
Volume 14, Issue 4, 2012 - French

Executive summaries

Quel est le prix à payer pour la qualité des soins ?

Par Willy Heuschen La gestion de la qualité a toujours été une priorité pour l'Association Européenne des Directeurs d'Hôpitaux (AEDH) ; la promotion de la compétence et de la responsabilité ainsi que le renforcement de la coopération entre les directeurs d'hôpitaux européens relevant effectivement de nos missions essentielles. Grâce au lien étroit que nous entretenons avec les directives de santé européennes, nous appelons à une normalisation positive des niveaux de soins des États membres, qui pourrait être définie, par exemple, par la création d'un « modèle européen d'accréditation ». Car il s'agit bien là, autre mission qui nous est essentielle, d'encourager une plus grande coopération et un échange de bonnes pratiques entre les systèmes de santé des différents pays pour parvenir à une Europe plus sociale.

Tous les établissements de soins de santé européens sont concernés par cette échéance imminente : l'entrée en vigueur de la directive européenne 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire. Son application, prévue pour le 11 mai 2013, obligera les employeurs à prendre des mesures proactives en faveur de la sécurité et de la qualité dans leur établissement et à fournir à leurs employés de meilleures conditions de travail afin d'éviter tout risque auxquels ils pourraient être exposés, pour eux-mêmes et pour leur patients. Cela contribuera à réduire le nombre impressionnant de blessures par objets tranchants – il est estimé à un million chaque année en Europe – et à améliorer la qualité globale des soins dispensés dans nos hôpitaux. Si nous ne pouvons que nous réjouir que la reconnaissance officielle des blessures par objets tranchants soit devenue une préoccupation majeure dans toute l'Europe, nous ne pouvons pas ignorer la pression financière qui s'exerce déjà sur la plupart de nos membres.

Assurer la sécurité dans les blocs opératoires : la méthode italienne

Par Salvatore Paolo Cantaro, Salvatore Scarlata Comme la plupart des pays européens, le ministère de la Santé italien a reconnu l'importance d'une évaluation de la qualité et de la sécurité à tous les niveaux du système qui prendrait en compte les attentes des patients et renforcerait le rôle et la responsabilité des professionnels de santé. Un groupe de travail ministériel consacré à la sécurité des patients a ainsi été créé afin d'agir sur la sécurité au bloc opératoire en s'appuyant sur des initiatives d'orientation et de sensibilisation lancées par l'OMS (en particulier le programme « Safe Surgery Saves Lives »).

L'activité chirurgicale étant à l'origine d'un grand nombre d'erreurs, elle représente un défi qui est devenu une priorité pour les hôpitaux. Suite à la survenue en Italie de plusieurs événements indésirables graves dans les blocs opératoires, le ministère italien de la Santé a fait du lancement d'une campagne de grande ampleur visant à sensibiliser les professionnels de la santé sur la question de la sécurité chirurgicale l'une de ses priorités essentielles. C'est à cette fin qu'a été créé un manuel pour la sécurité au bloc opératoire s'inspirant des directives éditées par l'OMS pour réduire les risques chirurgicaux. Basé sur seize points qui permettent d'assurer la sécurité des processus avant, pendant et après l'opération, dix d'entre eux proviennent des lignes directrices et de la liste de contrôle publiées par l'OMS. Cette version augmentée a été élaborée et mise en oeuvre dans les hôpitaux du pays ; elle était accompagnée d'une vidéo proposant un complément d'information.

Le rôle croissant de l'oncologie interventionnelle dans le traitement multidisciplinaire du cancer Par Małgorzata Szczerbo-Trojanowska, Adam McLean.

Il a été régulièrement démontré au cours des dix dernières années que le taux de survie était plus élevé après un diagnostic de cancer du sein si la personne recevait des soins dans un hôpital à volume élevé d'activité plutôt que dans un hôpital à faible volume d'activité. En revanche, les études portant sur les dissemblances entre les processus de soins établis dans ces différents établissements sont moins fréquentes. En Belgique, un ensemble de onze indicateurs a été récemment élaboré, testé et approuvé pour évaluer la qualité du traitement du cancer du sein. S'appuyant sur les travaux antérieurs, l'étude actuelle menée en Belgique visait à comparer la survie globale et ces onze critères attachés aux processus de soins, en fonction du volume de l'hôpital.

Cette étude a démontré que les femmes atteintes d'un cancer du sein invasif traitées dans des structures à très faible volume d'activité (moins de 50 patients par an) et à faible volume d'activité (50 à 99 patients par an) avaient un risque plus élevé de décès dans les 5 ans après le diagnostic que les femmes traitées dans des hôpitaux à volume élevé d'activité (plus de 150 patients par an). Le risque de mortalité était plus élevé dans les structures à très faible volume d'activité (26 %) que dans celles à faible volume d'activité (15 %). En plus de la relation entre le

volume de l'hôpital et la survie, cette étude a démontré que l'application des processus fondés sur des analyses statistiques et scientifiques varie considérablement en fonction du volume de l'hôpital. Sur les onze processus étudiés, six étaient préférentiellement et plus souvent réalisés dans les hôpitaux à volume élevé d'activité.

L'oncologie interventionnelle, de plus en plus reconnue comme la quatrième option thérapeutique dévolue au traitement du cancer, décrit l'éventail des procédures offertes par la radiologie interventionnelle dans le domaine de l'oncologie : elle comprend nombreux traitements palliatifs et d'appoint comme l'ablation, l'embolisation, la chimio-embolisation et la radio-embolisation. L'innovation et l'évolution sont caractéristiques de la radiologie interventionnelle en général, et ce n'est pas moins vrai pour la spécialité en pleine expansion qu'est l'oncologie interventionnelle : elle bénéficie non seulement des progrès des techniques d'imagerie et interventionnelles, mais aussi des efforts enthousiastes pour faciliter la collaboration multidisciplinaire.

Un logiciel de pathologie numérique pour améliorer le diagnostic et la thérapie du cancer du sein Par Manfred Dietel, Frederick

Klauschen Le traitement du cancer du sein étant dépendant, pour le diagnostic et la décision thérapeutique, de l'évaluation qui est faite par des biomarqueurs, les soins qui sont réalisés peuvent être considérés comme un bon exemple de médecine personnalisée. Anatomopathologistes et cliniciens se mettent d'accord pour dire qu'il existe actuellement un besoin croissant d'outils fiables de quantification par des biomarqueurs capables d'appuyer les décisions thérapeutiques. L'emploi d'un logiciel pour automatiser l'analyse d'images à partir de coupes histologiques, en fournissant un aperçu de la caractérisation génétique fonctionnelle et moléculaire des tumeurs, peut aider les médecins à appréhender le cancer du sein – et d'autres types de cancer. L'hôpital de la Charité, à Berlin, travaille sur un tel projet. Il se propose de fournir aux anatomopathologistes l'accès à une information fiable, objective et standardisée capable d'éclairer les décisions thérapeutiques dans le traitement du cancer du sein.

Les services de sous-traitance pour les soins de santé : normes techniques, innovation, Horizon Scanning et benchmark

Par Ugo Luigi Aparo, Gianfranco Finzi, Barbara Gozzi

Voici une étape supplémentaire dans le processus entamé avec la parution de la « Capitolato Tecnico del Servizio di Sanificazione Ambientale in Sanità » – une liste de spécifications et d'outils à utiliser pour l'élaboration et la souscription de contrats portant sur le respect de l'environnement dans les établissements de soins de santé présentée lors du 37ème Congrès national A.N.M.D.O. qui s'est tenu à Bologne en 2011.

Parmi ses objectifs, elle souhaite la participation active des principaux sous-traitants exerçant dans les services de soins de santé, ce qui lui permettrait de définir les normes techniques, de diffuser les bonnes pratiques et d'identifier et de tester des solutions innovantes. Une attention particulière est consacrée à la place de ces services de sous-traitance au sein de l'effort qui nous est demandé pour le développement durable. Les informations et les connaissances qui ont été collectées et confirmées sont partagées et diffusées sur un site Internet dédié,

Gros plan sur la Slovaquie

Le système de santé slovaque subit depuis l'année 1990 un processus de transformation. Après les élections de 2004, alors qu'une « marchandisation » des soins de santé avait été annoncée et avait alors soulevé une grande opposition, il a connu des moments difficiles.

La Slovaquie possède 147 établissements hospitaliers de soins de santé (certains d'entre eux combinés avec des services d'aide sociale) et 35 520 lits. Ces chiffres sont très souvent sujets à variation à chaque transformation effectuée sur le système de santé : réduction du nombre de lits dans les hôpitaux, transformation des lits de soins intensifs en lits d'hospitalisation, ou réduction du nombre de soins effectués à l'hôpital, certains actes de chirurgie étant effectués en hospitalisation de jour, en soins ambulatoires ou à domicile. Le financement du système de soins de santé en Slovaquie est entièrement effectué par le système d'assurance maladie, mais le budget pour les investissements des hôpitaux publics (bâtiments, équipements coûteux) est à la charge de l'État.

L'Association des hôpitaux slovaques a été créée en 1991 avec pour objectif de défendre les intérêts communs des gestionnaires d'hôpitaux, de leur fournir un soutien mutuel, ainsi qu'une plate forme d'échange d'informations et de bonnes pratiques. L'Association des hôpitaux slovaques est une association réunissant des personnes morales et des établissements médicaux, hôpitaux ou autres, actifs sur le territoire slovaque. Elle assure le soutien de l'employeur, est apolitique et indépendante. En 1994, elle est devenue un member permanent de l'AEDH.

Published on : Wed, 16 Jan 2013