
Volume 9, Issue 5 /2007 - French

Executive Summaries

Systèmes d'Evaluation De La Qualité en Soins de Santé Une Perspective Européenne p. 14

Par Ewa Gojniczek

Un problème commun à tous les hôpitaux de l'UE est la nécessité d'une norme pour des soins de haute qualité ainsi que les moyens de la mesurer et de la garantir. Quatre approches externes de base coexistent pour l'évaluation de la qualité de la gestion du service: Certification industrielle — International Organisation for Standards (séries ISO 9000); European Foundation for Quality Management—EFQM; Visite d'inspection spécialisée, telle que Visitation (version néerlandaise du programme basé sur le peer review); et l'Accréditation en soins de santé. Toutes les méthodes comportent des éléments intéressants et précieux, mais l'accréditation et la visitation semblent être les plus adaptées aux professionnels de santé. EFQM et ISO traitent principalement de l'aspect organisationnel de la procédure.

Etudier l'Accréditation p. 18

Par le Professeur Jeffrey Braithwaite et le Dr David Greenfield

L'accréditation est devenue le catalyseur central de tous les organismes de santé dans leur quête d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Le Centre pour la Recherche en Gouvernance clinique (CCGR) de l'Université de Nouvelle Galles du Sud (Australie) poursuit une étude de l'accréditation, en utilisant EquiP comme base. Le programme CCGR de recherche sur l'accréditation poursuit deux objectifs: examiner les relations entre accréditation et performance organisationnelle (performance clinique et culture organisationnelle) ainsi que l'influence des examinateurs sur la fiabilité et les organisations dans lesquelles ils travaillent. Les résultats préliminaires soulignent les contraintes de temps associées à la conduite et à la préparation de visites de vérification sont de véritables défis. Néanmoins, il s'avère que la mise en lumière de la question de l'accréditation a été bénéfique puisqu'elle a poussé les organisations à se concentrer sur des problèmes souvent négligés.

Nouvelles Normes JCI p. 20

Par Karen Timmons

La Joint Commission International (JCI) est le bras international de la Joint Commission, qui accrédite plus de 90% des hôpitaux aux Etats-Unis. La nouvelle accréditation se concentre encore plus sur la priorité numéro un de la JCI: la sécurité du patient. Nous avons incorporé au sein des 323 normes des informations mises à jour par nos hôpitaux internationaux accrédités en matière de bonne pratique. Par exemple, les hôpitaux accrédités par la JCI doivent valider les références des prestataires de soins de santé avec les institutions qui sont censées les leur avoir fournies. Pour déterminer si un hôpital remplit les 323 normes, et leurs 1193 éléments mesurables, une enquête est effectuée sur place par une équipe de trois professionnels, un médecin, une infirmière et un gestionnaire.

Risques Pour le Patient et Frais Evitables: Six Sigma Réduit Les Variations Médicales p. 22

Par Maximilian C. von Eiff

La variation est la caractéristique principale d'un processus de soins contrôlé de façon inadéquate. Six Sigma soutient la détection du phénomène de variation et offre des instruments pour la surmonter. Six Sigma est un système ciblé de pensées, méthodes et techniques pour la réalisation et le développement de la réussite commerciale. Il est caractérisé par une compréhension des vrais besoins du client, une utilisation disciplinée des données et des faits sur base de méthodes statistiques sûres, une focalisation sur le business process ainsi que son amélioration permanente et une réorganisation orientée client. L'utilisation cohérente des outils Six Sigma est un prérequis, qu'il s'agisse de l'expertise des intervenants, ou de la conception du produit. En cette période de budgets flexibles et/ou fermés, le capital nécessaire à tout ceci est relativement facile à mobiliser.

Planification Des Capacités Dans Les Hôpitaux Allemands p. 25

Par le Professeur Ludwig Kuntz, le Dr Boris Augurzky et Roman Mennicken

En Allemagne, les hôpitaux font face à un excès de capacités suite à des incitants réglementaires inappropriés de la part de la planification hospitalière et du système de financement. En outre, depuis l'introduction des DRGs en 2004, les hôpitaux sont confrontés à un environnement plus compétitif, qui augmente la nécessité d'efficacité de la planification des capacités et de la gestion. Dans ce contexte, les alliances horizontales et verticales se révèlent souvent fructueuses et les états ont tendance à déréglementer la planification et à donner plus de liberté managériale aux hôpitaux.

Par Knut Bergsland

La plupart des hôpitaux européens devront étendre leurs capacités d'examen et de traitement à l'avenir. Ils devront aussi réorganiser et restructurer leurs fonctions de base. Il est rarement économiquement viable d'éviter les problèmes de capacité, quel que soit le financement des investissements de soins de santé. Vu que la capacité de chaque fonction est étroitement liée à son efficacité, l'organisation des procédures professionnelles est essentielle à son expansion.

Au niveau de l'hôpital, ceci peut déboucher sur un remaniement complet du travail. La facilité de l'administration hospitalière à encourager une meilleure utilisation des espaces existants peut entraîner une amélioration des résultats à un moment donné. Quand ce moment est atteint, une reorganisation créative du travail est peut-être la seule réponse aux problèmes internes. Les modes de travail habituels devraient être remis en question. La planification au niveau de l'hôpital ou du groupe d'hôpitaux devra toujours prendre en compte la situation existante en termes d'activité, de capacité et d'espace. Des résultats significatifs ne seront sans doute pas obtenus immédiatement, mais tous les hôpitaux devraient pouvoir contrôler leur capacité et leur utilisation de l'espace.

Gestion Des Lits Par RFID à l'Hôpital de l'île de Bern p. 29

Par André Calame et Gregor Hotz

L'Hôpital de l'île a testé la viabilité de l'utilisation de la technologie RFID pour la gestion des lits à l'occasion d'un projet spécifique. Les techniciens médicaux de l'hôpital ont procédé à un certain nombre de tests pour exclure la possibilité que la technologie RFID n'affecte négativement l'équipement médico-technique et les implants. Il a été démontré que l'information nécessaire pouvait être générée automatiquement, et que la corrélation entre ces informations et les données produites en parallèle sur papier était de 99,9%. Le nouveau système a parfaitement fonctionné et aucune mesure spéciale n'a été prise pour obtenir une transmission correcte des données. Comme l'hôpital est constamment informé de la localisation de tous ses lits, il est possible de satisfaire aux besoins de capacité avec 20% de lits en moins.

Ceci devrait permettre de substantielles économies durant la phase actuelle de développement.

Le Système Belge de Santé p. 31

Par Kristof Eeckloo

Le système belge de santé est principalement organisé au niveau fédéral et régional. Le gouvernement fédéral est responsable de la réglementation de l'assurance maladie obligatoire, de la détermination des critères de licence pour les établissements de soins, du financement du fonctionnement des établissements de soins, de la réglementation de la qualification des professionnels de santé, de l'enregistrement et du contrôle des prix des produits pharmaceutiques. Les gouvernements régionaux sont responsables de la prévention et de la promotion de santé, des services de maternité et de santé de l'enfant, de différents aspects des soins aux personnes âgées, de l'adoption de critères de licence des établissements de soins et du financement des infrastructures (selon des règles de base adoptées au niveau fédéral). La force du système belge de santé est que les soins sont facilement accessibles et réceptifs aux patients.

Le Système Hospitalier Belge et l'Orientation Des Réformes p. 33

Par le Professeur Marie-Christine Closon

Les hôpitaux belges sont financés en fonction des jours justifiés d'activités mesurées et du type de pathologie traitée (pris en compte dans les APRDRGs), de l'âge et du caractère gériatrique du séjour. Depuis 2007, l'impact des facteurs sociaux est également intégré. Le financement prospectif pour la médication en termes d'APRDRGs et quatre niveaux de gravité a été établi depuis 2006. Comme les médecins sont rémunérés à l'acte en Belgique, la forfaitarisation des frais médicaux rencontre une grande résistance auprès du corps médical, qui ne veut accepter une telle situation que sur base de directives médicales. Une première tentative a été entreprise. Un financement forfaitaire accru a été décidé pour 28 maladies courantes qui sont uniformes en termes de dépenses, simples en termes de procédure et pour lesquelles les modèles de consommation qui devaient significativement de la moyenne nationale peuvent être facilement identifiés.

Association Belge Des Directeurs d'Hôpitaux p. 36

Par le Professeur Eric Engelbrecht

Fondé au début des années 70 en tant qu'association de fait visant à représenter les directeurs d'hôpitaux belges, l'organisation accepte tous les membres sans distinction de statut hospitalier, de groupe linguistique ou de communauté/région. Les buts de l'association sont d'aider les directeurs d'hôpitaux à acquérir et à maintenir les compétences nécessaires pour diriger un hôpital de qualité; de promouvoir et défendre le statut des directeurs d'hôpital aux niveaux local, régional, fédéral et européen; d'encourager l'interaction entre directeurs d'hôpitaux; et d'offrir à ses membres une aide juridique. En 2002, l'association est devenue une ASBL (association sans but lucratif). Depuis son siège de Bruxelles, l'association soutient également activement l'association européenne des directeurs d'hôpitaux, dont elle est un des membres fondateurs.

Published on : Mon, 24 Dec 2007