

Concours national
Promotion de l'Ethique Professionnelle
co-organisé par le Rotary et la Conférence des Grandes Ecoles

Ethique et performance hospitalière : l'impossible alliance ?

Faustine FRANCOU – Emilie CROZIER

Faculté de Médecine Jacques Lisfranc , Université Jean Monnet de Saint-Etienne, 10 Rue de
la Marandière, 42270 Saint Priest en Jarez



Démarche :

Depuis le début de nos études médicales, le concept d'éthique professionnelle est présenté comme l'un des piliers de notre formation actuelle et de notre métier futur. Pour la plupart d'entre nous, étudiants en médecine, le choix de cette filière est une « vocation », motivée par l'envie profonde de l'aide envers l'autre, dans le respect et la dignité de la personne humaine.

Durant nos trois premières années d'études, l'essentiel de la formation est théorique. En dehors de l'apprentissage initial des matières médicales, des journées à thème et des conférences sont réalisées autour de sujets d'éthique : éthique et laïcité, éthique et pudeur dans les soins... On nous incite à réfléchir à ces grandes notions afin d'enrichir notre future pratique professionnelle.

C'est ainsi plein de bonnes intentions et certainement d'un peu de naïveté que nous avons été plongés cette année dans la réalité. En quatrième année nous devenons externes, et sommes ainsi en stage tous les matins à l'hôpital, au plus proche des patients et du monde hospitalier. Ce sont les premiers gestes, les premiers soins, les premières émotions, mais aussi les premiers questionnements.

Dans ce monde hospitalier que nous pensions guidé par l'éthique, nous nous retrouvons face à un paradoxe permanent et visible dans chacun des services où nous sommes amenés à nous former : le rendement. En effet, chaque jour, les soignants se retrouvent face à deux entités à première vue non compatibles : assurer le soin le plus complet possible à chacun des patients hospitalisés, mais devoir faire des choix de manière à « faire tourner » le service comme cela est dit, car un certain nombre d'entrées de patients sont prévues chaque jour, nécessitant de fait le même nombre de départs journaliers.

Le point de départ de cet essai a donc été une profonde remise en question personnelle du monde hospitalier, que nous avons décidé d'approfondir par un travail de documentation et d'information à ce sujet.

Plusieurs questions se posent alors : l'éthique dans les soins est-elle en train d'être noyée sous une société qui prône la rentabilité et la performance ? Quels sont les réels problèmes et enjeux à l'origine du paradoxe entre le rendement hospitalier, l'offre de soins, et l'éthique ? Quelles sont les répercussions de ce paradoxe sur les patients et les soignants ? Quelles solutions pourraient être envisagées pour replacer l'éthique dans le cœur du fonctionnement du monde de la santé ?

Résumé de l'essai :

Tout d'abord, il nous semblait indispensable de définir les concepts d'éthique et de rentabilité et de les intégrer dans le contexte médical, dans le but de poser les bases du paradoxe existant actuellement dans notre système de santé.

Ensuite, nous nous sommes penchés sur la place de l'éthique dans un système hospitalier prônant la performance, à la fois du point de vue des patients, mais aussi de celui des soignants, premiers concernés par les dangers de cette politique.

Enfin, il nous a paru pertinent de confronter les pistes d'amélioration évoquées par le Comité Consultatif National d'Éthique, et notre réflexion personnelle, afin de repenser la place de l'Humain au cœur des soins.

Bibliographie

- Grimaldi A. (2009) *L'hôpital, malade de la rentabilité*. Paris : Fayard
- Pierru, F. (2013). 8. Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratization néolibérale de l'hôpital français et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire. Dans *La bureaucratization néolibérale* (pp. 203-230). Paris: La Découverte.
- France info. "On ne tient plus compte de la qualité des soins mais du chiffre d'affaires" : l'hôpital public en souffrance <https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/video-on-ne-tient-plus-compte-de-la-qualite-des-soins-mais-du-chiffre-d-affaires-l-hopital-public-en-souffrance_2607284.html > (consulté le 14 février 2018)
- Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé (2007), AVIS N° 101 : Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier
- *Libération*, Malaise à l'hôpital : la parole se libère de manière virale, Eric Favereau 12 février 2018
- *L'Opinion*, Financement de l'hôpital : un système à bout de souffle, Mireille Weinberg ,11 Février 2018
- *Le Parisien*, Le malaise s'accroît à l'hôpital, Florence Méréo, 19 octobre 2016
- *Le Parisien*, Comment le gouvernement veut moderniser hôpitaux et cliniques, Daniel Rosenweg| 12 février 2018
- Pierre-André Juven, « « Des trucs qui rapportent ». Enquête ethnographique autour des processus de *capitalisation* à l'hôpital public », *Anthropologie & Santé* [En ligne], mis en ligne le 06 février 2018, consulté le 15 février 2018. URL : <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/2860>

Introduction

Le fonctionnement d'une société inclue à la fois des valeurs morales et l'application la plus juste de celles-ci pour créer un mode de fonctionnement et d'organisation économique performant.

Ainsi, notre société actuelle française s'inscrit dans un paradoxe : réduire les inégalités tout en exhortant rentabilité et performance, et ce de manière universelle, quels que soient les domaines d'activité. Cependant il est légitime de se demander si cette recherche de performance peut s'appliquer au monde hospitalier -initialement voué à un objectif de solidarité et de soins aux plus vulnérables- et ne pas altérer la dimension éthique du soin et de la prise en charge, que ce soit pour le soignant ou pour le patient. L'enjeu capital du système de santé français apparaît ainsi de prodiguer le juste soin au juste coût.

En effet, le système de santé français est régulièrement mis à l'honneur, générant une certaine fascination, de par sa capacité à assurer une prise en charge universelle de la population et par la disponibilité de technologies de pointe extrêmement performantes. Mais en pratique, comment peut-on concilier l'Humanité, essence des professions médicales, avec une politique hospitalière proche de celle d'une activité d'entreprise ?

I) Place de l'éthique et de la performance dans le monde hospitalier

A. Le soin éthique

L'éthique se définit comme une partie de la philosophie qui concerne les fondements de la morale, et donc l'ensemble de conduites, qui sont considérées comme bonnes de façon absolue. L'éthique professionnelle a pour but de réglementer les activités qui ont lieu dans le cadre d'un métier. Elle étudie ainsi les contraintes de la déontologie professionnelle.

Soigner avec humanité semble être au fondement de la vocation médicale. En effet, historiquement, les soins rassemblent l'ensemble des actes par lesquels on s'occupe avec bienveillance de quelqu'un. Il y a donc une dimension de sollicitude dans cette attention portée à l'autre, caractéristique de la démarche éthique soignante.

Celle-ci s'interroge sur la valeur, le sens, et les conséquences de nos actions en tant que soignant, car la spécificité du monde hospitalier est que tout acte est centré sur l'humain.

L'éthique professionnelle médicale repose sur des valeurs universelles définies par la société, et encadrée par la loi, la déontologie et les institutions. Elle implique une responsabilité des soignants à la fois pénale, civile, déontologique et morale.

Ainsi, l'éthique médicale est un repère avec lequel le médecin se doit d'évoluer tout au long de sa carrière professionnelle, en n'omettant jamais que chacun patient est singulier, avec ses enjeux, ses angoisses, ses valeurs, et qu'il n'existe pas de prise en charge universelle pour une pathologie donnée.

« La réflexion éthique commence toujours par la question : que dois-je faire pour être plus humain ? » Xavier Thévenot, La Bioéthique.

B. Performance hospitalière : contraintes et moyens

La rentabilité représente la faculté de dégager un gain monétaire. Elle est le rapport entre un revenu obtenu ou prévu et les ressources employées pour l'obtenir. Cette notion s'applique notamment aux entreprises, mais aussi au monde hospitalier.

Il ne faut pas considérer la rentabilité hospitalière comme la machine venue déshumaniser le système de soins mais comme la clé d'une bonne viabilité de celui-ci. En effet, le système hospitalier se doit de répondre aux besoins d'une population toujours plus importante et consommatrice de soins. En conséquence, celui-ci doit être efficient afin d'engager du personnel, investir dans la recherche et acquérir de nouvelles technologies médicales poussées, bénéfiques aussi bien sur la qualité des soins que sur l'attractivité du centre hospitalier, permettant alors une augmentation de l'activité.

Le plan Hôpital de 2007 est à l'origine de tarification à l'activité (T2A) qui constitue désormais le mode de financement des établissements de santé. Elle consiste à calculer à partir d'une mesure de l'activité produite (conduisant à une estimation des recettes) les ressources allouées à chaque établissement. Pour se faire, il existe un recueil de données systématiques à partir duquel le Ministère de la Santé fixe annuellement un tarif pour chaque groupe homogène de malades (patients ayant une même atteinte organique et/ou fonctionnelle) associé à un groupe homogène de séjour (équivalent financier alloué à une même atteinte).

Cette définition laisse entrevoir les principales réticences à l'encontre de ce système qui ne considère pas le patient en tant que personne à part entière, mais uniquement via la pathologie dont il est atteint. Or, une même pathologie peut avoir un retentissement totalement différent en fonction du contexte de vie, de la santé physique et psychique, des angoisses et des croyances de chaque individu.

De plus, baser les ressources allouées aux établissements de santé sur une mesure de l'activité pousse à multiplier les actes (et donc les patients), ce qui nécessite de diminuer les temps de séjour, afin de maintenir ou augmenter son enveloppe budgétaire.

II) Les limites d'un système prônant la rentabilité

A. Le patient et l'expérience de sa maladie face aux décisions médicales en milieu hospitalier

Par essence, un patient est, du fait de sa maladie et de ses répercussions biologiques, psychologiques, professionnelles, familiales, sociales et spirituelles, vulnérable. La relation soignant-soigné se caractérise donc par une asymétrie, le soignant ayant des connaissances et des moyens, alors que le patient peut être dans l'ignorance et ainsi dans la dépendance vis à vis du corps médical. L'environnement hospitalier peut paraître imposant et effrayant, ce qui ajouté à l'inquiétude de la maladie, amène facilement le malade à une position de confiance totale concernant les décisions médicales prises par les soignants.

D'autre part, le patient n'est pas décisionnaire de sa date de sortie. Ainsi, même s'il trouve son retour à domicile prématuré en regard de son état physique et psychique ou de son contexte social, cette confiance envers les décisions médicales peut devenir délétère et être à l'origine d'une incapacité à contredire ce verdict, aggravant ainsi le mal-être du patient et compromettant le bon déroulement de son retour à la maison. En d'autres termes, le patient va considérer que le soignant, ayant toutes les connaissances adéquates, prend forcément la bonne décision à son égard, et même s'il ne se sent pas capable de rentrer chez lui aussi rapidement, il ne va pas oser remettre en question cette décision (ce qui aggrave d'autant plus l'asymétrie de la relation).

Le retour à domicile prématuré peut être vécu par le patient comme une volonté de rentabilité de l'hôpital, qui considère que son état physique n'est « pas assez grave » par rapport à la nécessité d'accueillir de nouveaux patients dont l'état est jugé plus critique. De plus, avec la multiplication des intervenants et l'hyperspécialisation, le patient peut se sentir décontenancé, et avoir l'impression de ne pas être réellement écouté : l'hôpital est de plus en plus comparé à une « usine », sans réelle prise en compte de la personne.

Cette gestion hospitalière est-elle à l'origine d'une course à la rentabilité au détriment de la l'humanité et de la bienveillance des soins ?

Dans la même lignée, la Haute Autorité de Santé, a depuis 2010 fait du développement rapide de la médecine et chirurgie ambulatoire une priorité, poussant les hôpitaux à diminuer au maximum les durées d'hospitalisation. En effet ce type de prise en charge est très rentable car à la fin de l'acte, le patient retourne à domicile, permettant alors d'éviter le surcoût des repas, des nuitées d'hospitalisations et de tous les soins qui l'accompagnent. Cependant, ces retours à domicile précoces, ambulatoire ou hospitalisation, peuvent être vécus comme de véritables violences avec un patient ne se sentant pas prêt à devenir le principal acteur de sa prise en charge.

Pour exemple concret, en France le temps moyen de séjour à l'hôpital post accouchement était de 5,3 jours en 1997 et de 4,3 jours en 2010, avec une tendance toujours à la baisse. Si pour la majorité des parents le retour à la maison est plus qu'attendu, certains rencontrent des difficultés d'adaptation à cette nouvelle vie. L'entourage paramédical qui auparavant avait plus de temps pour repérer, accompagner et conseiller ces jeunes parents peut passer à côté d'une situation de détresse. En périnatalité, l'un des risques majeurs est représenté par les dépressions post partum ou les problèmes psychiques maternels pouvant avoir des conséquences importantes dans cette période charnière de la vie familiale. Ainsi, une femme sur cinq s'estime insuffisamment préparée à la sortie de maternité¹.

Si cette évolution des pratiques peut être remise en cause par les patients, elle peut aussi être à l'origine d'un décalage entre les convictions d'un soignant et les réalités de sa pratique hospitalière.

B. Une politique arbitraire anxiogène pour les soignants

Au cours des formations médicales et paramédicales, les aspects de gestion et de finance hospitalière ne sont pas abordés. La réalité des pratiques peut donc susciter une incompréhension pour des soignants dont la principale motivation est l'aide et le dévouement à l'autre.

Nous prendrons ici l'exemple des internes, qui constituent l'interface permanente entre le patient et le corps médical.

Dans un service, tous les matins, l'interne effectue un tour des patients, visant à faire le point sur l'avancée des examens avec le corps médical, et sur la prise en charge avec le patient. Ce tour est aussi l'occasion d'évoquer le devenir du patient, et donc de planifier la gestion du service. Lors des tours professoraux, une des questions majeures du médecin à l'interne est la date de départ prévue pour chaque patient. Cette hiérarchie peut parfois pousser l'interne, consciemment ou inconsciemment, à planifier des sorties pour « faire tourner le service ». Si l'interne estime qu'aucun des patients n'est en état de quitter le service, le docteur en charge du tour médical va généralement réexaminer les dossiers pour inciter à un ou plusieurs départs (et donc potentiellement une ou plusieurs nouvelles entrées).

De plus, il existe aussi une pression de la part des cadres de santé, qui sont en charges de la planification des entrées et viennent donc régulièrement se renseigner sur le nombre de départs afin d'organiser l'arrivée des nouveaux patients, mais aussi de la part d'autres services (en particulier des urgences) qui appellent fréquemment pour connaître le nombre de lits vides du service. Certaines hospitalisations étant programmées plusieurs semaines à l'avance, il est nécessaire d'avoir une place le jour convenu, ce qui peut être complexe car l'état des patients actuels n'est pas prévisible.

L'ensemble de ces pressions au turn-over du service, peut être difficile à appréhender pour l'équipe, et entraîner une certaine frustration et désillusion.

A ce titre, nous avons fait un état des lieux de nos services respectifs en interrogeant le personnel médical (5 internes et 5 médecins) sur son expérience et son ressenti concernant cette problématique, à travers quatre questions.

¹ DREES étude et résultats septembre 2008

Tout d'abord, nous leur avons demandé s'ils ont déjà eu l'impression de laisser sortir des patients dont la situation aurait pu mériter une hospitalisation plus prolongée. La majorité des concernés répondent oui (7 sur 10, dont 4 internes et 3 médecins).

La seconde question était : « Avez-vous déjà ressenti une forme de pression à laisser sortir des patients afin d'accepter de nouvelles entrées ? ». La réponse est positive (6 sur 10), mais nous constatons une réelle différence entre les internes qui répondent unanimement oui, et les médecins dont la réponse est majoritairement négative. Cela reflète bien la position complexe des internes, qui doivent concilier les avis hiérarchiques avec la réalité du patient.

La troisième question se formulait ainsi : « Pensez-vous que la politique hospitalière actuelle pousse à penser rentabilité au détriment de l'Humain ? Si oui, pourquoi ? ». Nous trouvons ici des réponses beaucoup plus nuancées. En effet, si la majorité pense que l'organisation actuelle pousse à la performance et la rentabilité, peu d'entre eux considèrent que cela se fait au détriment de l'Humain, en argumentant qu'une personne bienveillante et dévouée peut tout à fait exercer son métier avec éthique et empathie tout en essayant de répondre aux obligations de gestion hospitalière.

C. Tarifcation à l'activité : un système inadapté ?

La tarification à l'activité (T2A) n'apparaît pas pertinente pour tous les secteurs d'activités. En effet, la psychiatrie, la gériatrie ou encore la pédiatrie, dont les missions apparaissent plus orientées vers l'écoute et non les gestes techniques, non prises en compte par la T2A, ne peuvent être évaluées de façon pertinente par ce système de cotation.

De plus, qu'en est-il du temps de parole donné par une infirmière entre deux prises de sang cotées ? Celui-ci n'est ni valorisé mais ni pris en compte. Or de nombreuses études montrent que ces temps de paroles sont nécessaires pour la santé globale du patient mais aussi pour l'estime du soignant dans son travail.

III) Quelles solutions pour repenser l'éthique dans ce système ?

Le Comité Consultatif National d'Éthique (Avis n°101) développe plusieurs axes d'amélioration.

Tout d'abord, adapter les échelles d'évaluation des activités afin de traiter les différentes missions de l'hôpital : actes techniques, prévention, recherche, diagnostic et thérapeutique.

Il serait souhaitable de s'assurer du maintien du lien social après retour à domicile, afin d'éviter l'exclusion, préjudiciable à la bonne poursuite des soins.

De plus, réintroduire la pathologie mentale comme un axe prioritaire apparaît nécessaire du fait de son retentissement médico-social.

D'autre part, des éléments supplémentaires qualitatifs doivent être pris en compte dans la cotation des actes, celle-ci ne pouvant se baser uniquement sur des gestes techniques au détriment du prendre soin, afin de ne pas négliger le « care » (au sens de prendre soin, porter attention), au profit exclusif du « cure » (soigner).

Enfin, approfondir la concertation entre l'ensemble des acteurs de santé et les responsables décisionnels est fondamental dans le but de maintenir une réflexion multidisciplinaire sur cette thématique.

De notre point de vue étudiant, il nous semble indispensable de former les futurs professionnels de santé aux questions de gestion et obligations hospitalières, en l'abordant sous un angle permettant de mettre en avant l'humanité dans les soins, qui n'est pas incompatible avec une certaine rigueur d'organisation. Cela permettrait de mieux préparer les futurs praticiens à la réalité du terrain et d'éviter les désillusions tout en maintenant une réflexion permanente sur cette problématique.

Il apparaît également judicieux de sensibiliser les soignants actuels aux questions d'éthique, qui peuvent parfois être délaissées au fil des années, afin de réfléchir avec eux à des améliorations concrètes des pratiques.

Cette réflexion éthique apparaît indispensable à la bonne pratique professionnelle de chaque soignant, en privilégiant l'essence de sa vocation : l'Humain.

Conclusion :

La garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. Si la politique hospitalière actuelle apparaît perfectible, elle reste une référence internationale, car elle a permis de faire de la médecine française une médecine très performante.

Cependant, la quête du profit risque d'aboutir à des dérives qu'il convient de dénoncer. L'enjeu est désormais de trouver le meilleur équilibre entre adaptation permanente du système de santé et préservation de la dimension éthique et sociale du soin.

Notre réflexion sur l'éthique professionnelle nous a permis repenser notre formation et notre pratique, et de prendre conscience que nous devons le faire tout au long de notre carrière, de manière à toujours prioriser le patient dans sa globalité.

La transformation permanente de l'offre de soins aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques et aux besoins démographiques, justifie plus que dans n'importe quelle activité humaine des choix éclairés, courageux, et expliqués aux patients, et dans le même temps susceptibles d'être constamment remis en question, en gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.