

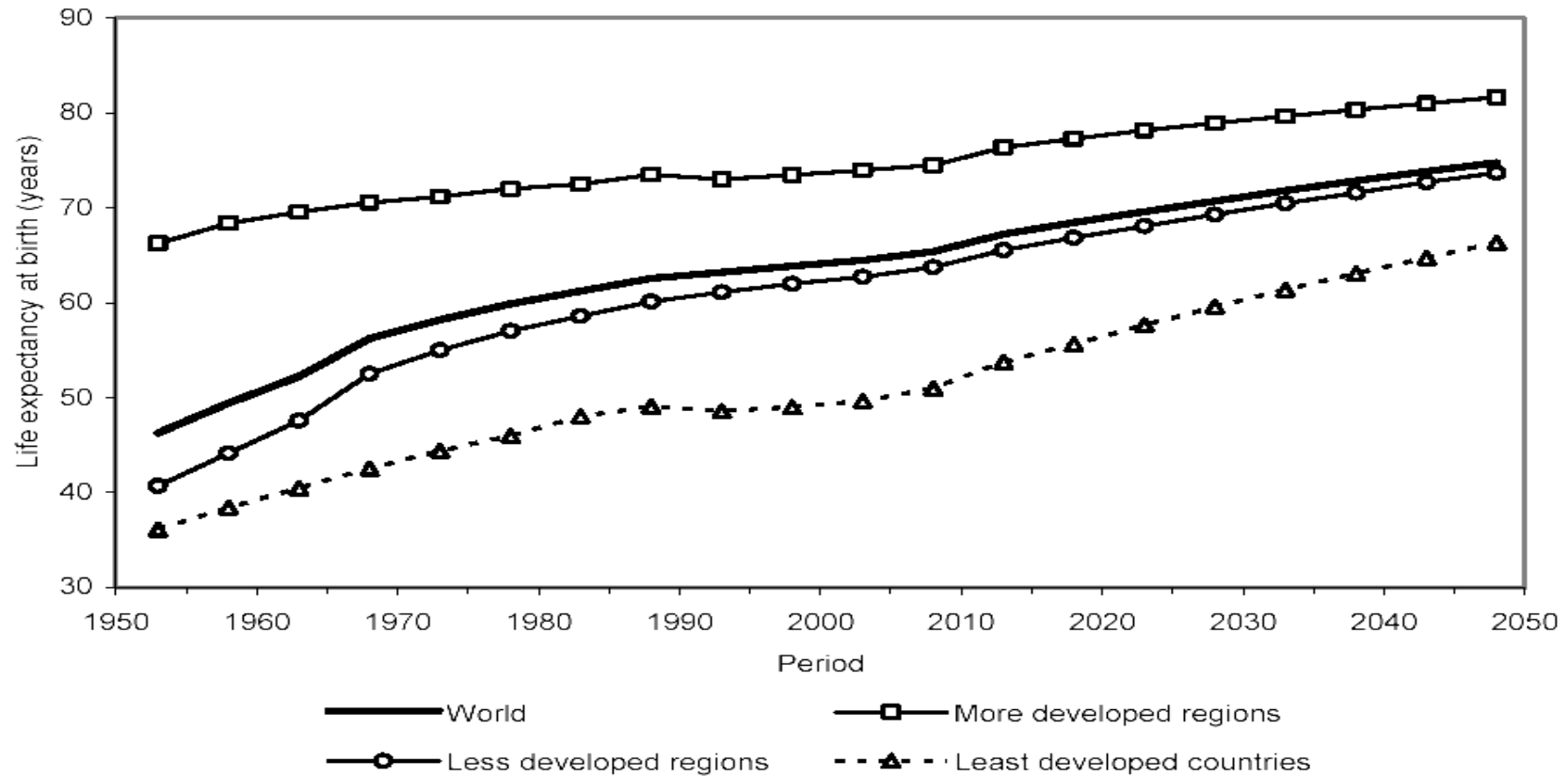
Accessibilité et Performance des soins hospitaliers en situation de ressources limitées

Le Constat

Le fil de l'histoire

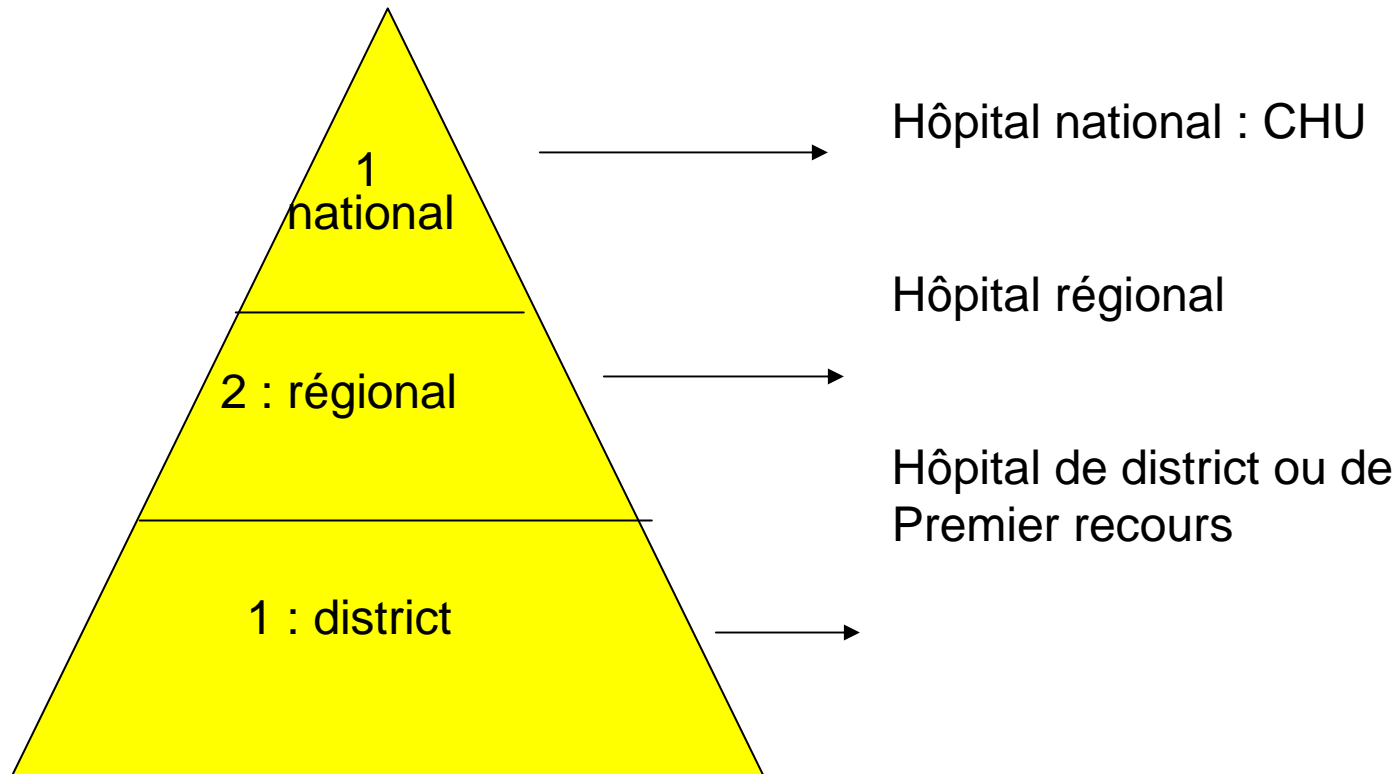
- **1960 : les indépendances**
- **1978 : Alma Ata**
- **1987 : l'initiative de Bamako**
- **1995 : la décentralisation et la réforme hospitalière**
- **2000 : l'objectif de performance**
- **2009 : débat sur la gratuité des soins en Afrique**

Espérance de vie

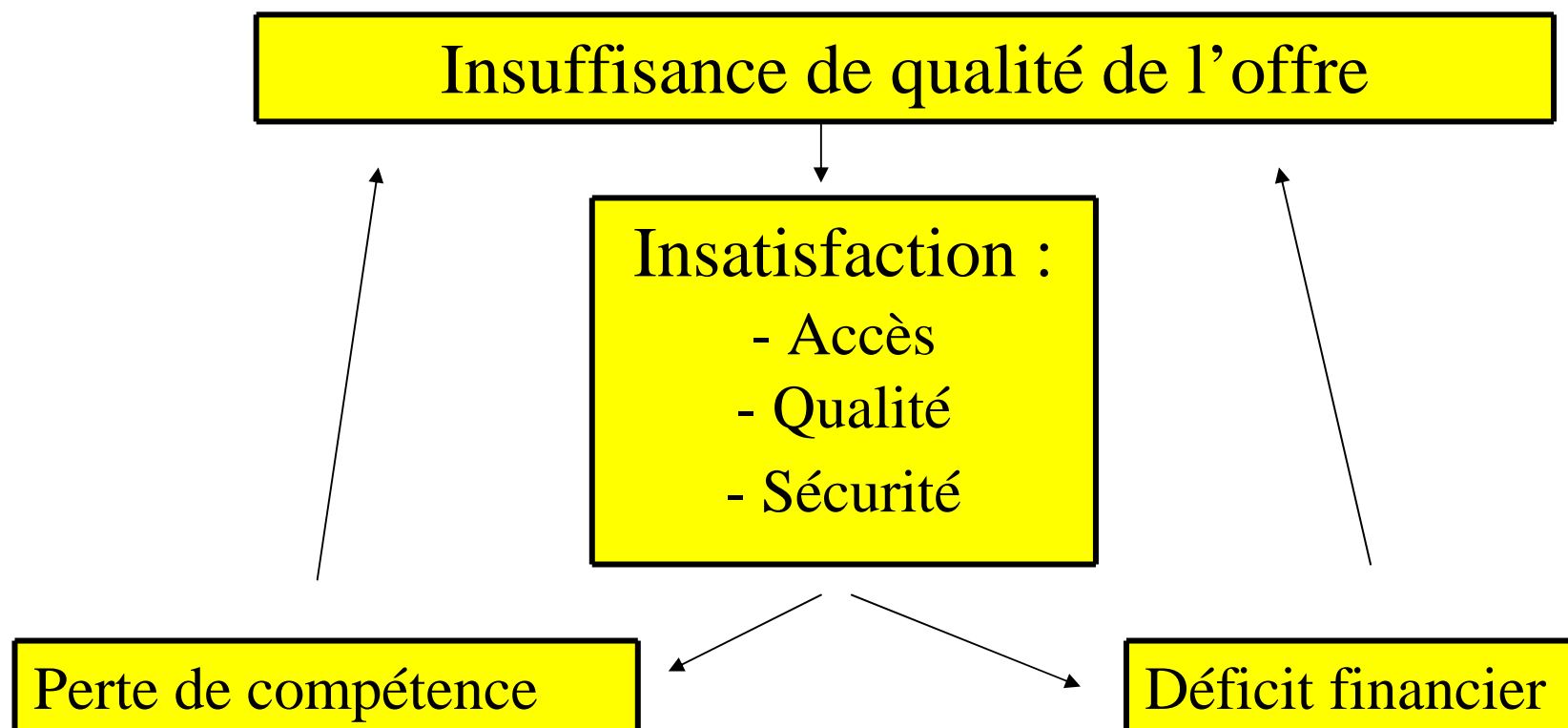


Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2005). *World Population Prospects: The 2004 Revision. Highlights*. New York: United Nations.

Pyramide hospitalière



Analyse de situation : le double cercle vicieux

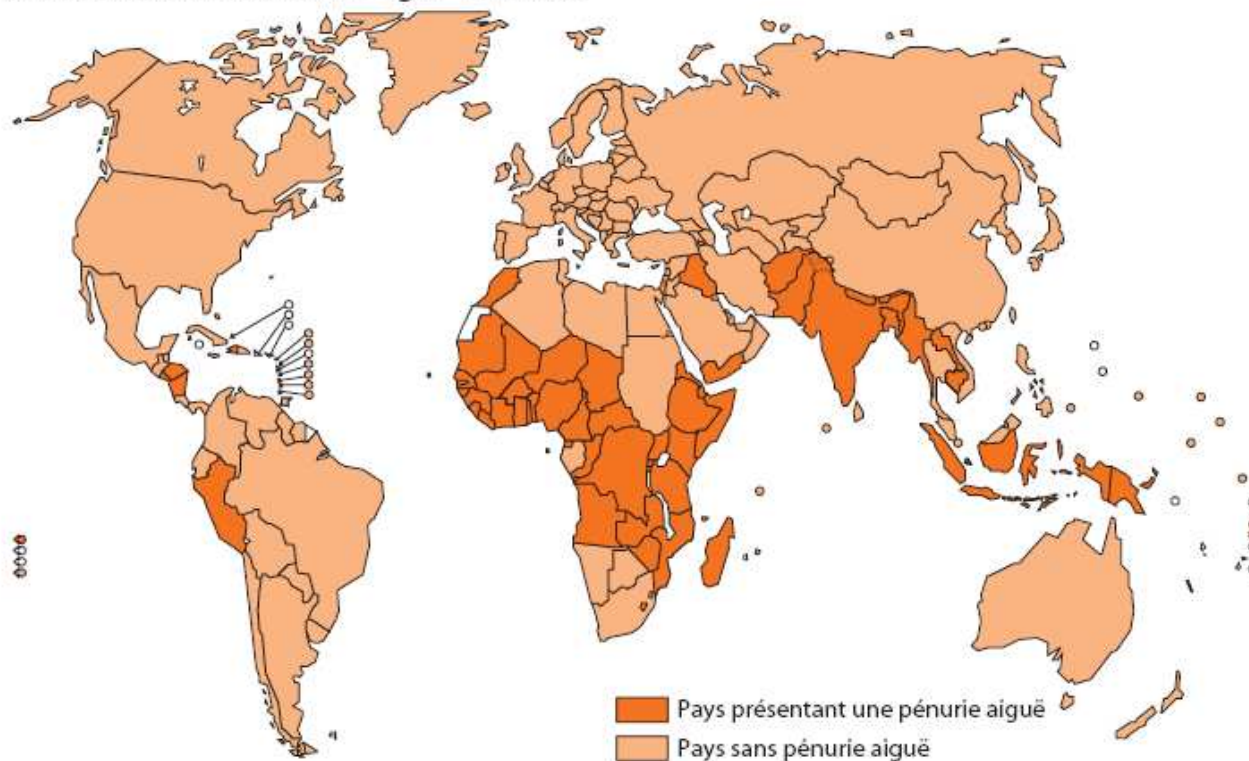


Trois questions sur l'offre de soins hospitalière :

- 1. Les ressources sont-elles adéquates ?**
- 2. Les soins sont-ils accessibles ?**
- 3. Le système de soins est-il performant ?**

Gestion des ressources humaines

Pays qui connaissent une pénurie aiguë de prestataires de services
(médecins, infirmières et sages-femmes)



OMS RSM 2006

Gestion des ressources humaines

Effectifs totaux des personnels de santé, en fonction de leur densité

Région OMS	Ensemble du personnel de santé		Prestateurs de services sanitaires		Personnel administratif et d'appui	
	Nombre	Densité (pour 1000 habitants)	Nombre	Prestateurs de services sanitaires	Nombre	Pourcentage du total
Afrique	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Méditerranée orientale	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
Asie du Sud-Est	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Pacifique occidental	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Amériques	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
Ensemble du monde	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

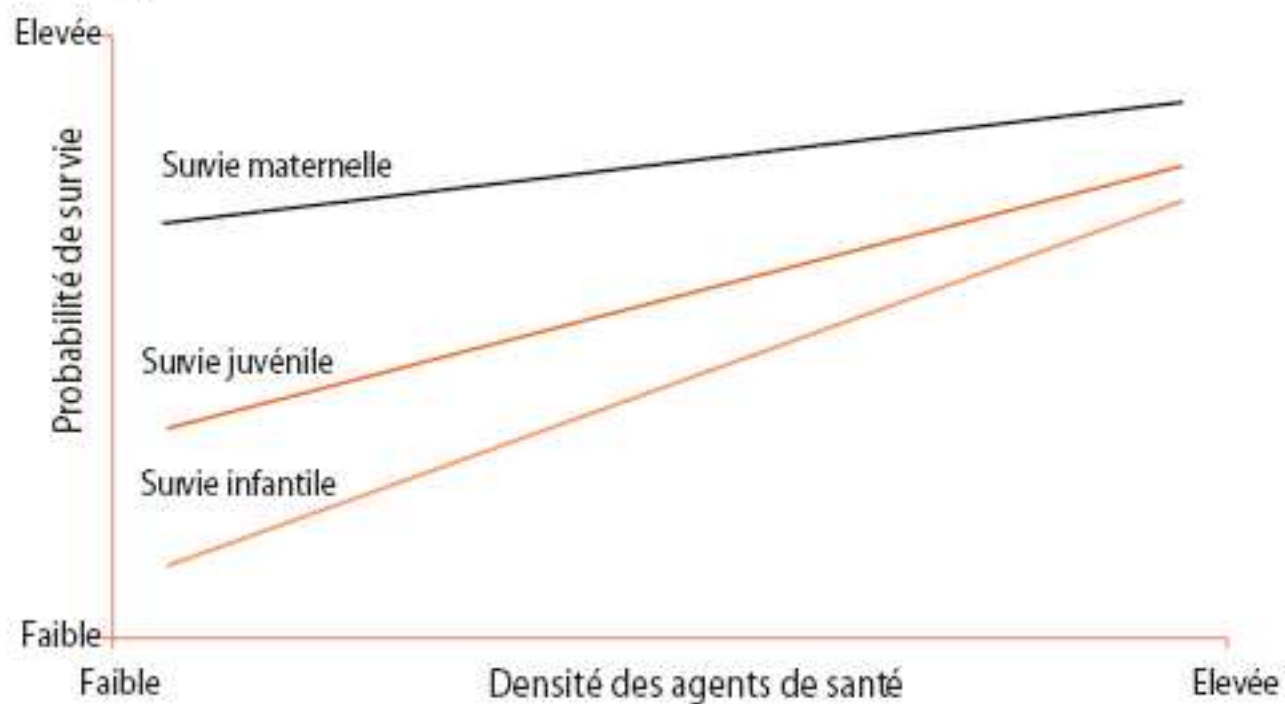
Note : Toutes les données se rapportent à la dernière année disponible. Dans le cas des pays pour lesquels on ne disposait pas de données sur les effectifs du personnel administratif et du personnel d'appui, on a procédé à des estimations basées sur les moyennes régionales pour les pays au sujet desquels les données étaient complètes.

Source de données : Organisation mondiale de la Santé. *Global Atlas of the Health Workforce* (<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>).

OMS RSM 2006

Gestion des ressources humaines

Les agents de santé sauvent des vies!



OMS RSM 2006

Insuffisances de prestations sanitaires

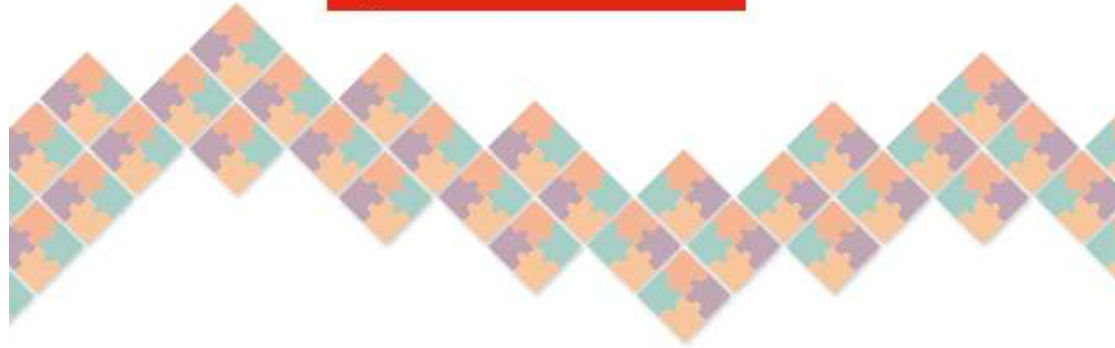
Cinq dénombrées par l'OMS (RSM 2008)

- relation inverse en matière de soins
- soins appauvrissants
- soins fragmentés
- soins à risque (inf. nosocomiales)
- soins mal ciblés

Évolution des soins de santé primaires

TENTATIVES INITIALES DE MISE EN OEUVRE DES SSP	PRÉOCCUPATIONS ACTUELLES DES RÉFORMES DES SSP
Assurer aux ruraux de condition modeste un accès élargi à un ensemble d'interventions sanitaires et de médicaments essentiels	Transformation et réglementation des systèmes de santé existants, afin d'assurer l'accès universel aux soins et à la sécurité sociale
Accent mis sur la santé de la mère et de l'enfant	Prise en charge de la santé de chacun au sein de la collectivité
Soins de santé primaires par opposition à l'hôpital	Soins de santé primaires pour coordonner une action globale à tous les niveaux
Les SSP sont peu coûteux et n'exigent qu'un investissement modeste	Les SSP ne sont pas bon marché : ils exigent un investissement considérable mais ils sont plus rentables que les autres options

Rapport sur la santé dans le monde, 2008



*Les soins de
santé primaires*

Maintenant plus que jamais



Organisation
mondiale de la Santé

Évolution des soins de santé primaires



Le maillon faible : accessibilité et performance de l'offre de soins

Accessibilité des soins

Accessibilité des soins

- *Cinq domaines initiaux dans le concept de **couverture** des soins (OMS 2000)*
 - disponibilité
 - **accessibilité**
 - abordabilité
 - acceptabilité
 - efficacité des interventions

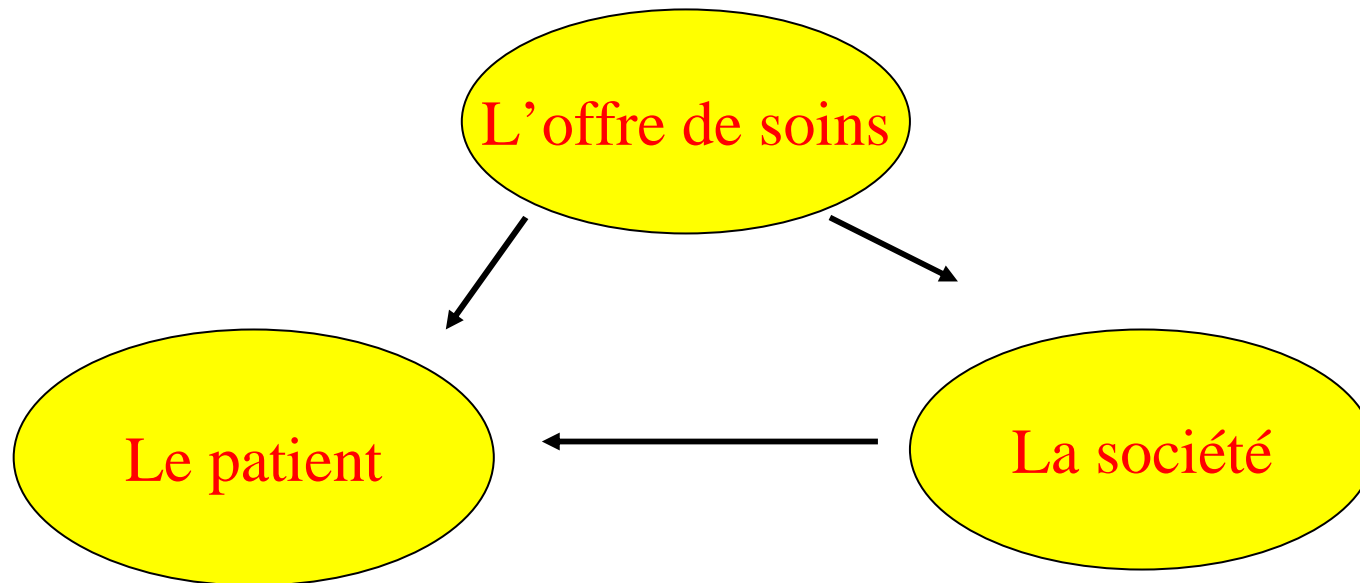
Accessibilité des soins

Quatre dimensions (Commission droits de l'homme des Nations Unies 2003)

- géographique et physique (disponibilité)
- économique (abordabilité)
- non discriminante (acceptabilité)
- accessibilité à l'information santé

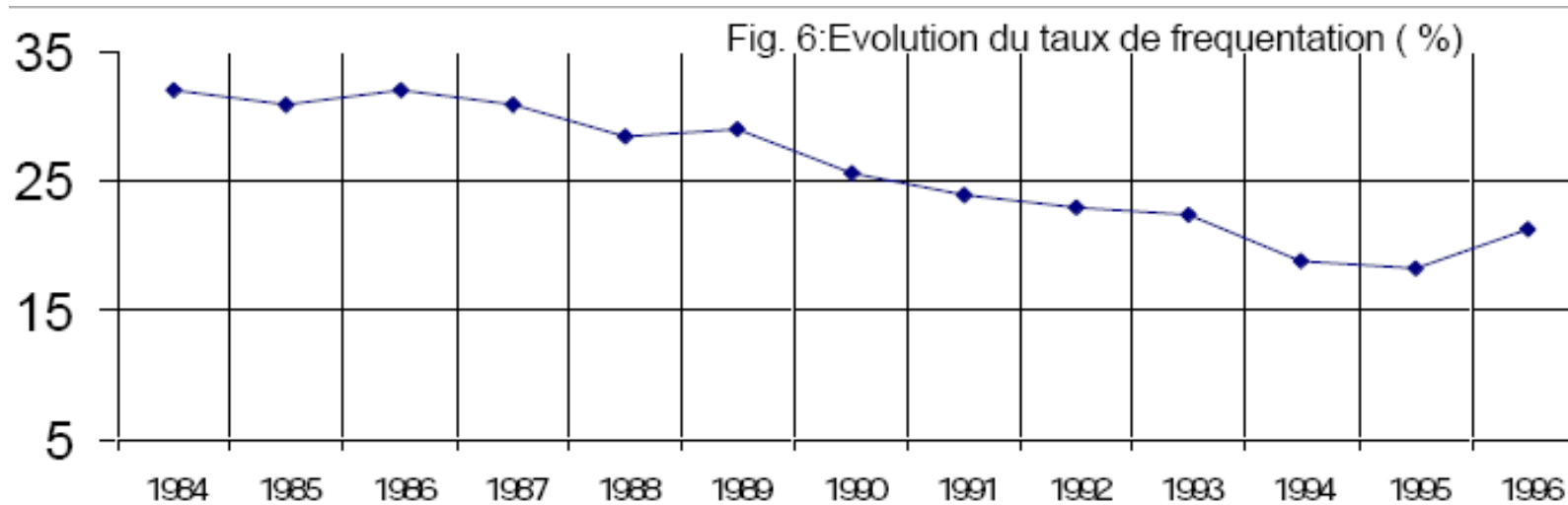
Accessibilité des soins

- Déterminants :



Accessibilité des soins

Enquête Burkina Faso 1997 (AD Zoubga)



Accessibilité des soins

Motifs de non recours au soins à Madagascar (enquête GTZ)

financier	47 %
qualité des services	33 %
géographique	14 %
autres	6%

Performance des soins

Performance des soins

- **Définition du concept : OMS 2000**

« contribution du système de santé aux objectifs intrinsèques en tenant compte des apports utilisés pour les atteindre »

Systemes de santé : objectifs

Trois objectifs intrinsèques (OMS RSM 2000) :

1. amélioration du **niveau de santé** de la population
2. amélioration de la capacité du système de santé
à répondre aux attentes de la population : **notion de réactivité**
3. **équité de la contribution financière** des ménages

Systemes de santé : objectifs

Objectifs intermédiaires (opérationnels)

- 1 – la **couverture** : concept intégré qui réunit les notions d'accessibilité, d'utilisation et d'efficacité
- 2 – la **performance des prestataires** :

Systemes de santé : objectifs

Objectifs intrinsèques

- 1-Niveau de santé
- 2-Réactivité
- 3-Équité

Objectifs intermédiaires

- 1-Accessibilité
- 2-Performance des prestataires

Indicateurs

Catégories d'indicateurs :

- 1 - **Activité** : taux de césariennes
- 2 - **Ressources** : nombre de soignants, d'appareils
- 3 - **Processus** : délai d'obtention de rendez-vous
- 4 - Indicateurs de **résultats** :
 - **intermédiaires** : qualité des étapes des processus
 - **finaux** :
 - changement de l'état de **santé**
 - indice de **satisfaction** des patients

Systemes de santé : objectifs

la performance des prestataires :

- évalue comment les prestataires s'acquittent de leurs tâches pour obtenir des résultats.
- compare les résultats obtenus aux meilleurs résultats possibles.
- incorpore les notions de qualité et de sécurité.

Accessibilité des soins

1. Accessibilité géographique

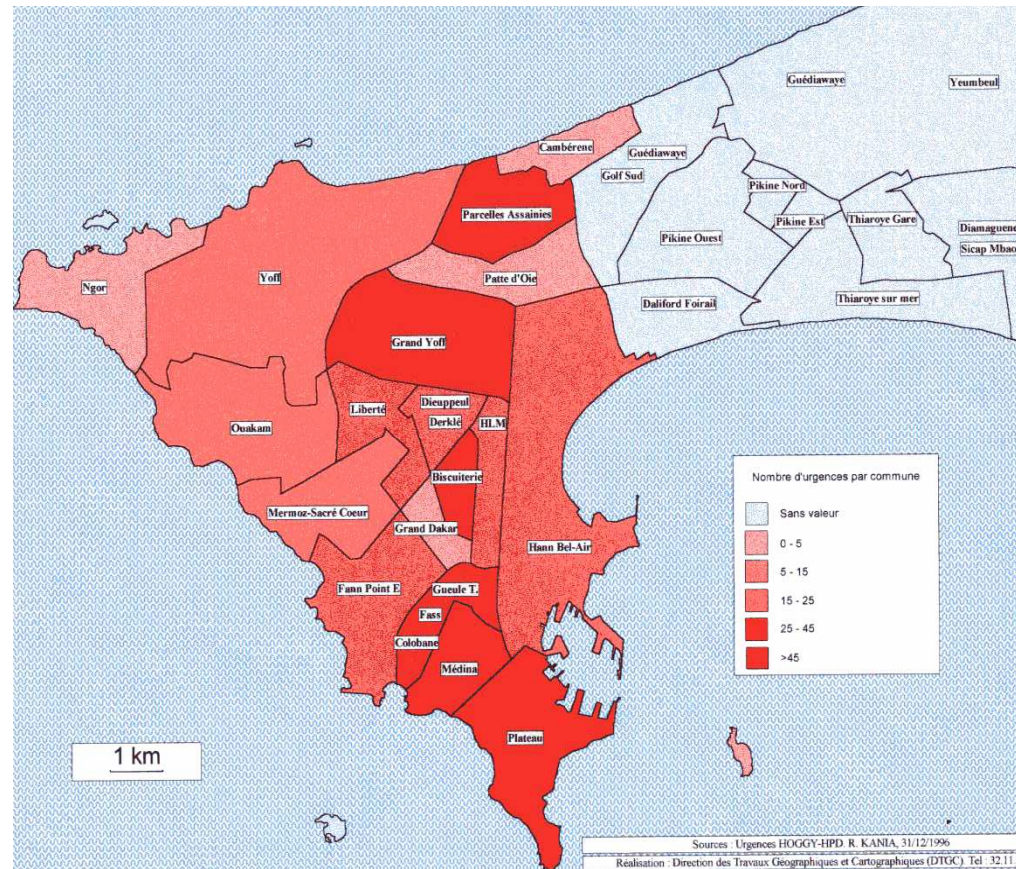
Accessibilité géographique



Accessibilité de l'hôpital cantonal et universitaire de Zürich
Temps de parcours en véhicule privé

©MicroGIS 2000

Cartographie sanitaire



2. Accessibilité économique

Pré Paiement des frais de soins

Conditions de viabilité :

1. Taux de cotisation adapté mais indépendant des prestations
2. Détermination préalable des prestations indemnisables
3. Adhésion des populations
4. Impact suffisant :
 - Disponibilité et qualité des prestations
 - Attractivité hospitalière
 - Sécurisation du budget des ménages

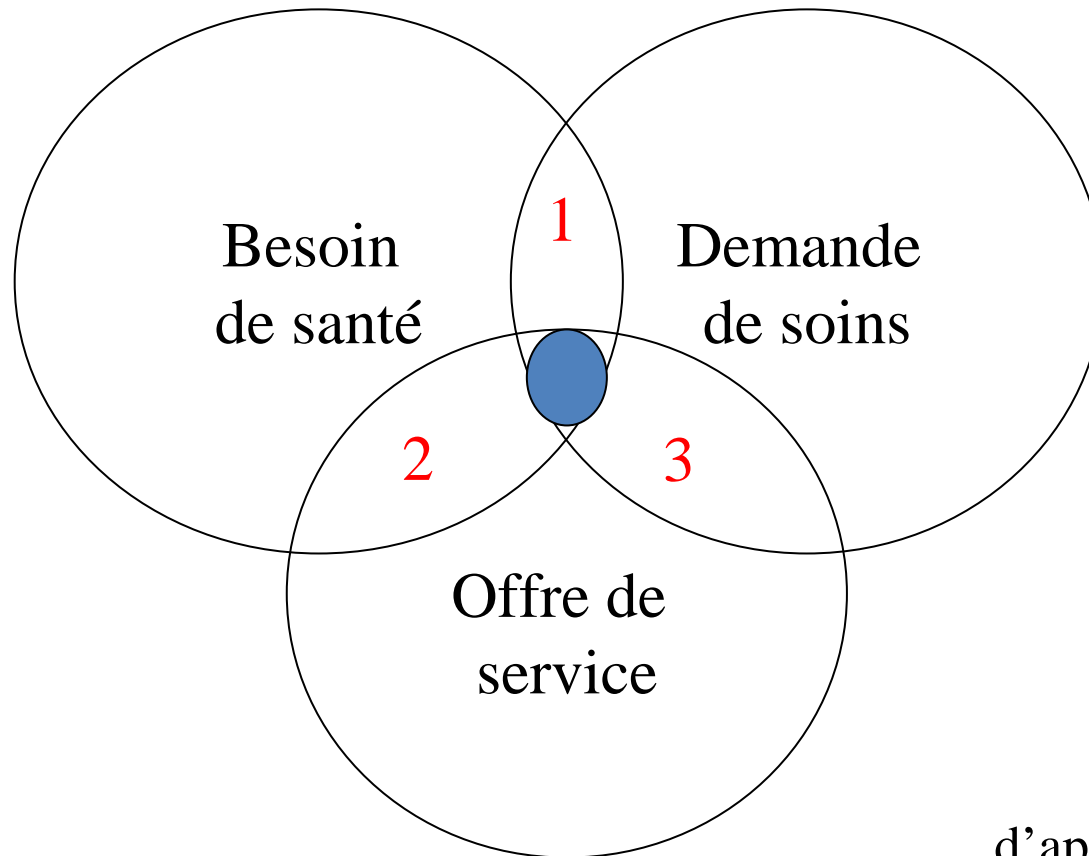
Le territoire de santé

Compromis entre :

- une juste **distance** aux soins MCO : max 45 km ou 1h. (associe un schéma de transport sanitaire)
- une continuité **temporelle** : permanence des soins (implique une régulation de la répartition des professionnels)
- un principe d'égalité devant l'asymétrie :
 - **géographique** : centre ville
 - **économique** : catégories défavorisées
 - **sociale** : manque d'information
- une adaptation aux nouvelles attentes (HAD, urgences, santé mentale, soins palliatifs) en favorisant les **réseaux**.

3. Accessibilité sociale et culturelle : égalité des chances

Attentes de santé



d'après Monnier

Demande de soins

Besoin de santé = état de santé désiré – état de santé réel : notion normative et professionnelle

Demande de soins = besoins ressentis par la population : notion subjective, la réponse attendue n'est pas que médicale

Performance des PRESTATAIRES : réactivité des professionnels aux attentes des populations

Réactivité : composantes

Les sept composantes du RSM 2000 :

- respect de la personne :
 - 1 – dignité
 - 2 – confidentialité
 - 3 – autonomie
- attention accordée :
 - 4 – promptitude de prise en charge
 - 5 – qualité de l'environnement
 - 6 – accès au réseau d'aide sociale
 - 7 – choix du prestataire

Le huitième domaine : clarté de la communication transculturelle

Performance en santé : indicateurs intrinsèques

- **Pondération des réalisations**
(enquête OMS : 1006 personnes dans 125 pays)

Santé (espérance vie corrigée de l'incapacité)

Total	0,50
Niveau global ou moyen	0,25
Distribution ou égalité	0,25

Réactivité

Total	0,25
Niveau global ou moyen	0,125
Distribution ou égalité	0,125

Equité de la contribution financière

Distribution ou égalité	0,25
-------------------------	------

Offre de soins

Diagnostic des dysfonctionnements :

(Y. Jaffré 2003)

1- comportement du personnel de santé :

a – élément relationnel :

- le drame du patient « anonyme »
- la relation « sur personnalisée » des parents, amis, connaissances.

Offre de soins

Diagnostic des dysfonctionnements

(Y. Jaffré 2003)

1- comportement du personnel de santé :

b – la recherche de ressources personnelles

c – la conscience professionnelle :

- en dehors de la quête d'avantages privés

- « paresse » linguistique et professionnelle

Offre de soins

La longue liste des manquements aux normes : (Y. Jaffré 2003)

- 1 - négligences dans les actes de soins**
- 2 - non maintenance du matériel**
- 3 - très faible niveau d'hygiène**
- 4 - diagnostic bâclés**
- 5 - prescriptions bâclées**
- 6 - absentéisme**

Offre de soins

2 – problèmes liés aux systèmes de santé : Y. Jaffré 2003

- **confusion bénévolat / auxiliaires**
- **bureaucratisation des tâches**
- **impunité**
- **appropriation des espaces**
- **absence de travail d'équipe**
- **exclusion des indigents**

Offre de soins

3 - problèmes liés au contexte institutionnel : _____ Y. Jaffré 2003

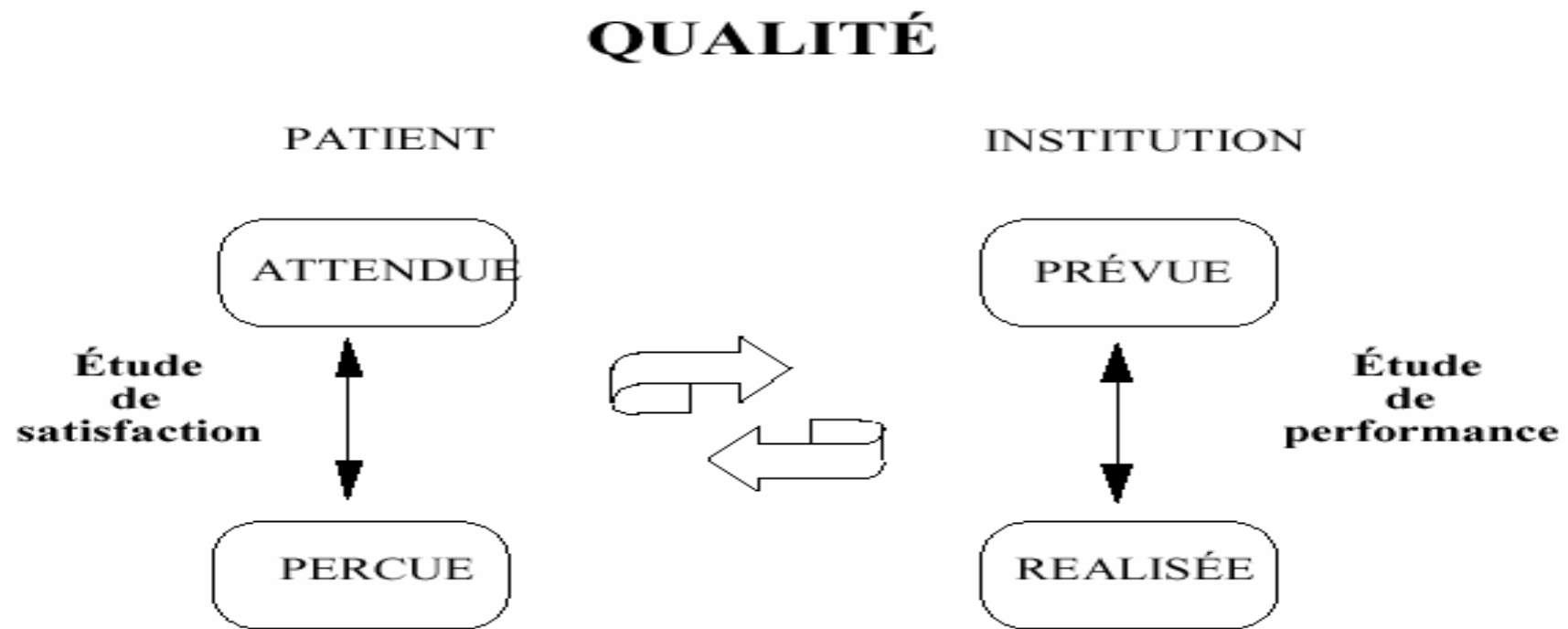
a – situation catastrophique des états : corruption et clientélisme

b – attitude ambiguë des bailleurs de fonds et des ONG

c – faiblesse de la société civile : associations, médias, syndicats

Enquêtes de satisfaction

Complémentarité entre satisfaction du patient et performance de l'institution (ANAES)



Enquêtes de satisfaction

Éléments de performance attendus par le patient

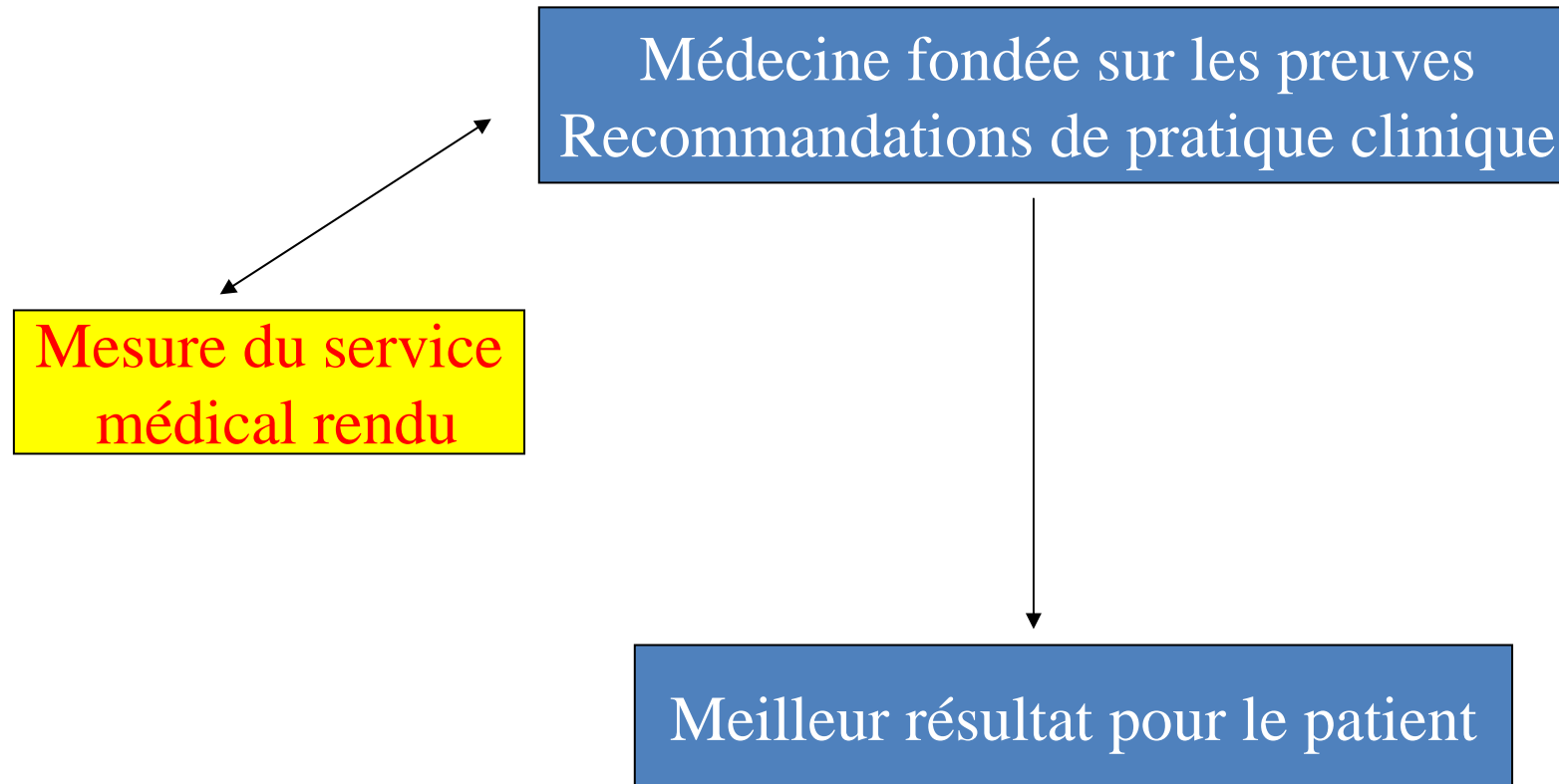
- 1- efficacité
- 2- caractère approprié
- 3- disponibilité
- 4- opportunité
- 5- qualité
- 6- continuité
- 7- sécurité
- 8- efficience
- 9- respect et bienveillance

4. Accessibilité à des soins performants

**Performance des prestataires
: évaluation des pratiques
professionnelles**

1. Pertinence et acceptabilité du risque des actes

Évaluation des pratiques professionnelles



Revue Cochrane 1996

Association médicale canadienne



Manuel sur

les guides de pratique clinique

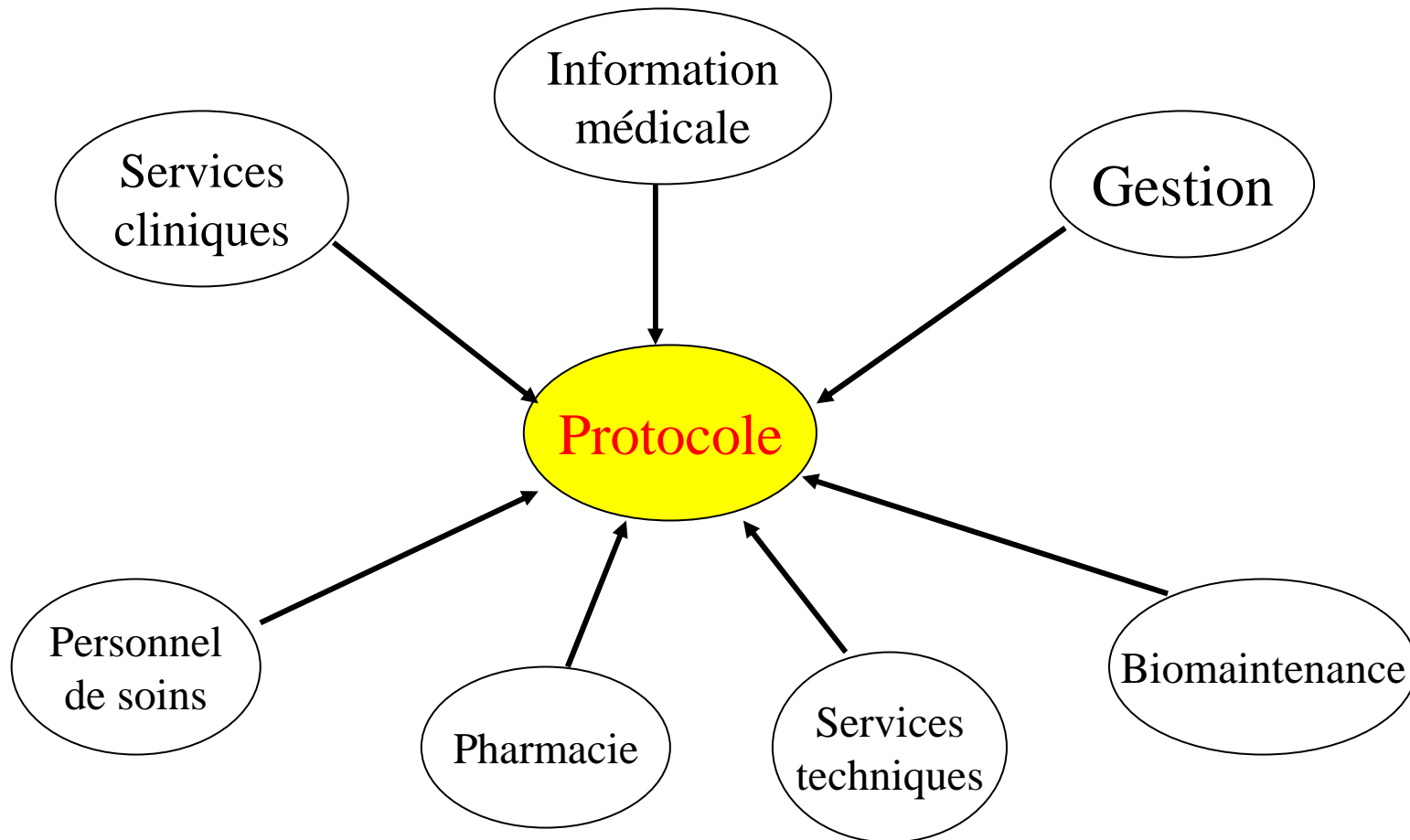
Dave Davis, MD
Joanne Goldman, MSc
Valerie A. Palda, MD, MSc

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Protocole de soins



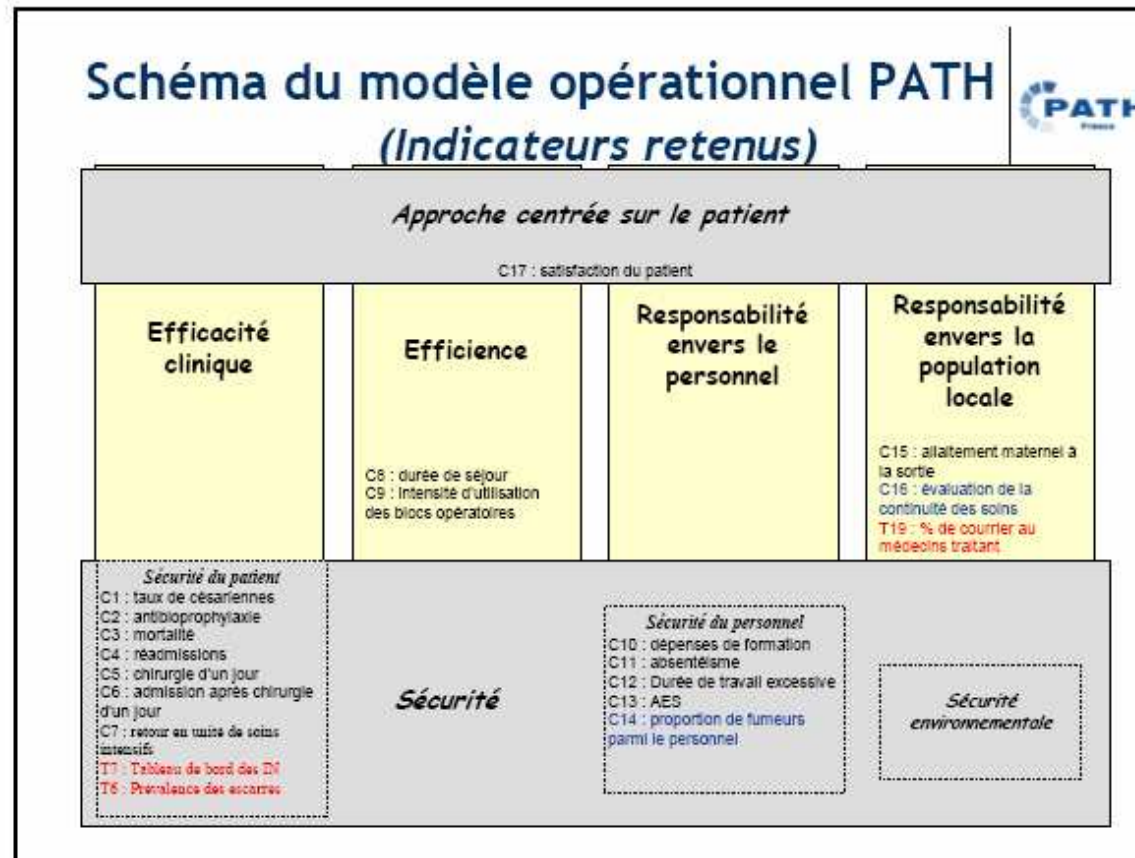
Protocole de soins

Résultats attendus :

- 1. gain de qualité des soins** : diminution de la DMS, diminution des complications et de la mortalité
- 2. gains de coût/efficacité :**
 - Choix du médicament essentiel
 - Optimisation des examens complémentaires
 - Mesure de la charge en soins infirmiers
- 3. mesure du service médical rendu**

2. Efficience des pratiques

Performance Assessment Tools for quality improvement in Hospitals (PATH OMS)



PATH OMS Indicateurs 2008

- **1. indicateurs PMSI :**
 - **taux de césariennes**
 - **mortalité**
 - **réadmission dans le même établissement**
 - **chirurgie d'un jour**
 - **admission après chirurgie d'un jour**
 - **retour en unité de soins intensifs**
 - **durée de séjour**

PATH OMS Indicateurs 2008

- 2. indicateurs ressources humaines :
 - dépenses en formation
 - absentéisme
 - durée de travail excessive
 - AES : accidents d'exposition au sang
 - proportion de fumeurs parmi le personnel

PATH OMS Indicateurs 2008

- 3. indicateurs cellule qualité :
 - **antibioprophylaxie (chirurgie colon, prothèse totale de hanche, pontage)**
 - **allaitement maternel à la sortie**
 - **délai d'envoi du courrier au MT**

PATH OMS Indicateurs 2008

- 4. indicateurs secteur opératoire :
 - **intensité d'utilisation des blocs opératoires**

The logo for the Haute Autorité de Santé (HAS) features the letters 'HAS' in a blue serif font. A red swoosh underline is positioned beneath the 'A' and extends slightly to the right.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page and curves upwards towards the right, passing behind the HAS logo and text.

CHECK-LIST SECURITE DU PATIENT AU BLOC OPERATOIRE

Identification du patient
 Etiquette du patient ou
 Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST

« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2010 - 01

Salle :
 Date d'intervention : Heure (début) :
 Chirurgien « intervenant » :
 Anesthésiste « intervenant » :
 Coordonnateur check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE	
<i>Temps de pause avant anesthésie</i>	
1 Identité du patient :	
• le patient a décliné son nom, sinon, <i>par défaut</i> , autre moyen de vérification de son identité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2 L'intervention et site opératoire sont confirmés :	
• <i>idéalement</i> par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3 Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site/intervention et non dangereuse pour le patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
4 Le matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié :	
• pour la partie chirurgicale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• pour la partie anesthésique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5 Vérification croisée par l'équipe de points critiques et des mesures adéquates à prendre :	
• allergie du patient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• risque de saignement important	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE	
<i>Temps de pause avant incision</i>	
6 Vérification « ultime » croisée au sein de l'équipe	
• identité patient correcte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• intervention prévue confirmée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• site opératoire correct	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• installation correcte	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• documents nécessaires disponibles	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
7 Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque / points critiques de l'intervention	
• sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, etc.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• sur le plan anesthésique (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8 Antibio prophylaxie effectuée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R

APRÈS INTERVENTION	
<i>Pause avant sortie de salle d'opération</i>	
9 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :	
• de l'intervention enregistrée,	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
• de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N/A
• du signalement de dysfonctionnements matériels et des événements indésirables	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10 Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> N/R
En cas d'écart avec la check-list, préciser la décision choisie	
<p style="text-align: right;"><small>Abréviations utilisées : C/L : Check-list - N/A : Non Applicable - N/R : Non Recommandé</small></p>	



Cette check-list n'est pas modifiable, mais peut faire l'objet de développements spécifiques complémentaires

Adaptée de la Check-list de l'Organisation Mondiale de la Santé « WHO Surgical Safety Checklist », <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en>, © World Health Organization 2008

Dans les pays du même niveau de développement que la France ...

	Complications postopératoires	Décès postopératoires
Pays à haut niveau de développement	10.3% -> 7.1%*	0.9% -> 0.6%
Pays en voie de développement	11.7% -> 6.8%*	2.1% -> 1.0%*

* $p < 0.05$

In Haynes et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. New England Journal of Medicine 360:491-9. (2009)

3. Performance des organisations : la prise en charge du patient

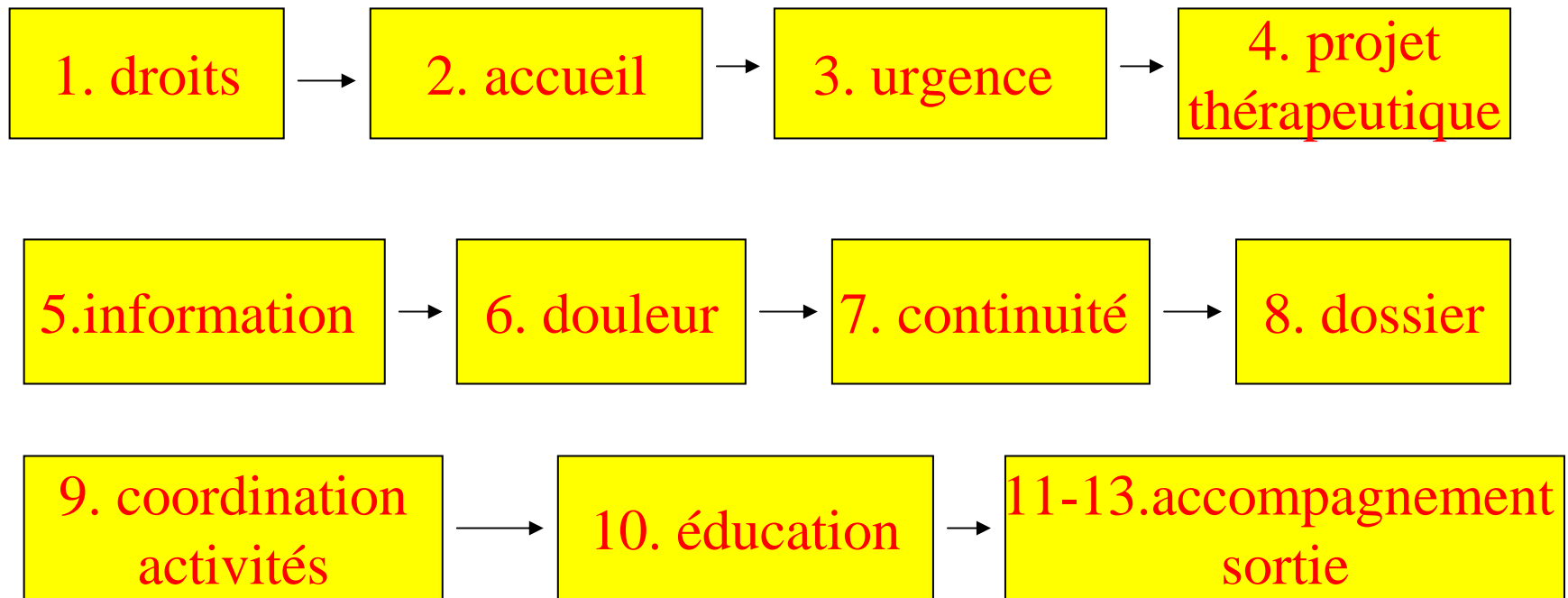
Insuffisances de prestations sanitaires

Cinq dénombrées par l'OMS (RSM 2008)

- relation inverse en matière de soins
- soins appauvrissants
- soins fragmentés
- soins à risque (inf. nosocomiales)
- soins mal ciblés

Parcours du patient

Chaîne de prise en charge



**Organisation d'une dynamique
d'accessibilité à des soins
performants :
« la gouvernance clinique »**

Gouvernance clinique et évaluation des pratiques professionnelles

1. Évaluation des pratiques professionnelles

Trois questions aux professionnels :

- pertinence et risque des pratiques
- efficacité
- globalité et continuité de la prise en charge

2. Évaluation de la gestion des ressources humaines

Trois questions de management

a. La satisfaction des personnels est-elle évaluée ?

Bilan social, conditions de travail,
évolution de carrière, formation

**b. La motivation des personnels
est-elle évaluée ?**

c. l'autonomie des personnels est-elle optimisée ?

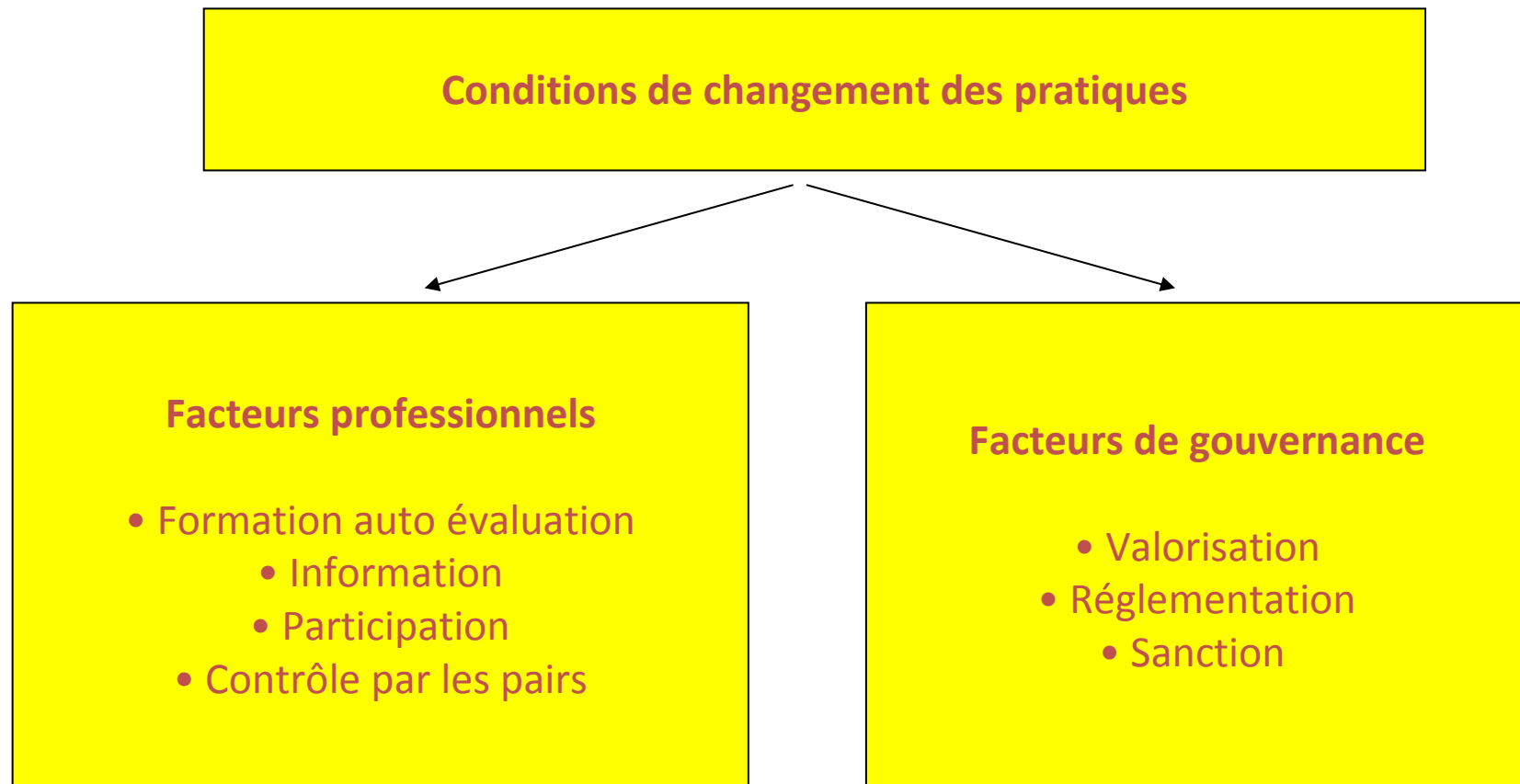
3. La satisfaction des patients est-elle évaluée ?

Enquêtes de satisfaction

Délais d'attentes

Traitement des plaintes et réclamations

Gouvernance clinique



Accessibilité et performance des soins

