

L'Hôpital est-il toujours une institution du soin ?

Eric Bonvin

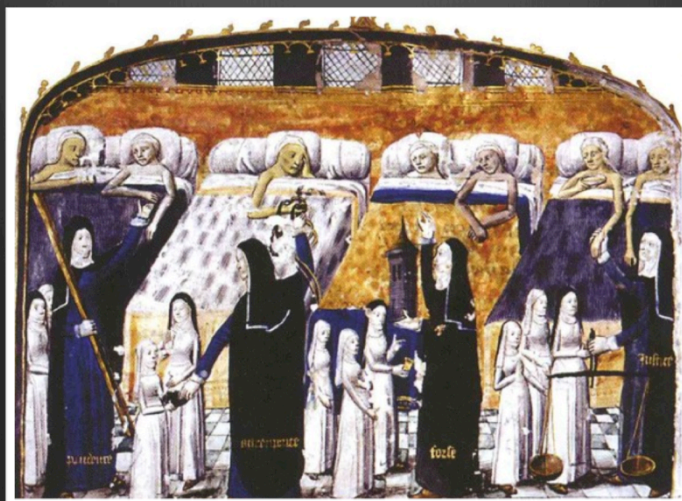
Médecin spécialiste FMH en psychiatrie & psychothérapie
Professeur titulaire – FBM UNIL
Directeur général de l'Hôpital du Valais, Sion

L'HÔPITAL ENTRE DROIT, POLITIQUE ET ÉCONOMIE(S)
21^{ème} Journée de Droit de la Santé
Institut de Droit de la Santé – Université de Neuchâtel
Vendredi 5 septembre 2014

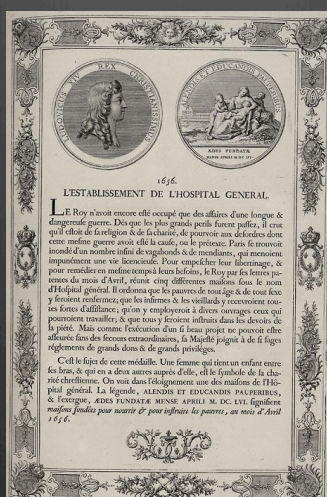
Itinéraire de réflexion

1. Evolution de l'hôpital et de la médecine dans notre culture
2. Un paradigme de notre culture contemporaine
3. Des réformes à l'industrialisation de la médecine et des institutions publiques
4. Des effets de ces réformes sur les acteurs institutionnels et du soin
5. Des pistes pour l'avenir du soin ?

L'Hôpital caritatif d'inspiration chrétienne



L'hôpital social entre Renaissance et Révolutions

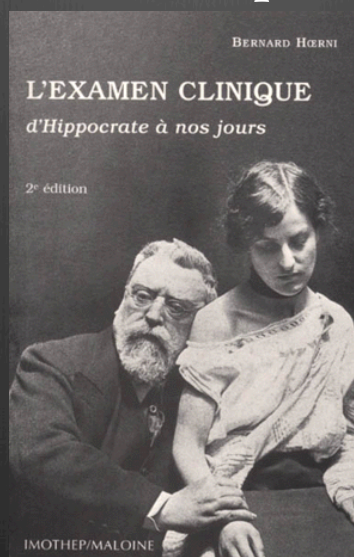


Aux origines de l'Hôpital médical



Bimaristan del Califa al-Mamun. (s. IX)

Naissance de l'Hôpital clinique en Europe



Un paradigme de notre culture contemporaine

- 2 -

Après la Seconde Guerre : une nouvelle culture

⊗ *La cybernétique*

- ⊗ Repose sur un **déterminisme informationnel**, selon lequel tout événement, qu'il soit vivant ou matériel, est conditionné par les informations qu'il émet ou reçoit.
- ⊗ Comprendre et réguler le **langage informationnel** fondamental et les **systèmes** qui véhiculent les informations, c'est accéder à la possibilité d'influencer et de **piloter** ces derniers.

Des réformes à l'industrialisation de la médecine et des institutions

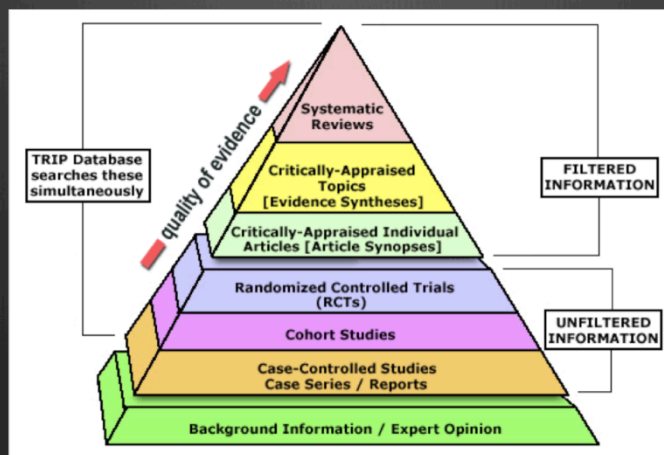
– 3 –

Les réformes de la médecine



- ⊗ Une nouvelle dimension : l'épidémiologie **clinique**
- ⊗ Un outil scientifique : l'essai clinique randomisé
- ⊗ Une méthode clinique *objective* :
La médecine fondée sur les preuves (*Evidence Based Medicine*)

Les réformes de la médecine



- ⊗ L'académie et la recherche rejoignent les nouveaux Centres Hospitalo-Universitaires (CHU)

L'industrialisation de l'hôpital

- ⊗ Le **produit** de l'activité hospitalière peut être **mesuré** et **évalué** en vue d'augmenter sa **productivité**.
- ⊗ le *Diagnosis Related Group – DRG*
 - ⊗ le **soin** délivré par le soignant (interchangeable) est **standardisé**
 - ⊗ une **rétribution** de production d'actes de soin sur la base d'un **prix négocié**
 - ⊗ le **patient** est assimilé à un **consommateur de soin**
 - ⊗ le tout basé sur une **logique concurrentielle**
 - ⊗ la **prestation** est réduite à son seul aspect **technique** et **expurgée** au **maximum** de son temps **non-spécifique** (diminution des DMS)
- ⊗ Des systèmes de **contrôle des professions** par la gestion de la **qualité** des soins et des **risques** par l'apprentissage de l'erreur et des incidents.

La nouvelle gestion des institutions

- ⊗ Dès 1980 :
 - ⊗ Adoption des principes de la gouvernance d'entreprise
 - ⊗ « *Corporatization* » des hôpitaux
 - ⊗ Arrivée de **nouveaux gestionnaires** qui prennent les commandes
- ⊗ Dès 1990 :
 - ⊗ Les élus et gouvernements souhaitent reprendre le contrôle sur les services publics
 - ⊗ Nouveaux moyens de planification et de contrôle «à distance »
 - ⊗ Introduction des principes de *contractualisation* et de *redevabilité* entre toutes les couches du système
 - ⊗ Passage de l'obligation de **moyen** à l'obligation de **résultat**
 - ⊗ Instauration d'un contrôle des coûts basés sur les **résultats**
 - ⊗ Introduction de la notion d'**efficience** (qualité-économicité)

Application du paradigme managérial à l'hôpital médical

- ⊗ Un nouveau contrôle sur les hôpitaux (LAMal)
 - ⊗ Transfert des hôpitaux publics aux Cantons qui :
 - ⊗ Assurent la planification hospitalière publique
 - ⊗ Délèguent la responsabilité de la gestion des hôpitaux à de nouvelles instances (CA, CE, CF, services ad hoc)
- ⊗ Les médecins sont invités à participer à la gestion de l'entreprise (insertion de nouveaux départements et unités de gestion)
- ⊗ L'hôpital médical est géré par des normes alliant :
 - ⊗ L'*Evidence Based Medicine* (EBM)
 - ⊗ Le *New Public Management* (NPM)
 - ⊗ Les systèmes d'assurance de la qualité et de gestion des risques (QS)
 - ⊗ La tarification de l'activité par les *Diagnosis Related Groups* (DRG)

La rhétorique de marché

- ⊗ Le **patient** est ramené à un statut de **consommateur** régulateur du marché : son libre choix détermine la demande
- ⊗ Le **médecin** est un **prestataire** censé assurer une offre concurrentielle de soin
- ⊗ Le **soin** est un **produit** standardisé (comparable et concurrentiel)
- ⊗ **L'hôpital** devient une **entreprise de production industrielle** de prestations techno-scientifiques
- ⊗ Le **prix** est introduit par la **tarification** de la prestation

La médecine et l'hôpital d'aujourd'hui

- ⊗ **La médecine**
Traite les dérèglements organiques par des prestations techniques appliquées selon des procédures scientifiques et objectives standards
- ⊗ **L'hôpital**
Une entreprise industrielle de production de prestations bio-technologiques à la quelle l'état délègue, sous contrôle *à distance*, des prestations publiques planifiées dans le but de maîtriser les coûts selon les règles de l'économie de marché

Des effets de ces réformes sur les acteurs institutionnels et du soin

– 4 –

L'évolution des institutions publiques et son impact sur ses acteurs

- ⊗ Le contrôle des flux informationnels exige :
 - ⊗ la **transparence**
 - ⊗ la **standardisation** et la **rationalisation** des pratiques
 - ⊗ une nouvelle forme de **bureaucratie**

- ⊗ ... ayant un impact direct sur les acteurs du soin :
 - ⊗ en nivelant toute spécificité professionnelle
 - ⊗ en restreignant l'autonomie des professions et leur pouvoir d'évaluation/régulation de leurs propres pratiques
 - ⊗ en priorisant les aspects économique-industriels du soin
 - ⊗ objectivant le soin et en réifiant ses acteurs

L'idéal actuel de la relation médecin – malade

Un **médecin scientifique**
exposant objectivement les faits
tels qu'ils se présentent et les options possibles
à
un **malade libre et éclairé**,
choisissant en toute connaissance de cause,
un **soin rationnel** défini par un **guide** de bonnes
pratiques certifiés par les experts

Le tout étant formalisé dans un **contrat de soin**

L'évolution de la médecine et son impact sur ses acteurs

- ⊗ La **médecine clinique** se basait sur une **relation de confiance** entre le médecin et son malade
- ⊗ La **médecine scientifique** se base sur une **relation de confiance culturelle dans la technologie**
- ⊗ De la relation de confiance tacite entre soignant et soigné nous assistons aujourd'hui à une **relation de méfiance** réciproque **arbitrée par l'exigence d'une contractualisation** explicite et signée par les deux parties (déclarations de consentement)
- ⊗ C'est la méfiance qui déplace la confiance entre les personnes vers la **confiance dans les contrats**

Discussion sur le système sanitaire et hospitalier actuel

- ⊗ La médecine ne peut être jugée que sur sa capacité à produire :
 - ⊗ de la **qualité de vie** (soulagement des souffrances)
 - ⊗ de la **quantité de vie** (espérance de vie)
- ⊗ La **qualité socio-relationnelle** du soin prodigué modifie la perception de la souffrance endurée comme celle du soulagement obtenu.

L'hôpital industriel est-il encore une institution du soin ?

- ⊗ Le médecin
 - ⊗ perd son statut de professionnel indépendant.
 - ⊗ n'est plus la référence du soin (ce sont les recommandations des experts)
 - ⊗ il rejoint la liste des professionnels qui assurent la production.
- ⊗ Le malade
 - ⊗ perd son statut de personne souffrante en détresse
 - ⊗ devient un **assuré/consommateur** disposant du choix des prestations que le marché lui propose
- ⊗ Le lien soignant-soigné
 - ⊗ est réduit à sa seule composante technique (pénurie de temps socio-relationnel)
 - ⊗ n'est plus une relation légitimée par un engagement de confiance mutuel
 - ⊗ devient un rapport contractuel formel, compté, fondé sur la **méfiance**
 - ⊗ aspects humains confiés à d'autres professions : juriste, psychologue, médiateur, etc.

Des pistes pour l'avenir du soin ?

- 5 -

Que faire ?

- ⊗ **Donner du temps à :**
 - ⊗ un **climat de confiance** réciproque entre les acteurs du soin
 - ⊗ une **convivialité institutionnelle** : les moyens sont asservis aux besoins des **acteurs humains** et à la seule **finalité du soin**
 - ⊗ une **intégration des aspects humains** non spécifiques de la relation thérapeutique dans la formation, les savoirs et les pratiques du soin : donner du temps à relation sociale non spécifique

 - ⊗ **Réorienter** la planification et la gestion **de la médecine et l'hôpital dans leur vocation** d'accompagnement et de soulagement de la souffrance des personnes malades et en détresse
- Les évaluer prioritairement à l'aune de leur utilité sanitaire

*Si l'hôpital veut se développer durablement
dans sa mission de soin,
il doit alors réveiller le potentiel humain
qui sommeille dans la médecine !*