBUIÇÃO DA COMUNICAÇÃO PARA O ESTADO DA ARTE E AS PRÁTICAS ATUAIS

A abordagem antropológica de políticas de saúde mostrou-se oportuna para compreender a ascensão da proposta da CSU na agenda política. A análise clássica de políticas públicas apresenta uma perspectiva mais linear dos fenômenos e poderia situar a CSU como uma melhoria necessária, advinda da avaliação da implementação dos sistemas de saúde, em que problemas como insuficiência na garantia do acesso universal e alto custo para a manutenção de serviços sem resolubilidade satisfatória comprometem a saúde das populações. Do ponto de vista antropológico, todavia, essa é apenas uma das camadas de análise, sendo importante considerar outros elementos para, então, compreender as complexidades envolvidas. Isso é relevante para superar um desafio contemporâneo que se apresenta às políticas e sistemas de saúde: a tomada de decisão sobre a medida da proteção social que se deseja prover para as populações. É imprescindível extrapolar abordagens clássicas de análise e intervenção, explorando problemas políticos como fenômenos complexos, convocando aspectos e sujeitos políticos, comumente e intencionalmente omitidos, para compor a arena de disputas que determina o direito à saúde.

Respuesta del sector salud a la conducta suicida en cinco estados de México.

Maria del Rosario Valdez, Martha Hajar, Eréndira Mendoza, Jeannette Godínez et Lourdes Gómez, Instituto Nacional de salud pública, México

Horaire: 17h00-18h45

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANUELLE DE L'ALASS (Salle)

Horaire: 19h00

DINER DE GALA

Samedi 24/08/2019

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

Horaire : 09h00- 10h30

Session 37

Salle 1 (B-3240)

Thème : Pratique professionnelle

Président: Ana-Maria Malik, Fundação Getulio Vargas, Brasil

Construção e implementação de sistemas locais de saúde em cidades transfronteiriças: a prática profissional e o direito à saúde.

Vera Ribeiro Nogueira, Helenara Silveira Fagundes et Ineiva Teresinha Kreutz, Universidade Católica de Pelotas e Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. veramrn@gmail.com

O objetivo deste texto é refletir sobre o papel e os impactos das práticas profissionais do campo sanitário em regiões transfronteiriças ao realizar as mediações entre as políticas nacionais e as locais no momento da implementação. Tem como eixo orientador a noção que o acesso aos bens e serviços de saúde oferecidos através de políticas públicas é um direito de cidadania e incorpora valores de justiça e igualdade, somente concretizados por práticas profissionais e institucionais que espelhem estes valores. Sendo a figura do Estado (nacionais, subnacionais e locais) o responsável pela ação pública, sua natureza contraditória devido aos distintos interesses em seu interior, favorece um espaço de autodeterminação dos agentes implementadores de políticas públicas. Ou seja, devido às contradições inerentes à dinâmica estatal, as estratégias e instrumentos de gestão adotados para a operacionalização das políticas públicas não possuem “valor em si”, mas podem se configurar com distintos conteúdos políticos, valorativos e éticos e abrem a possibilidade de abordar o Estado em ação interferindo, por meio de seus agentes, em uma dada realidade social com determinada dimensão ético-política.

Se reconhece ainda que os fenômenos recentes de descentralização dos serviços e ações de saúde ocorridos em todos os países do sul da América Latina e as mudanças de escala - do global ao local, passando pelo nacional, tem um impacto na formulação da ação pública e na determinação da cidadania.

Assim, a descentralização ao mesmo tempo em que leva a uma fragmentação da ação pública, pois novas decisões são tomadas no plano da implementação, pode alterar o estatuto de cidadania em relação a garantia ou não de direitos face à discricionariedade dos agentes locais. Por esta razão entende-se a gestão dos sistemas de saúde de saúde em espaços transfronteiriços internacionais, quando efetivamente democrática, como um dos componentes essenciais para o acesso e fruição do direito à saúde dos não nacionais que transitam cotidianamente em busca de atenção médico-sanitária em outro país.

Optou-se por abordar os sistemas de saúde em duas vertentes: sua materialidade orgânico-administrativa e a produção de ações e serviços de saúde, seguindo proposição da CEPAL para análise de políticas sociais. A primeira vertente sinaliza as distinções relativas as formas organizativas que conferem materialidade às ações e serviços de saúde.

A segunda vertente se refere aos valores, culturas profissionais e compromissos ético-políticos dos diversos atores que interagem nos sistemas locais e estabelecem, ou não, as formas de cooperação com os congêneres do outro lado da fronteira. Esta proposição metodológica permitiu resgatar como os agentes implementadores apreendem e interferem na produção de políticas públicas locais de saúde relacionadas à inclusão dos não nacionais em decorrência da interface entre culturas profissionais e organizacionais jurídico-institucionais distintas e próprias de cada Estado nacional. Nesta linha destaca-se o papel dos agentes profissionais do campo da saúde contribuindo para expandir ou regredir a possível cooperação entre sistemas de saúde em cidades gêmeas. Relaciona as evidências dos valores normativos em cada um destes espaços e enfatiza os impasses e avanços ocorridos nos últimos anos relacionados a inclusão dos não nacionais em ações e serviços de saúde. Os dados que subsidiaram a primeira vertente foram resgatados através de pesquisa documental em sites das Secretarias/Departamentos de Saúde Municipais.

Os dados empíricos que subsidiaram analiticamente a produção deste texto foram coletados através de entrevistas em profundidade com gestores dos sistemas e profissionais médicos-sanitários de quatro cidades localizadas nas linhas de fronteiras entre Brasil e Argentina e Brasil e Uruguai. Os principais resultados confirmam ser impossível apreender determinadas estratégias de ação do Estado tomando seu pessoal apenas como "autoridade técnica", como "especialista", cuja ação política fica subsumida nas análises ou atribuída à comunidade política de legisladores e gestores. Constatou-se a distinção entre os sistemas administrados por gestores preocupados com a inclusão dos não nacionais calcados em valores de cidadania e os gestores com interesses pessoais ou político-partidários. Estes últimos se apropriam das políticas nacionais de forma segmentada e de acordo com interesses particulares. Verificou-se que ambas as formas de proceder não se descolam dos valores locais, os quais permeiam diretamente a cultura institucional. A mediação dos profissionais e gestores visando a inclusão dos não nacionais obedece igualmente ao padrão dominante no espaço local. Em outras palavras, mais do que a bagagem cultural própria de cada categoria de profissionais de saúde, as práticas são impactadas pelo ethos cultural local. Confirma-se assim que a formulação da política e a sua implementação não deteriam uma racionalidade inerente e articulada entre si, mas sim, como o ponto de convergência entre as propostas e os interesses imediatos dos cidadãos no momento de sua concretização.

Avaliação do escopo de prática de enfermeiros que atuam na atenção primária dos serviços públicos de saúde no Brasil e fatores associados.

Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi, Ana Cristina Van Stralen, Célia Regina Pierantoni et Joana Natália Cella, Universidade Federal de Minas Gerais et Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil.
cristianalcarvalho@gmail.com

O termo "escopo de prática" é utilizado para descrever o conjunto de atividades, funções e ações que um profissional pode exercer com segurança, segundo sua formação, treinamento e competência profissional. Na área da saúde, um profissional com escopo de prática limitado pode aumentar as taxas de referência para redes secundárias e, conseqüentemente, aumentar os custos de saúde, além de restringir o acesso dos usuários aos serviços. Por outro lado, um escopo de prática ampliado pode contribuir para melhorar o acesso aos serviços de saúde. Assim, a maneira como o escopo de prática é estabelecido impacta diretamente na composição e produtividade da força de trabalho e, portanto, na qualidade e no custo dos serviços de saúde.

O objetivo desse estudo foi caracterizar o escopo de prática de enfermeiros que atuam nos serviços públicos de saúde, em especial na Atenção Primária em Saúde (APS), e investigar os fatores associados à execução de maior número de atividades clínicas e ou de realização de atividades que extrapolam o escopo de prática definido pela legislação de exercício profissional.

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal, com aplicação de questionário por via eletrônica para amostra de 2.707 enfermeiros que atuam nos serviços públicos de saúde. O questionário abrangia dados sociodemográficos e uma lista de 34 procedimentos em que os participantes deveriam marcar se os realizam na Unidade Básica de Saúde (UBS) e, em caso negativo, se saberiam realizar. Os dados sociodemográficos e os referentes aos escopos de prática e fatores associados foram descritos segundo a distribuição de frequências e medidas de tendência central. Para comparação de variáveis contínuas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney. Para as análises estatísticas foi utilizando o SPSS 19.

Os enfermeiros relataram saber fazer uma gama maior de procedimentos do que aqueles que fazem nas Unidades Básicas de Saúde. O escopo de prática foi mais ampliado entre os enfermeiros do sexo masculino; entre os enfermeiros que possuem especialização; entre os enfermeiros que atuam na região Norte do país; que atuam em regiões com baixo desenvolvimento sócioeconômico e em municípios com mais de 120 minutos de distância da sede da região de saúde. Entre estes escopos ampliados realizados pelos enfermeiros destacam-se alguns procedimentos que são definidos legalmente como atividades privativas dos médicos. Além disso, o estudo constatou que cerca de metade dos enfermeiros estariam dispostos a realizar atividades que são privativas dos médicos na Atenção Primária. Por outro lado, existe também uma disposição de delegar alguns procedimentos para os técnicos de enfermagem, com ou sem supervisão direta.

A área da saúde tem sido objeto de estudo sobre escopos de prática em vários países, com profundas modificações nas atividades exercidas pelos profissionais da atenção primária com vistas à otimização do acesso e da qualidade da atenção, especialmente em áreas remotas e desassistidas. Considerando as competências e as razões relatadas para não realização de determinados procedimentos, a exemplo da regulação profissional restritiva, baseada em atributos privativos, é possível estabelecer estratégias para remover as barreiras e expandir a prática destes profissionais, de forma a melhorar o acesso a saúde. Assim, torna-se relevante estudos que possam subsidiar a reorganização dos processos de trabalho e escopos de prática das equipes de saúde da APS.

Dimensionamento da demanda e composição do exercício profissional de médicos especialistas no Brasil em 2018.

Lucas Wan Der Maas, Sabado Nicolau Girardi, Jackson Freire Araujo, Cristiana Leite Carvalho, Valéria Morgana Penzin Goulart, Leda Zorayde Oliveira et Paulo Henrique D'Ángelo Seixas, Universidade Federal de Minas Gerais et Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Diversidade de escopos de prática em especialidades médicas selecionadas, no Brasil.

Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Ana Cristina Van Stralen et Leda Zorayde Oliveira, Universidade Federal de Minas Gerais et Fundação Oswaldo Cruz. sabadogirardi@gmail.com

A escassez e a desigualdade de acesso a médicos especialistas têm sido apontadas como um grave problema em diversos países do mundo e crescentemente reconhecida no Brasil. Em geral são as comunidades mais carentes e as regiões mais remotas que sofrem com o problema. Em diversas partes do mundo, a expansão de escopos de prática clínicos de profissionais não médicos e a ampliação de áreas comuns de prática entre os médicos generalistas e especialistas estão entre as estratégias de enfrentamento do problema.

O presente estudo teve por objetivo coletar evidências sobre escopos de prática de especialidades médicas na prestação de cuidados especializados em serviços de saúde, sendo composto por um survey, entrevistas em profundidade e um grupo de dialogo online. Os dados do survey foram coletados por meio da aplicação de questionário eletrônico numa amostra de 561 médicos de diversas especialidades. Adicionalmente, foram realizadas entrevistas em profundidade com representantes de entidades médicas e gestores de serviços médicos especializados. Foram selecionados atividades e procedimentos de diferentes níveis de complexidade das seguintes especialidades médicas: Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Cardiologia, Clínica Geral e Ginecologia e Obstetrícia. Os participantes foram solicitados a indicar a frequência com que realizam cada procedimento, a principal forma de aprendizagem, os motivos para não realização e quais profissionais não médicos poderiam realizar os procedimentos. Com relação ao perfil dos respondentes, 54% são mulheres, jovens (70%), casados (60%) e possuem menos de 10 anos de formados. A maioria (55%) declara ser especialista e dedicarem a maior parte do tempo à especialidade principal. Quanto à pós-graduação, 43% tem residência médica e 20% pretendem fazer residência medica.

Com relação à questão dos escopos, relatam que a frequência de realização dos procedimentos especializados pelos médicos de outras especialidades reduz de acordo com o aumento da complexidade e especificidade do procedimento e o principal motivo apontado para não realização de procedimentos é o fato de não estarem na área de competência de sua especialidade. Com relação à realização de atividades especializadas pelos demais profissionais de saúde, as enfermeiras são em geral mais citadas pelos medicos das distintas especialidades como capazes de também os realizarem com a concordância dos medicos. A principal forma de aprendizagem dos procedimentos realizados ocorre durante a graduação. O survey incluiu questões opinativas acerca da prescrição de medicamentos, ordenamento de exames e realização de laudos, em geral consideradas privativas de médicos. No que diz respeito à prescrição de medicamentos, a maior parte é contra outros profissionais praticarem essa atividade, alegando ser exclusiva de médicos e que outros profissionais não detém o conhecimento necessário para realizá-las. Exceção se faz dentistas nas prescrições vinculados ao tratamento odontologico e relativamente aos psicologos para os quais 42% dos medicos opinam que poderiam prescrever medicamentos controlados como os benzodiazepinicos No que diz respeito à solicitação de exames a maioria opinou que outros profissionais, não médicos, poderiam realizar esta atividade (71,2%), alegando que isso otimizaria o processo de trabalho e auxiliaria o diagnóstico, além de afirmarem que muitos profissionais já são capacitados para tal, sobretudo os enfermeiros e dentistas.

Finalmente, em relação à opinião dos médicos sobre outros profissionais de saúde emitirem laudos, 57,4% se declararam favoráveis. Entre estes, a maioria especificou alguma condição como: ter que ser da competência e área de atuação do profissional, ser capacitado, ter responsabilização profissional e constar nos protocolos ou ser autorizado pelo conselho de classe competente. A análise dos resultados das entrevistas em profundidade com as sociedades de especialistas e gestores, em geral, confirmam os resultados do survey online.

Session 38

Salle 2 (B-3245)

Thème : Soins de santé primaires

Président: Alexandre Bugelli, Université de Montréal-ESPUM École de Santé Publique, Brasil

Integração da Atenção Primária e Vigilância em Saúde como estratégia para o fortalecimento do Sistema de Saúde brasileiro.

Fátima Sonally Sousa Gondim, Wanessa Tenório Gonçalves Holanda Oliveira, Mariana Nogueira de Resende Sousa, Ana Claudia Cardoso Chaves, Priscilla Cardoso Souza, Raylayne Ferreira Bessa, Ministério da Saúde do Brasil

The functioning of an HTA unit in primary care.

Valentina Beretta, Marie-Pierre Gagnon, Université de Laval, Italia et Québec. valentina.beretta02@universitadipavia.it

INTRODUCTION

The HTA unit has been recognized as one of the possible approaches to conduct HTA at local level (Dupouy and Gagnon, 2016). Despite different studies in the literature are aimed at analyzing the configuration of the HTA units and their impacts on the hospital resources (McGregor and Brophy, 2005; Catananti et al., 2012; Dupouy and Gagnon, 2016), very little is known about how an HTA unit works in the specific settings of primary care. At this purpose, the aim of this study is the explore the configuration of an HTA unit in primary care.

METHODS

A single tracer case is adopted along with the study. The single case study is relevant when a contemporary phenomenon, which is placed in a real context, has to be analyzed (Yin, 2009) with the necessity to have a detailed knowledge of an unique case (Yin, 2003). Since this study is aimed at describing the functioning of an HTA unit in primary care, the use of a single case study is legitimized. Semi-structured interviews are conducted in order to provide insights on the configuration of HTA unit in primary care, and they are complemented with additional materials related to the HTA unit.

RESULTS

An inductive coding procedure is adopted: codes are assigned when, while reading the data, a concept becomes clear (Thomas, 2006; Bradley et al., 2007), and this is mainly adopted in health and social sciences with the aim of reducing data, displaying data, and drawing conclusions (Miles et al., 1994; Thomas, 2006).

CONCLUSIONS

This study contributes in having a better understanding how HTA is conducted in the settings of primary care. However, this is not without limitations. First, since this study is based on a single case, results cannot be generalized. Second, further investigation is needed in order to compare the functioning of the HTA unit in primary care and in hospitals.

Gestion des médicaments par les équipes de soins de première ligne : analyse comparative des politiques du Québec et de l'Ontario.

Elisabeth Martin, Sara Allin, Michael Church Carson, Sydney Jopling, Agnes Grudniewicz, David Rudoler et Erin Strumpf, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec. maryannefmab@gmail.com

Contexte

La polypharmacie et la prescription inappropriée sont des défis majeurs en matière de santé et leurs répercussions sanitaires et économiques ont été reconnues à l'échelle internationale. Au Canada, les gouvernements provinciaux ont entrepris des efforts de réformes considérables et variés pour améliorer la gestion des médicaments en élargissant par exemple le rôle professionnel des pharmaciens et, dans certains cas, en intégrant les pharmaciens dans les équipes multidisciplinaires en première ligne.

Objectif

L'objectif de la recherche est de comparer les politiques ayant eu une incidence sur la gestion des médicaments dans les soins de première ligne en Ontario et au Québec entre 2004 et 2018.

Méthodologie

Un scan environnemental des politiques, des règlements, des lois, des stratégies et des cadres pertinents à la gestion des médicaments et aux soins de première ligne multidisciplinaires en Ontario et au Québec a été réalisé. Pour ce faire, une recherche en ligne a été menée à l'aide de mots-clés liés aux services de première ligne, aux médicaments et aux aînés. Nous avons notamment consulté les sites Web des gouvernements et des assemblées législatives provinciales, des ministères provinciaux de la santé et des ordres et associations professionnelles. Les données pertinentes ont été colligées dans un tableau synoptique décrivant les objectifs, les composantes et les impacts des politiques sur la gestion des médicaments et les politiques saillantes ont situées sur une ligne du temps. Les résultats du scan de politiques ont été validés par consultation d'experts, dont au moins un médecin, un pharmacien et un représentant d'une association professionnelle et du gouvernement provincial dans chaque province.

Résultats

Dans les deux provinces, les politiques adoptées et les leviers stratégiques utilisés pour renforcer la gestion des médicaments en première ligne et pour faciliter la collaboration entre les pharmaciens et les médecins de famille présentaient des caractéristiques communes. Il s'agit notamment d'ententes contractuelles et d'incitatifs financiers pour que les médecins travaillent en équipe et de modifications réglementaires visant à élargir le champ de pratique des infirmières et des pharmaciens. Les deux provinces ont également investi dans des systèmes de technologie de l'information nouveaux et élargis, qui visaient à renforcer la communication entre les professionnels de la santé, à surveiller et à gérer les médicaments et à signaler les erreurs de médication. Parmi les principales différences entre les deux provinces, mentionnons l'inclusion des pharmaciens dans les équipes de soins de première ligne beaucoup plus tôt en Ontario qu'au Québec, ainsi que les programmes d'amélioration de la qualité des soins qui appuient la gestion des médicaments et qui sont utilisés plus souvent en Ontario qu'au Québec.

Conclusion

En contexte de transformation majeure des soins de première ligne dans les deux provinces, l'amélioration de la gestion des médicaments pour les aînés est demeurée un objectif largement implicite des politiques de réformes.

Sistema de vigilância pós-comercialização de medicamentos: revisão integrativa dos motivos associados ao seu recolhimento.

Mary Anne Fontenele Martins, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Universidade de Brasília. maryannefmab@gmail.com

O contexto e a descrição do problema

O sistema de vigilância pós-comercialização de medicamentos contribui para a melhoria da qualidade do conjunto terapêutico disponível e seu uso racional, uma vez que permite, entre outros, a detecção precoce de problemas de segurança e qualidade, intervindo antes que a população seja exposta aos riscos desnecessariamente.

Objetivo

Analisar a produção científica sobre sistema de vigilância pós-comercialização de medicamentos, buscando identificar os motivos que justificam o seu recolhimento no mercado.

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados: Trata-se de ampla revisão integrativa da literatura, realizada em fevereiro de 2019, nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando as bases de dados dos portais: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Pubmed* que agrega as informações do *Medical Literature Analysis and*

Retrieval System Online (MEDLINE) e Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram utilizados os seguintes descritores:

- **Recall ou recolhimento de medicamentos - Drug Recalls.**
- **Vigilância de Drogas Comercializadas - Drug Surveillance, Postmarketing - Safety-Based Drug Withdrawals.**

A busca originou 754 artigos, que, aplicados critérios de inclusão e exclusão, resultou na análise de 23 artigos completos, sem limite de data de publicação. Com abordagem qualitativa, os dados coletados foram sistematizados e analisados com o apoio do *software ATLAS.ti* versão 8.4.

Os resultados e a discussão: Dos 23 artigos analisados, 12 são do Reino Unido e países da União Europeia; 07 são dos Estados Unidos da América e Canadá; 03 são provenientes do Brasil e um da Coreia do Sul. Os resultados evidenciam que o recolhimento de medicamentos acontece principalmente por medida de segurança, com produtos fora do padrão de qualidade ou contaminação. Também foram motivos para recolhimento o descumprimento dos regulamentos e a falsificação de medicamentos. A análise dos artigos revela ainda que no processo de tomada de decisão, quando há mais de um possível curso de ação, por exemplo, adicionar uma contraindicação ou revogar a autorização do medicamento, as autoridades reguladoras escolhem a segunda opção, como estratégia para proteção à saúde da população.

A contribuição/o interesse da comunicação em relação ao estado da arte e às práticas atuais:

O estudo contribui para o conhecimento dos motivos que geram o recolhimento de medicamentos em distintos contextos e possibilita o compartilhamento de experiências que podem beneficiar a melhoria do processo de fiscalização dos produtos farmacêuticos comercializados, que assegure um sistema efetivo de rastreabilidade em toda cadeia produtiva sobre as práticas irregulares de fabricação e comercialização.

Session 39

Salle 3 (B-3250)

Thème : Ressources humaines

Président: Magda Scherer, Universidade de Brasília, Brasil

Trabalhadores com longo vínculo institucional: como as tecnologias educacionais podem contribuir para sua gestão em uma instituição de saúde.

Ananyr Porto Fajardo, Cristine Maria Warmling, Carolina Gasperin et Julio Baldisserotto, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. aportofajardo@gmail.com, crismwarm@gmail.com

Fundamentado nos pressupostos teóricos da Ergologia, que estuda as relações entre a experiência e o conhecimento em situações reais de trabalho, problematiza-se sobre o modo como ocorre o trabalho de trabalhadores com longo vínculo no trabalho na saúde e suas possíveis relações com novas tecnologias educacionais para o apoio da gestão. O objetivo principal do estudo é analisar como trabalhadores com 31 a 35 anos de vínculo de trabalho com uma instituição hospitalar pública do sul do Brasil desenvolvem suas práticas profissionais e projetam o futuro no trabalho. Trata-se de um estudo de caso do tipo único e holístico com abordagem qualitativa. Participaram do estudo doze trabalhadores que atuam na instituição entre 31 e 35 anos (6 médicos, 1 enfermeiro, 2 odontólogos, 1 farmacêutico-bioquímico, 1 psicólogo e 1 assistente social). Como critérios de inclusão dos participantes, considerou-se: faixa de tempo de trabalho, idade em torno de 60 anos (trabalhadores que vislumbram a aposentadoria próxima no momento do estudo) e diversidade de profissões de saúde de ensino superior. Para a produção dos dados, foram gravadas em áudio e transcritas entrevistas abertas entre os meses de junho e setembro de 2018. Os sujeitos foram convidados de forma aleatória por telefone e os encontros ocorreram no local de trabalho ou em ambiente à escolha do participante. As entrevistas foram guiadas por um roteiro de perguntas com as seguintes categorias: *história do percurso da vida no trabalho, aproveitamento dos conhecimentos tácitos, Educação Permanente em Saúde e futuro no trabalho*. A análise foi embasada nos fundamentos epistemológicos da análise textual discursiva. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Hospital Nossa Senhora da Conceição, com o parecer consubstanciado número: 2.627.046. Discute-se que, entre as práticas profissionais estabelecidas ao longo dos percursos da vida no trabalho na saúde, destaca-se o uso dos protocolos, a valorização das relações estabelecidas no

trabalho e, nos termos da Ergologia, a produção de Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes. A temporalidade é reconhecida, no trabalho, por meio da produção, do aproveitamento e da valorização de conhecimentos tácitos dos trabalhadores. Projetos de futuro no trabalho explicitam lacunas entre os projetos de trabalho e de vida dos trabalhadores e a gestão do trabalho na instituição. A produção da Educação Permanente em Saúde, no sentido de um engajamento e como projeto político-pedagógico na gestão, inclui subjetividades da vida dos trabalhadores no trabalho e fortalece a pluralidade das construções coletivas do trabalho. Tecnológicas educacionais informacionais constituem-se como possibilidades instáveis que mobilizam inovações para produzir o agir profissional do trabalhador em um projeto institucional. O objeto virtual de aprendizagem produzido a partir dos resultados do estudo constitui-se em uma produção tecnológica que articula educação à gestão do trabalho.

A política de gestão de pessoas nas estruturas organizacionais de saúde.

Janete Lima de Castro, Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Olavo Viana Costa, Haroldo Pontes et Marcia Andreia Pereira da Silva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte et Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Brasil

Lo humano en la atención obstétrica: experiencias sobre una capacitación para personal de salud en México.

Maria del Rosario Valdez, Anabel Rojas-Carmona et Luz Arenas-Monreal, Instituto Nacional de salud pública, México

Session 40

Salle 4 (B-3255)

Thème : Interventions en santé et prévention de la maladie

Président: Carolina Tetelboin, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México

Educação em Saúde para o combate e prevenção das arboviroses Dengue, zika e Chikungunya nas ações escolares.

Natália Fernandes de Andrade, Maria Fátima de Sousa, Elizabeth Alves de Jesus Prado, Priscila Torres de Brito, Adria Jane Albarado et Ana Valéria Machado Mendonça, Universidade de Brasília

Evaluación de un manual emitido a nivel nacional sobre la preparación del refrigerio escolar.

Georgina Contreras Landgrave, Jorge Luis Cortes Bernal, Fiusha Denisse Alva Martínez et Diana Guadalupe Juárez Rodríguez, Universidad Autónoma del Estado de México

Caracterización de las políticas sobre diabetes y la investigación en sistemas de salud en 5 países de América Latina: un análisis comparativo.

Soledad Rojas-Rajs et Carolina Tetelboin Henrion, CONACYT-Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. srojasrajs@gmail.com

Objetivo

El objetivo de la investigación fue caracterizar las políticas sanitarias sobre atención a la diabetes y la producción científica sobre diabetes en 5 países latinoamericanos de alta prevalencia (Argentina, Chile, Cuba, México y Uruguay), para permitir un análisis comparativo entre estos países, la respuesta del sistema de salud y la orientación de la investigación sanitaria, especialmente en relación con la investigación sobre sistemas de salud.

Contexto y descripción del problema

La diabetes constituye uno de los más relevantes problemas de salud en América Latina y el Caribe (AL-C). Es una de las primeras causas de mortalidad y la cuarta causa de pérdida de vida saludable (AVISA) en la región.

Existe suficiente evidencia sobre la existencia de desigualdades entre países, en términos de las diferenciadas capacidades de los sistemas de salud para prevenir y atender la diabetes. Estas diferencias se pueden observar en la

situación de la diabetes en cada país, pero también se han explorado indicadores que podrían explicar las diferencias: a) las políticas y acciones del sistema de salud para prevenir y atender la diabetes; y b) la investigación científica en diabetes.

Este estudio comparativo inicialmente buscó aproximarse a comprender cómo se relacionan las políticas sanitarias y las acciones del sistema de salud; así como la producción de conocimiento científico basado en investigación en el estado de la diabetes en cada país. Especialmente se ha centrado en observar si el volumen de producción científica sobre diabetes corresponde a una mejor situación sanitaria, hipótesis desechada en la primera fase de investigación.

Ahora, se trata de elaborar una explicación más profunda, por lo que primero se realiza una caracterización de los países bajo estudio, en relación con los tres tipos de indicadores (situación de salud; políticas y sistema de salud; producción de conocimiento científico) y posteriormente se comparan, para establecer si estas particularidades permiten aportar al debate sobre la diabetes, el papel de los sistemas de salud y el papel de los investigadores sanitarios.

Metodología

En la primera etapa de esta investigación, se buscó identificar si existen relaciones entre indicadores derivados de las políticas públicas y el sistema de salud), indicadores de producción de conocimiento científico (publicaciones resultado de investigación), con los indicadores nacionales en diabetes (prevalencia, mortalidad) de 5 países de AL: Argentina, Chile, Cuba, México y Uruguay. Un primer resultado, ya difundido, muestra que las acciones del sistema de salud (acceso, cobertura) muestran más relación con los resultados en salud, que con la producción de conocimientos científicos, es decir, con la producción de investigación sobre diabetes.

En esta segunda fase de investigación se realizó una caracterización más específica de los indicadores propuestos para cada país. Las políticas y el papel del sistema de salud sobre la diabetes fueron analizados a través de un análisis de datos oficiales y un análisis de contenido de los documentos nacionales de política pública relacionados con la diabetes. La producción científica, en esta fase de la investigación, fue clasificada y caracterizada cualitativa y cuantitativamente, para mostrar el tipo de investigación que se produce en cada país.

Resultados y discusión

La caracterización de las políticas y la producción científica muestra para cada país una forma de concebir la diabetes, en términos de cuáles son los problemas que hay que solucionar y cuáles son las maneras de hacerlo.

En las políticas sanitarias predominan los enfoques sobre la promoción de estilos de vida saludables para todos los países bajo estudio, sin embargo aquellos que tienen mayor cobertura muestran mejores resultados en salud.

La producción científica por su parte, está concentrada en la producción de investigación biomédica básica, sin embargo la presencia de investigación en salud pública y sobre sistemas de salud, si bien es menor, es importante en el conjunto, pero no parece estar articulada a la definición de políticas públicas, si bien está referida en los documentos oficiales.

Los resultados muestran que, especialmente en lo que se refiere a políticas públicas, también al interior de los países, se pueden observar marcadas desigualdades. En parte esto se debe a que en la mayoría de los países de América Latina, el sistema público sanitario no atiende a toda la población; y/o a que aún cuando la mayor parte de la población sí utiliza servicios públicos, estos están fragmentados y ofrecen atenciones diferenciadas. En los países bajo estudio, la única excepción es Cuba, que tiene un sistema de salud universal y único. Eso es notable en aquellos países que no comparten un mismo tipo de políticas o atenciones para la solución del problema sanitario (en este caso la diabetes) y es notorio especialmente en países como México y Chile.

Horaire : 10h30- 11h00

Pause et visite des posters (salle)

Horaire : 11h00- 11h30

Présentation Pièce de théâtre Andréa : Récit de vie de Gladys (Salle)

Horaire : 11h30- 13h00

Session plénière 3 : La pluralité des cultures dans les systèmes de santé (Amphithéâtre B-2245)

L'influence du patient ressource accompagnateur dans la transformation de la culture du système de santé québécois
: cas de la réadaptation post-réimplantation d'un membre supérieur

Olivier Fortin, Patient ressource, Centre de recherche du CHUM

La culture des gestionnaires à l'épreuve des professionnels de santé et de la politique.

Carlo De Pietro, Professeur, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.

Migration et systèmes de santé: défis, opportunités et transformations culturelles des migrants et des systèmes

Christina Zarowsky, Professeure, Département de médecine sociale et préventive, ESPUM.

Animatrice : Lise Lamothe, professeure titulaire DGEPS-ESPUM

Horaire : 12h30 - 13h00

Clôture et remise des prix ALASS (Amphithéâtre B-2245)

Horaire : 13h00 - 14h00

Repas (Cafétéria)

Horaire : 14h00 - 17h00

Visites touristiques - à venir

Posters

1. Navegação de pacientes para melhorar a cobertura mamográfica e o acesso aos cuidados de câncer de mama no Rio de Janeiro: projeto piloto na Comunidade do Andaraí.
Sandra Gioia, Renata Galdino1, Lucia Brigagão1, Cristiane Torres2, Alessandra Heringer3, 1Secretaria Estadual de Saúde, 2Serviço de Ginecologia do Hospital Federal do Andaraí, 3Serviço de Radiologia Mamária do Hospital Federal do Andaraí, Rio de Janeiro, Brasil, sandra.gioia@gmail.com

Este projeto de pesquisa tem como objetivo estudar o aumento da taxa de cobertura mamográfica com o Programa de Navegação do Paciente (PNP) em uma comunidade do Rio de Janeiro. O objetivo geral é medir a adesão às recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama com mamografia, com a ajuda de um navegador do paciente. Outros objetivos incluem: (1) estabelecer a viabilidade do PNP neste contexto; 2) identificar as barreiras ao rastreamento mamográfico e; 3) assegurar que pelo menos 70% das mulheres recrutadas entre 50 e 69 anos atualizem o exame mamográfico e o exame clínico, aumentando a cobertura mamográfica de 14% para pelo menos 70% considerada aceitável pela Organização Mundial de Saúde.

De março a setembro de 2018, 678 mulheres com idade média de 58 anos da Comunidade Andaraí foram recrutadas no Município do Rio de Janeiro. O acompanhamento foi realizado por telefone, e-mail e mensagens de texto. No desenvolvimento das análises estatísticas nas sete bases de dados, a variável quantidade de barreiras foi utilizada para aplicação de metodologia de aprendizado supervisionado, com o objetivo de identificar quais os atributos apresentavam maior poder de predição. Para isso, visando avaliar a acurácia e F-score nos resultados de teste, foram usados 3 modelos de aprendizado: AdaBoost, Decision Tree e GaussianNB.

Para a etapa de refinamento foi realizado o GridSearch para otimização em todo o conjunto de dados de treino ('X_train' e 'y_train') por meio do tuning de pelo menos um parâmetro, com o objetivo de verificar se seria possível melhorar as métricas anteriores. Doze por cento das mulheres se recusaram a participar do PNP

por razões culturais. Todas as 599 mulheres participantes relataram barreiras para obter cuidados de saúde da mama com o número de barreiras relatadas variando de 1 a 6 barreiras (3 em média). As principais barreiras foram problemas do sistema com programação de cuidados de saúde (100%), problemas financeiros (64%), preocupações de comunicação com o pessoal médico (58%), medo (44%) e apoio social (14%).

O modelo de melhor desempenho foi o AdaBoost com acurácia de 0.8000 e F-score de 0.7143. A relevância de atributos, de forma a determinar quais variáveis possuem maior poder de predição da quantidade de barreiras relatada pelas mulheres foram: deficiência física, idade mais avançada, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, recomendação de realizar ultrassonografia mamária e pertencer a Equipe de Saúde da Família Esperança. Estes atributos quando identificados requerem maior atenção dos profissionais de saúde da Comunidade do Andaraí para que as barreiras para obtenção dos cuidados em saúde das mamas sejam minimizadas. Obtivemos 100% de satisfação com o PNP e superamos nossa meta com uma taxa de cobertura mamográfica de 88%. O PNP para câncer de mama na Comunidade Andaraí tem se mostrado viável no contexto da saúde pública local. O PNP promoveu um aumento na taxa de cobertura mamográfica, auxiliou na transmissão de informações de qualidade, reduziu o medo da mamografia e facilitou o acesso aos cuidados de saúde da mama. Este estudo propõe as considerações necessárias para a incorporação do PNP aos formuladores de políticas em saúde e aqueles que os ajudam no Rio de Janeiro. A partir de conhecimento baseado em evidências científicas, práticas reais precisam entrar em discussão no dia a dia das comunidades, dos profissionais de saúde e dos gestores na tentativa de reduzir o ônus do câncer de mama no país.

2. Campanhas televisivas: estratégia de comunicação em saúde antiga, dispendiosa e de efetividade duvidosa para prevenção de dengue, chikungunya e Zika.
Ádria Albarado, Laboratório de Informação, Educação e Comunicação em Saúde da Universidade de Brasília, Brasil
3. La régulation des dépenses de santé en Algérie : Quel rôle pour l'Etat.
Zoulikha Ziani, Farida Ziani, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie
4. Les systèmes de santé maghrébins : Etat des lieux et contraintes.
Zoulikha Ziani, Université Abderrahmane Mira de Bejaia, Algérie
5. LE MANAGEMENT PAR PROJET DANS LES STRUCTURES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES : Un levier majeur de performance nécessitant une intégration méthodologique, managériale et organisationnelle renouvelée : recherches-interventions au sein d'un ESPIC et d'un CHU.
Alice Albrand, Marc Frachette, EHESP, France. alice.albrand@elev.ehesp.fr

Résumé:

Le management par projet apparaît être une opportunité intéressante dans un environnement particulièrement exigeant, autant du point de vue de la qualité de la prise en charge des patients que de l'équilibre financier. Le management par projet constitue ainsi une des pistes possibles de préconisations endogènes, pour répondre à ces enjeux. Il présente en effet de nombreux atouts: augmenter les performances, transformer les organisations, redonner du sens au travail des professionnels.

En pratique, la mise en œuvre effective de ce type d'approche nécessite :

- une méthodologie rigoureuse
- une implication managériale forte
- des organisations plus agiles

Resumen

La gestión de proyectos es una oportunidad interesante en el contexto de un ambiente particularmente exigente, tanto desde el punto de vista de la calidad de la atención como del equilibrio financiero. La gestión de proyectos constituye así una de las recomendaciones endógenas para responder a estas cuestiones. Presente numerosas ventajas : aumentar los rendimientos, transformar las organizaciones y dar de nuevo sentido al trabajo de los profesionales.

De manera concreta, la implementación efectiva de este tipo de « vision » necesita una metodología rigurosa, un involucramiento managerial fuerte y organizaciones más ágiles para asegurar un conduciendo mejor y producir condiciones de implementación óptimas. Solo esta combinación permitirá de dar todas las perspectivas de éxito a la gestión de proyectos.

6. Efficacité des interventions basées sur l'autonomisation des patients dans la prise en charge du diabète en Afrique subsaharienne: revue systématique et méta-analyse.
Amélie Mogueo, Charity, Omenka; Marie, Hatem & Barthelemy et Kuate Defo, ESPUM et IRSPUM, Québec.
amelie.mogueo@gmail.com

Contexte et problématique

Reconnue comme une des stratégies de promotion de la santé telle qu'énoncée dans la Charte d'Ottawa en 1986, l'autonomisation des patients est de nos jours l'un des principes généraux qui guide le plan d'action mondial de l'OMS dans la prévention et la lutte contre les maladies chroniques non transmissibles (MCNT). Les MCNT, en particulier le diabète, est devenu l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde entier, en particulier dans les pays de l'Afrique subsaharienne (ASS).

Objectif de la recherche : Pour guider la prise de décision politique et améliorer la mise en œuvre des interventions futures pour le contrôle du diabète en ASS, il est important d'évaluer l'efficacité des études d'intervention existantes basées sur l'autonomisation des patients.

Méthode

Une revue systématique des articles publiés jusqu'au 31 juillet 2018 a été réalisée à partir du modèle "PRISMA-P 2015". Une combinaison des mots-clés et des termes MeSH a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire dans sept bases de données : PubMed, Medline, Embase, Cinahl, Web of science, PsycInfo et Global Health.

Résultats et discussion

Sur un total de 1945 articles identifiés, 13 essais randomisés contrôlés pour 11 interventions avec 2960 participants ont été retenus pour cette revue. Il s'agissait principalement des interventions basées en milieu clinique (91%), avec une plus grande représentation du Nigéria (36.4%) par rapport aux six pays de l'ASS identifiés. La durée des interventions était de trois à 12 mois, avec des stratégies d'éducation individuelle et d'éducation de groupe, sous la responsabilité première des infirmières et des médecins parmi différents types d'acteurs impliqués dans la prise en charge de ces patients. La méta-analyse des sept études qui ont mesuré le HbA1c a montré une réduction significative dans le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle de -0.66 [95% CI: -0.92 to -0.40] ($P < 0.00001$), $I^2 = 61\%$. Parmi les quatre études qui ont évalué l'efficacité personnelle des patients dans le contrôle de leur maladie, deux ont montré une différence significative entre les groupes en faveur de l'intervention. Une réduction non significative a été enregistrée pour l'indice de masse corporelle et la pression artérielle systolique (PAS) contrairement à la pression artérielle diastolique (PAD) et au taux de cholestérol total qui avait significativement diminué en faveur de l'intervention. Les interventions à long terme et celles basées sur les habitudes de vie se sont révélées être les plus efficaces dans le contrôle du taux de glucose dans le sang. Toutefois, il n'y a pas eu assez de données pour conclure sur l'efficacité de ces interventions en termes de coût-efficacité, d'observance au traitement, de satisfaction des patients et de qualité de vie.

Contribution/intérêt

Même si on a des réductions significatives en faveur des interventions pour le HbA1c et la PAD, il est difficile de conclure de l'efficacité de ces interventions basées sur l'autonomisation des patients dans le contrôle du diabète en ASS. Plus d'études sont nécessaires pour avoir une décision plus éclairée sur la mise en œuvre de ce type d'intervention. Pour les interventions futures, il sera important d'utiliser un outil standardisé d'autonomisation des patients, de bien décrire le processus pour faciliter l'appréciation des

résultats et l'amélioration des interventions futures dans le contrôle de l'HTA. De plus, les interventions ne doivent pas seulement cibler l'autonomisation des patients au niveau micro, mais elles doivent aussi les impliquer dans le processus de prise de décision aux niveaux organisationnel (méso) et systémique (macro).

7. Patient Empowerment in the Management of Hypertension in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review.
Amélie Mogueo, Charity Omenka, Marie Hatem & Barthelemy Kuate Defo, ESPUM, Québec
8. Qualidade de vida dos pacientes pós transplante cardíaco.
Alanna Rocha Temporim de Lacerdar, Higor Alencar dos Santos, Universidade de Brasília, Brasil
9. Cultura alimentar: promoção de saúde no espaço escolar.
Júlia Maria dos Anjos, Brasil. juhanjos@yahoo.com.br

Este trabalho é um estudo descritivo e analítico, com abordagem qualitativa. Uma das ações propostas pelo Programa Saúde na Escola é a avaliação antropométrica dos estudantes. No município de Vidal Ramos os resultados não são diferentes de uma grande parcela dos municípios brasileiros, com um número elevado de estudantes com sobrepeso. O NASF vem por em prática o compromisso da integração de Alimentação e Nutrição com o setor da Saúde, quando propõe conhecer e estimular o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente, capacitar a equipe de saúde da família e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais; elaborar em conjunto com as equipes de saúde da família rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com os protocolos de atenção básica. O objetivo deste trabalho é apresentar uma ação de educação em saúde desenvolvida em duas escolas públicas.

Metodologia

Todos os anos ocorrem avaliação antropométrica em cem por cento dos estudantes matriculados na rede pública de ensino do município. Ao longo do ano letivo são desenvolvidas ações educativas nas quais procuram reconhecer que a saúde tem um caráter multidimensional, almejando a autonomia de cada indivíduo para que possam fazer escolhas saudáveis. No ano de 2018 foi introduzida em duas escolas a horta suspensa com garrafas pet. Os estudantes foram envolvidos desde a elaboração do projeto, por meio de pesquisas; definição do que iriam plantar; arrecadação do material necessário; e o plantio. O cuidado posterior foi organizado e subdividido pelas turmas de cada escola.

Resultados e Discussão

Quando se utiliza práticas educativas que respeitam a diversidade cultural, com metodologias ativas de aprendizagem que auxiliam os estudantes a promover as mudanças necessárias para obter uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente modificar os modos de viver. Essas práticas são resultado da sensibilidade, criatividade e da percepção dos profissionais quanto à necessidade de ampliar as ações de promoção de saúde para além das atividades tradicionais. A horta inserida no espaço escolar é um laboratório vivo que possibilita o desenvolvimento de diversas atividades pedagógicas de educação em saúde, que privilegia a união da teoria com a prática de forma contextualizada a partir do cotidiano dos estudantes. Cabe ressaltar que o respeito pela cultura alimentar prévio como de partida é fundamental para o sucesso das ações.

Considerações finais

Entre os benefícios alcançados com o projeto horta suspensa na escola podemos destacar a produção e o consumo de alimentos naturais pelos estudantes, atividades ligadas a culinária na escola, troca de conhecimentos, influência nas escolhas alimentares e a valorização da cultura alimentar dos estudantes.

10. Formação docente e as contribuições de Shulman.

Roselita Sebold, Daniela Lemos Cracereri, Brasil. roselita_sebold@yahoo.com.br

O trabalho aqui apresentado trata-se de um recorte da tese intitulada 'A prática pedagógica do professor de odontologia pelo olhar do estudante de graduação'. Pesquisa qualitativa com abordagem interpretativa que objetivou compreender a prática pedagógica do professor de Odontologia pelo olhar do estudante. Este resumo trata-se de uma reflexão teórica utilizando o referencial de Shulman. A formação para o ensino superior em saúde precisa estar integrada à realidade vivenciada pelos alunos, e que essa assegure conhecimentos necessários à prática da saúde na sociedade contemporânea. O docente para obter êxito nas ações de ensino deve levar em consideração o conhecimento e a valorização de características étnicas e culturais dos diferentes grupos sociais que convivem. Essas características precisam ser consideradas durante o planejamento e a execução de ações educacionais, além de ter conhecimentos inerentes ao ato de ensinar. Lee Shulman (2005) sugere que para a organização das aulas e do ensino, os professores se inspiram em categorias de conhecimento base para o ensino, que subsidiam a compreensão que deve ter o professor para que o docente e os estudantes, por sua vez, possam ter uma nova compreensão do que está sendo estudado. Uma das sete categorias está relacionada ao conhecimento dos estudantes e suas características comportamentais dentro e fora de aula, interesses e preocupações. Esse conhecimento facilita o processo de ensino e aprendizagem. Levando-se em conta um determinado texto, um conjunto de objetivos educativos e/ou uma série de ideias em particular, o "Modelo de Raciocínio e Ação Pedagógica" supõe a existência de um ciclo no processo de ensino. Para isso, o ponto de partida e a conclusão do processo são atos de compreensão, como descrito nas seis etapas do modelo: compreensão; transformação; ensino; avaliação; reflexão; e nova maneira de compreender. Shulman (2005), ainda subdivide a "transformação" em quatro etapas: preparação; representação; seleção; e adaptação e ajuste às características dos estudantes. Desse modo, primeiro o professor "compreende" o conteúdo, os objetivos, estrutura da matéria, ideias dentro e fora da disciplina. Entretanto, para ensinar, o professor necessita "transformar" o que se pretende trabalhar em um processo de ensino aprendizagem. Isto pode se dar por meio da preparação, representação, seleção, e adaptação e ajuste às características dos estudantes (SHULMAN, 2005).

Na preparação ocorre a interpretação e análise crítica do texto, estruturação e segmentação, criação de um repertório curricular e clarificação dos objetivos. Na etapa da transformação, o professor faz uso de um repertório de representações que inclui analogias, metáforas, exemplos, demonstrações, explicações, dentre outros. A partir de então, ele faz a seleção, a escolher a partir de um repertório didático que inclui modalidade de ensino, organização, manejo e ordenamento. Por fim, nesse processo de transformação, faz a adaptação e ajuste às características dos estudantes. Nesse momento, considera os conceitos, preconceitos, conceitos errôneos e dificuldades, idioma, cultura, e motivações, classe social, gênero, idade, capacidade, atitude, e/ou interesse do estudante, que possam interferir nesse processo (SHULMAN, 2005). Com isso, pode ocorrer a terceira etapa do modelo, o "ensino", quando ocorre de fato, o manejo, apresentação, interação, trabalho grupal, disciplina, humor, formulação de perguntas, e outros aspectos do ensino ativo, a instrução por descobrimento ou indagação, além das formas observáveis de ensino na sala de aula, quanto mais o professor conhece os estudantes melhor será o resultado deste ensino (SHULMAN, 2005).

A "avaliação" nesse modelo é entendida como um processo reflexivo que inclui o controle imediato da compreensão e interpretações errôneas, técnica que um professor deve usar quando ensinar de maneira interativa, além do sistema mais formal de exame e avaliação que os professores aplicam para proporcionar *feedback*. A avaliação também está orientada para o trabalho docente, a aula propriamente dita e os materiais utilizados nas atividades (SHULMAN, 2005). A "reflexão" é a quinta etapa e se constitui em revisar, representar e analisar criticamente o desempenho docente e o da aula, e fundamentar as explicações em evidências (SHULMAN, 2005). Por fim, fechando o ciclo, deve surgir uma "nova compreensão" tanto dos objetivos como da matéria, ou mesmo dos estudantes e do processo didático. Entretanto, a nova compreensão não se produz automaticamente, nem se quer depois da avaliação e reflexão. Para que isso aconteça, são necessárias estratégias específicas de documentação, análise e debate (SHULMAN, 2005).

Os significados em ações locais por sua vez estão inseridos e em interação dinâmica com uma rede ampliada ou dimensão extra local da organização social (ERICKSON, 1989). Neste caso, a prática docente (microcultura) está inserida na cultura odontológica, em que as pautas, valores e crenças partilhadas demonstram aquilo

que percebemos e cremos como essencial para a formação do cirurgião dentista, que também se encontra inserido em uma estrutura social como a instituição universitária, os cenários de práticas, que revelam as relações, interesses, tensões e lógicas organizacionais. Com o intuito de sintetizar, porém não esgotando o assunto, a interação entre estudante/professor, ensino/aprendizagem acontece em uma troca recíproca de ações fenomenologicamente significativas que são perpassadas pelas dimensões locais e extra locais no processo de formação dos graduandos.

11. La rétention des infirmières en soins critiques : influence du climat organisationnel.

Sarah Blain, Université de Montréal, Québec. sarah.blain.1@umontreal.ca

Les centres hospitaliers sont confrontés à une grande problématique en contexte de pénurie d'infirmières, soit la rétention de celles-ci au sein de leurs établissements. Les unités de soins en milieu hospitalier ont un taux de roulement moyen annuel de 19.9% du personnel infirmier au Canada. Plus spécifiquement, dans les unités de soins critiques ce taux s'élève à 26.7% (O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010). De plus, 24% des infirmières qui travaillent en soins critiques pensent probablement ou certainement quitter leur poste dans l'année qui suit (Sawatzky, Enns, & Legare, 2015). Le climat organisationnel est multifactoriel et influence les individus au sein de l'organisation de différentes manières. Notamment, plusieurs aspects des organisations ont le potentiel d'augmenter les taux de rétention. Effectivement, les caractéristiques propres aux centres hospitaliers ont un plus grand impact sur la rétention de leurs infirmières novices que les caractéristiques individuelles de celles-ci (Blegen, Spector, Lynn, Barnsteiner et Ulrich, 2017). Les facteurs organisationnels telles la pratique professionnelle et la compétence infirmière, la gestion, la collaboration entre infirmières et médecins ainsi que le contrôle, les responsabilités et l'autonomie sont des éléments propres à l'organisation qui influencent la rétention des infirmières en soins critiques (Sawatzky, Enns, et Legare, 2015). Le but de l'étude est d'analyser et de décrire la rétention du personnel infirmier en lien avec le climat organisationnel dans différentes unités de soins dont les soins critiques dans un établissement hospitalier. Les questions de recherche sont les suivantes :

Quels facteurs du climat organisationnel sont associés à une meilleure rétention des infirmières en soins critiques?

Comment les unités de soins critiques se comparent-elles aux autres unités de soins de l'établissement en termes de rétention et de climat organisationnel?

Cette recherche s'inspire du cadre de Sawatzky et Enns (2012) soit le « Conceptual framework for predicting nurse retention » qui sera adapté au contexte du CISSSS ou se déroule l'étude. Une collaboration est prévue afin d'augmenter les retombés de cette étude. Il s'agit d'une recherche quantitative non expérimentale de type descriptive. Des questionnaires auto-administrés seront distribués aux infirmières oeuvrant sur des unités de soins ainsi que des unités de soins critiques quant aux pratiques organisationnelles qui favorisent leur rétention. Un questionnaire sera adapté afin de mesurer l'intention de quitter ainsi que le climat organisationnel. Ensuite, des données sur les taux de rétention de ces unités obtenues auprès des ressources humaines du CISSSS seront mises en relation avec les perceptions des infirmières.

12. Utilisation des calcifications intraprostatiques pour la correction du mouvement d'organe.

Giovanni Pierfederici, Marco Valenti, Giovanni Mazzoni, Federica Marchetti, Daniele Aramini et Giovanna Mantello, Ospedali Riuniti di Ancona, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Politecnica delle Marche, Italia. modocgio@libero.it

Le but de cette étude est d'évaluer si les calcifications intraprostatiques peuvent être utilisées comme marqueurs fiduciels pour la correction de mouvement de l'organe. Introduction: la prostate est très affectée par les variations de forme et de position des organes voisins. Par exemple les différents degrés de remplissage et de vidange du rectum et de la vessie ont une grande influence sur la position et la forme de la prostate. Tout cela devrait être pris en compte de manière appropriée lors de un traitement des cancers de la prostate par radiothérapie. On a la meilleur position de la prostate ainsi que la plus probable avec le rectum vide et la vessie pleine. Il faut donc éduquer le patients.

Les modèles actuels, afin compenser les mouvements inter fraction, prévoient l'implantation chirurgicale de marqueurs en or. Les marqueurs en or jouent le rôle de «substituts» artificiels de la position de la prostate; ils permettent d'obtenir d'excellents résultats, en termes soit de contrôle local de la maladie que de tolérance des tissus sains. Certains auteurs ont proposé depuis plusieurs années, d'utiliser des calcifications intraprostatiques comme "substituts" naturels de la position de la prostate; il n'est pas nécessaire de recourir à une implantation chirurgicale, qui se traduit en moins de nuisances pour le patient (douleurs pelviennes, saignements); absence d'artefacts; bonne visibilité sur les images Tomographies coniques (CBTC); par contre les désavantages sont: pas beaucoup des études sur l'utilisation, même si les peu d'études existantes ont donné des résultats positifs; absence de protocoles; diffusion pas généralisée des systèmes CBTC dans les services de radiothérapie. Matériaux et méthodes: en cette étude a été pris en compte une cohorte de 135 patients, traités par radiothérapie entre le 2015 et le 2018. Au cours de la période indiquée tous les patients ont été suivis et traités à la Structure organisationnelle départementale (SOD) de Radiothérapie «Ospedali Riuniti» de Ancône.

L'étude a été divisée en 4 étapes: la première étape consiste à rechercher des calcifications sur toutes les images «Tomographie simulation, TCs» et identifier celles des patients atteints de calcifications intraprostatiques. 32 patients ont été identifiés, dont 20 avec calcification périprostatique et 12 avec calcification intraprostatique. La deuxième étape consiste à vérifier la visibilité des calcifications sur toutes les images CBTC de chacun des 12 patients. La troisième étape consiste à vérifier le co-enregistrement des images TCs/CBTC sur les calcifications, pour contrôler la faisabilité de la mise en correspondance; on a utilisé de 8 à 10 images CBTC ont été utilisées pour tous les patients.

La mise en correspondance entre les images a été réalisée manuellement sur les trois plans sagittal, coronal et axial. La quatrième et dernière étape consiste à vérifier et à corriger le mouvement de la prostate: dans chaque TCs a été mis en évidence le Contour de la prostate (CTV P), tel que défini dans la phase de planification, ensuite on a fixé une marge de 5 mm autour du CTV P; après le co-enregistrement sur les calcifications, on a constaté que l'erreur résiduelle après la correction de la position ciblée était inférieure à la taille de la marge de 5 mm. Résultats: dans un group de 135 patients analysés, 32 présentaient des calcifications, dont 20 des calcifications périprostatiques et 12 intraprostatique. De l'analyse des résultats obtenus, il est apparu que dans le 89,8% des cas, les co-enregistrements sur des calcifications intraprostatiques montrent une tendance similaire à celle de la position de la prostate et que l'erreur résiduelle, après correction de la position ciblée, était inférieure à la taille de la marge de 5 mm.

Ce résultat n'est guère différent de ceux rapportés dans la littérature existante, entre 90 et 95%. Les 10,2% restants des cas dans lesquels une correction optimale n'a pas été obtenue, ont été associés à une mauvaise préparation du patient; la distension du rectum détermine souvent un déplacement dans la direction postéro-antérieure plus important que l'erreur de mise en place, donc les calcifications ne sont pas plus représentatives de la position de la prostate et ne sont pas utilisables pour la correction de 'mouvement de l'organe. Conclusions : dans un pourcentage élevé de cas, également conforme aux données rapportées par la littérature scientifique, il est possible de réaliser une bonne correction du co-enregistrement de mouvement d'organe entre fraction sur les calcifications intraprostatiques, le cas échéant, et qu'une marge de 5 mm peut compenser l'erreur résiduelle après la co-registation.

13. La licenciatura en educación para la salud a doce años de su inicio.
Georgina Contreras Landgrave, Universidad Autónoma del Estado de México
14. Etiologia, classificação e tratamento da cárie dentária no séc. XIX: implicações para a prática odontológica atual.
Sandra Garrido de Barros, Lorena Vieira Santos, Alessandra Monteiro Santana, Rafaela Silveira Rocha et Thais Regis Aranha Rossi, Universidade Federal da Bahia, Brasil. sgb@ufba.br

Com o objetivo identificar os pontos de vista sobre a classificação da cárie dentária no Brasil do século XIX, as principais disputas e tomadas de posição a esse respeito pelos professores dos cursos de Odontologia à

época e identificar as principais referências teóricas utilizadas, foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, baseado em análise documental. Os documentos foram localizados junto a Biblioteca Nacional, a Biblioteca Gonçalo Moniz/ Memória da Saúde Brasileira (Universidade Federal da Bahia) e a Biblioteca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Buscou-se identificar teses de doutoramento ou concurso apresentadas às faculdades de Medicina brasileiras e periódicos de odontologia entre o século XIX e o início do século XX. Foram localizadas 11 teses, publicadas entre 1881 a 1924, com temas relacionados à odontologia, e 12 números de periódicos de 1869 a 1908. A partir deste material, foram selecionadas 03 teses e 09 artigos, em um total de 12 documentos analisados. Foram incluídos documentos que abordavam teorias, tratamentos e classificação da cárie dentária. Foi realizada a leitura completa das obras, buscando-se identificar a concepção de cárie, suas teorias e classificações, além dos autores citados, suas origens e influências. Foi realizada análise de conteúdo dos textos e as informações foram organizadas em uma matriz contendo as seguintes informações: tipo de fonte, ano, autor, título, conceito de cárie, teorias, tratamento e autores citados. A partir da análise das classificações de cárie propostas por autores franceses e estadunidenses e do estudo acerca da estrutura dos tecidos dentários, em 1903, Chapot-Prevost propôs a classificação que viria a ser adotada na Faculdade Livre de Odontologia do Rio de Janeiro. Os artigos analisados compunham uma série de críticas publicadas criticando e contribuindo para o aprimoramento dessa classificação, evidenciando a importância do tema à época. A organização dos cursos de odontologia no Brasil foi influenciada pelo modelo norte americano, portanto, separado dos cursos de medicina, ainda que os primeiros cursos do império acontecessem anexos às duas Faculdades de Medicina do país. Contudo, observou-se maior influência de autores franceses nas publicações científicas (Magitot e Dubois) e nas obras disponíveis nas bibliotecas das faculdades. Foram identificadas 4 teorias acerca da etiologia da cárie dentária: vitalista, química, parasitária e químico-parasitária, sendo a de maior destaque a teoria químico-parasitária, proposta por Miller e Bouchard, superada a partir de meados do século XX. A cárie era classificada principalmente de acordo com sua progressão ou de acordo com o tecido envolvido (esmalte, dentina ou cimento). Outras classificações, não usuais, também foram encontradas como “cárie mole” e “cárie seca”, sendo a primeira relacionada a origem parasitária pelo *protococcus dentalis*, enquanto a segunda era atribuída a ação de ácidos. A expressão cárie interna era empregada por aqueles que entendiam que a afecção ocorria no interior do dente, corroborando com a teoria vitalista. A descrição dos canalículos dentinários, a percepção do papel da saliva como fator de proteção, a identificação de matéria orgânica como constituinte da dentina, contribuíram para que a concepção de cárie interna deixasse de ser aceita. As principais classificações eram descritas em períodos, graus ou marchas, sendo a classificação em graus adotada pela maioria dos autores. Os artigos analisados discutiam uma classificação padrão para as Faculdade Livre de Odontologia do Rio de Janeiro. Ao longo de 07 edições de um mesmo periódico localizadas (1903 a 1908), as classificações propostas por outros autores foram revisitadas e a nova classificação proposta discutida e aprimorada. Uma questão em disputa era se a pulpíte seria ou não uma fase da cárie dentária. Os que a consideravam como um grau da cárie dentária, como a escola francesa, baseavam-se na anatomia patológica. Para os que eram contrários a este posicionamento, entre eles Chapot-Prevost, a pulpíte era uma consequência ou uma complicação da cárie e não a cárie em si. A classificação de Rodolpho Chapot Prevost (1903) posteriormente foi adotada na cadeira de patologia dentária do curso de odontologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Não foram encontradas evidências da sua atualização no curso da Bahia. Se no final do século XIX existiam apenas duas faculdades de odontologia no Brasil, em 2018 são 454 cursos autorizados no país. Atualmente, os estudos sobre a cárie dentária buscam associar aspectos microbiológicos, bioquímicos e sociais no seu desenvolvimento. Pontos de vista que coexistem, muitas vezes, de forma fragmentada e conflituosa. O ponto de vista social geralmente é utilizado para explicar a complexidade da doença, sua epidemiologia e apoiar ações de saúde coletiva, enquanto o enfoque biologicista é valorizado para subsidiar a prática odontológica centrada nas ações clínico-cirúrgicas individuais.

15. Atendimento Culturalmente Competente em Saúde de Pessoas Trans.
Alana Dantas Barros, Ana Valéria Machado Mendonça et Edu Turte-Cavadinha, Universidade de Brasília, Brasil
16. Integração ensino-serviço e as redes de atenção à saúde do sistema único de saúde.

Cristine Maria Warmling, Caroline Kolzeng Barwaldt, Vanessa Martino, Bianca Giovanna Menna Ruiz Diaz, Leonardo Rodrigues Piovesan, Ananyr Porto Fajardo, Julio Baldisserotto, Fabiana Schneider Pires, SMS Porto Alegre, SMS Sapucaia do SulGHC, UFRGS, Brasil. crismwarm@gmail.com

Nos últimos anos, o governo brasileiro organizou as políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde aumentando o acesso a diferentes níveis de atenção. A integração da redes de serviços de saúde passou a ser o eixo do planejamento da assistência, aumentando o uso de protocolos de referência e contrarreferência para otimizar a eficácia. As modificações no sistema público de atenção em saúde se refletiram nas escolas de saúde que passaram a dar maior ênfase aos programas de Integração Ensino Serviço.

O presente estudo propõe-se a compreender como tem sido a contribuição de processos de Integração Ensino-Serviço para o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde Bucal e de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde, em uma capital no sul do Brasil. Trata-se de um estudos de caso do tipo único e integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem qualitativa. Entre os meses de março e abril de 2018, foram ouvidos os 146 participantes da pesquisa. Para a análise das Redes de Saúde Bucal, realizaram-se 9 grupos focais com 71 trabalhadores do Sistema Único de Saúde (46 dentistas, 25 técnicos e auxiliares de saúde bucal), 11 estudantes (9 estudantes e 2 residentes de odontologia) e 6 professores de Saúde Coletiva de um curso de Odontologia. Para as Redes de Atenção Primária, 4 grupos focais: 48 trabalhadores do Sistema Único de Saúde (15 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 14 Técnicos de Enfermagem, 2 Cirurgiões-Dentistas, 8 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta, 3 Médicos, 2 Nutricionistas, 1 Pedagogo, 1 Psicólogo) e 10 estudantes. Os grupos foram conduzidos com o apoio de um roteiro fundamentado nas dimensões avaliativas subjetivas das Redes de Saúde: população, sistema operacional e modelo de atenção à saúde. Foram filmados e transcritos.

A análise dos dados baseou-se na análise textual discursiva e nos referenciais teóricos do conceito de agir em competência da Ergologia. As práticas discursivas analisadas demonstraram que os territórios sociais do Sistema Único de Saúde se constituíram em cenários de experiências de aprendizagem. O encontro nas redes entre o trabalho como atividade e o ensino como aprendizagem exercita nos estudantes e nos trabalhadores renormalizações e gera competências para o trabalho interprofissional. Experiências de Integração Ensino-Serviço vivenciadas nas redes apoiam processos de territorialização, coordenação do cuidado e elaboração de itinerários terapêuticos dos usuários colaborando para os elementos da comunicação e conectividade da rede. Quando processos de Integração Ensino-Serviço apoiam a Educação Permanente em Saúde dos trabalhadores consolidam as Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde.

17. Análise do trabalho em assistência farmacêutica no âmbito da emergência hospitalar.
Rayane Lacourt et Magda Scherer, Universidade de Brasília
18. Déterminants des différents parcours de soins en phase post-aiguë des patients victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).
Clément Nestrigue, Laure Com-Ruelle et Damien Bricard, IRDES, France. nestrigue@irdes.fr

Contexte et problématique

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un enjeu majeur de santé publique en France du fait de leur incidence, de la mortalité, des séquelles chez les survivants, et sur le plan économique. Une meilleure connaissance des parcours de soins et de leurs déterminants est fondamentale pour améliorer sa prise en charge et l'efficacité du système, et en particulier en phase post-aiguë.

Objectif de la recherche

L'objectif est d'expliquer les différents parcours de soins empruntés en phase post aiguë par les victimes d'un primo-AVC survenu en 2012. Ces parcours sont identifiés grâce à une typologie en deux étapes. Trois questions de recherche sont posées : Quels les facteurs orientent le patient vers des parcours de rééducation/réadaptation ? Pour ces parcours, quels facteurs dirigent plutôt en SSR qu'en ville ? En cas de

prise en charge majoritairement à domicile, quels facteurs discriminent les faibles recours aux soins des parcours avec rééducation ou avec rééducation et soins infirmiers ?

Théorie, méthodes, modèles, matériels utilisés ;

Les données, extraites du Système national des données de santé (SNDS), constituent la cohorte de victimes d'un primo-AVC constitué adultes en 2012. Les parcours de soins individuels sont retracés à partir d'« états quotidiens » durant les 3 mois suivant la sortie d'hospitalisation initiale. Une première typologie de parcours (ACM puis CAH) retient six classes. Une seconde portant sur celle du « domicile majoritaire » spécifie les professionnels de santé intervenant en ville. Des modèles logistiques multinomiaux sont réalisés pour identifier les variables explicatives de ces parcours. Les dimensions telles que les caractéristiques démographiques, cliniques, de prise en charge médicale et celles relatives à l'offre de soins locale sont ainsi introduites.

Résultats et discussion

Classes identifiées par la typologie : 1 « Domicile majoritaire » (61 %), subdivisée en 1A « faible recours » (36 %), 1B « rééducation » (18 %) et 1C « rééducation/soins infirmiers » (6 %) ; 2 « Soins de suite et réadaptation (SSR) court majoritaire » (8 %) ; 3 « SSR long majoritaire » (19 %) ; 4 « Décès majoritaire » (6 %) ; 5 « médico-social majoritaire (3 %) ; 6 « Diverses trajectoires hospitalières lourdes » (3 %).

Toutes choses égales par ailleurs, comparativement aux autres patients, ceux orientés vers la « rééducation » (1B, 1C, 2, 3) sont plus jeunes, en meilleur état de santé, ont davantage bénéficié d'imagerie diagnostique recommandée et de prise en charge en UNV. Comparativement à la rééducation de ville (1B, 1C), celle réalisée en SSR (2,3) concerne davantage des femmes, de personnes âgées, en moins bon état de santé, ayant bénéficié plus souvent d'un passage en UNV, résidant en territoire mieux doté en SSR. Comparativement au faible recours en ville (1A), les patients bénéficiant de rééducation en ville (1B) sont plus âgés et en moins bon état de santé ; ceux bénéficiant de beaucoup de soins infirmiers en plus de la rééducation (1C) sont plus souvent des femmes et résident dans des communes à densité d'infirmiers libéraux plus élevée.

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

Notre étude apporte des données nouvelles en décrivant les parcours de soins phase post-aiguë des victimes d'AVC en France, articulant ville et hôpital et restituant l'aspect dynamique des trajectoires. Elles portent sur des données médico-administratives exhaustives du SNDS. Les précédentes analyses ne portaient que sur les transferts dans les établissements de SSR (de Perretti, 2010 et 2017 ; Gabet, 2017). Par ailleurs, dans les autres travaux cherchant à expliquer l'orientation dans les différents parcours, la dimension de l'offre n'apparaît pas. Ainsi, notre prise en compte des professionnels de santé exerçant en ville et de l'offre de soins locale comme variable explicative constitue à ce titre une innovation utile à la mise en place de politiques de santé.

19. Le S.I.R. nelle aziende sanitarie : opportunità concreta o pericolosa trappola ?
Michele Servadio, Azienda Sanitaria Unica delle Marche, Italia
20. Competenze e sapere agito: nuovi modelli formativi per la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.
Bianca Maria Orciani et Sara Bugari, CRISS, Italia

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

Brasil

Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS

Canada

École de Santé Publique, Université de Montréal

France

École des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes
Université Jean Moulin Lyon 3 – iae Lyon School of Management

Italie

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

Mexique

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. Veracruz

République de Moldavie

Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină, Chisinau

Roumanie

Asociația Română de Sanatate Publica și Management Sanitar - ARSPMS

Suisse

Hôpitaux Universitaires de Genève

21ème édition des « Prix d'excellence dans l'analyse des systèmes de santé »

À l'occasion de CALASS 2019, l'ALASS décernera pour la 21ème année consécutive :

- Le prix d'excellence « Communication orale » qui sera attribué à la meilleure communication
- Le prix d'excellence « Poster » qui sera attribué au meilleur poster

Les communications seront sélectionnées par un comité scientifique désigné par l'ALASS.

Le prix d'excellence Communication orale consiste en la remise d'un montant de 170 euros.

Le prix d'excellence Poster consiste en l'inscription gratuite au prochain Congrès CALASS en 2020.

Secrétariat technique du congrès

Luisa Falcó. ALASS. alass@alass.org
Site web de l'ALASS : www.alass.org



Institution d'accueil

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal
Pavillon Jean Brillant
3200, rue Jean Brillant
Montréal Qc, H3T 1N8

Merci aux partenaires du congrès 2019

- Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'École de santé publique de l'Université de Montréal
- Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
- Vice-rectorat à la recherche de l'Université de Montréal
- Tourisme Montréal
- Centre interuniversitaire en analyse des organisations (CIRANO)

**S'il vous plaît, vérifiez les mises à jour du programme préliminaire sur notre site Web:
www.alass.org**