

HUMANISME ET SOIN : UNE EVIDENCE ?
Colloque GERACFAS – Mardi 29 novembre 2011

Réformes et contraintes économiques :
Menace ou opportunité pour nos valeurs soignantes ?



Dr Eric KARIGER



HUMANISME ET SOIN : UNE EVIDENCE ?
Colloque GERACFAS – Mardi 29 novembre 2011

**Réformes et contraintes économiques :
Menace ou opportunité pour nos valeurs soignantes ?**

Dr Eric KARIGER

Les réformes : 50 ans d'histoire

Les années 50 – 60 L'expansion

- Vaste mouvement de modernisation
 - organisation des études de médecine et création des C.H.U.
 - aménagement et équipement d'hôpitaux et d'écoles paramédicales
- Les mesures d'encadrement
 - instauration du régime de déclaration préalable pour les établissements de soins privés
 - introduction d'un numerus clausus pour les études médicales
 - adoption de la carte sanitaire
 - assujettissement des créations et équipements, publics et privés, à l'autorisation préalable

Les années 70 - 80

- La réforme hospitalière
 - adoption de la loi du 31 décembre 1970
 - poursuite du mouvement de modernisation des hôpitaux, construction et équipement
- La maîtrise des dépenses
 - imposition de taux directeurs de progression des dépenses des établissements assurant le service public hospitalier
 - réforme du mode de financement des établissements assurant le service public hospitalier
 - système des enveloppes de financement

Les années 90

- **Une nouvelle réforme hospitalière, la loi du 31 juillet 1991**
 - introduction de schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale
 - réforme des règles de financement
 - introduction de la notion de "projet d'établissement"
- **Les ordonnances du 24 avril 1996**

Les ordonnances du 24 avril 1996

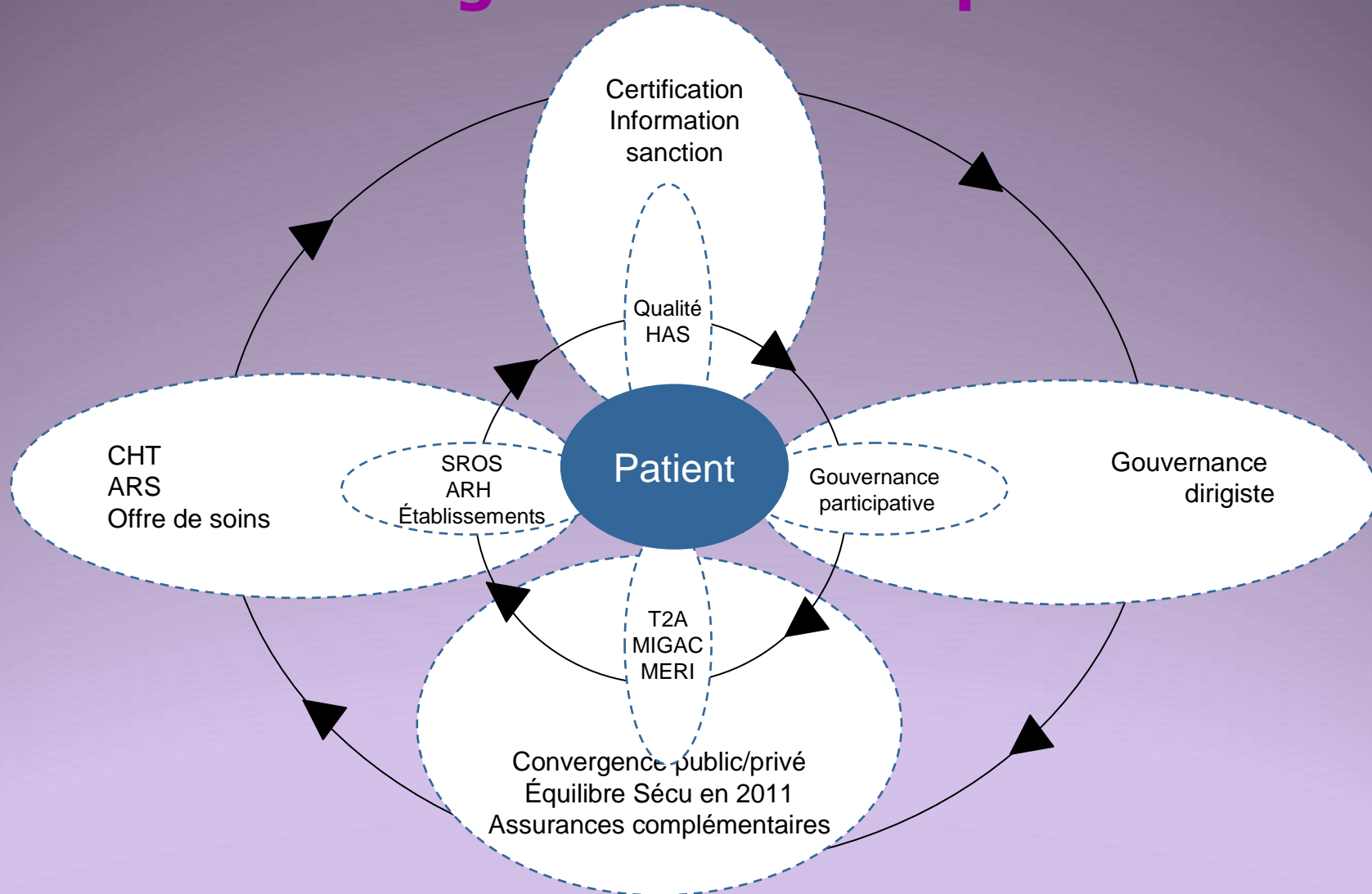
- objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement
- création des Agences régionales de l'hospitalisation
- caractère contraignant conféré aux schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (annexe opposable)
- instauration de l'évaluation des établissements de santé
- lien étroit établi entre les projets d'établissement, la conclusion de contrats d'objectifs et l'allocation de moyens
- renforcement des dispositifs de mise en commun de moyens, de regroupement, de constitution de réseaux et plus généralement de coopération entre établissements

Les années 2000

- 2003,
 - le Plan Hôpital 2007, Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services médico-sociaux soumis à autorisation
- 2004,
 - la loi de Santé Publique
 - la loi portant réforme de l'assurance maladie
 - la loi de décentralisation
- 2009,
 - la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

Réformes H 2007 - HPST

« Changement de braquet »



LA LOI HPST

**Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire
n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant
réforme de l'Hôpital et relative aux
patients, à la Santé et aux Territoires.**

**(rapport LARCHER avril 2008, états
généraux de la Santé ...)**

LA LOI HPST - FONDAMENTAUX

4 TITRES :

Titre 1 : Hôpital

Modernisation des Établissements de Santé

- missions de service public des Établissements de Santé
- statuts et gouvernance des Établissements de Santé
- ANAP
- facilitation des coopérations entre Établissements de Santé grâce aux Communautés de territoire et GCS

LA LOI HPST - FONDAMENTAUX

4 TITRES :

Titre 2 : Patients

Accès de tous à des soins de qualité

- **Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population – Médecin de premier recours**
- **Missions du Pharmacien d'officine**
- **Maison de santé et Pôles de Santé**
- **Formation médicale initiale et répartition des internes**
- **Limitation du refus de soins par les médecins et les dentistes**
- **Développement Professionnel Continu**
- **Ordres**
- **Télémédecine**

LA LOI HPST - FONDAMENTAUX

4 TITRES :

Titre 3 : Santé

Prévention et santé publique

- **Éducation thérapeutique du Patient**
- **Dopage, alcool**
- **Obésité**
- ...

LA LOI HPST - FONDAMENTAUX

4 TITRES :

Titre 4 : Territoires

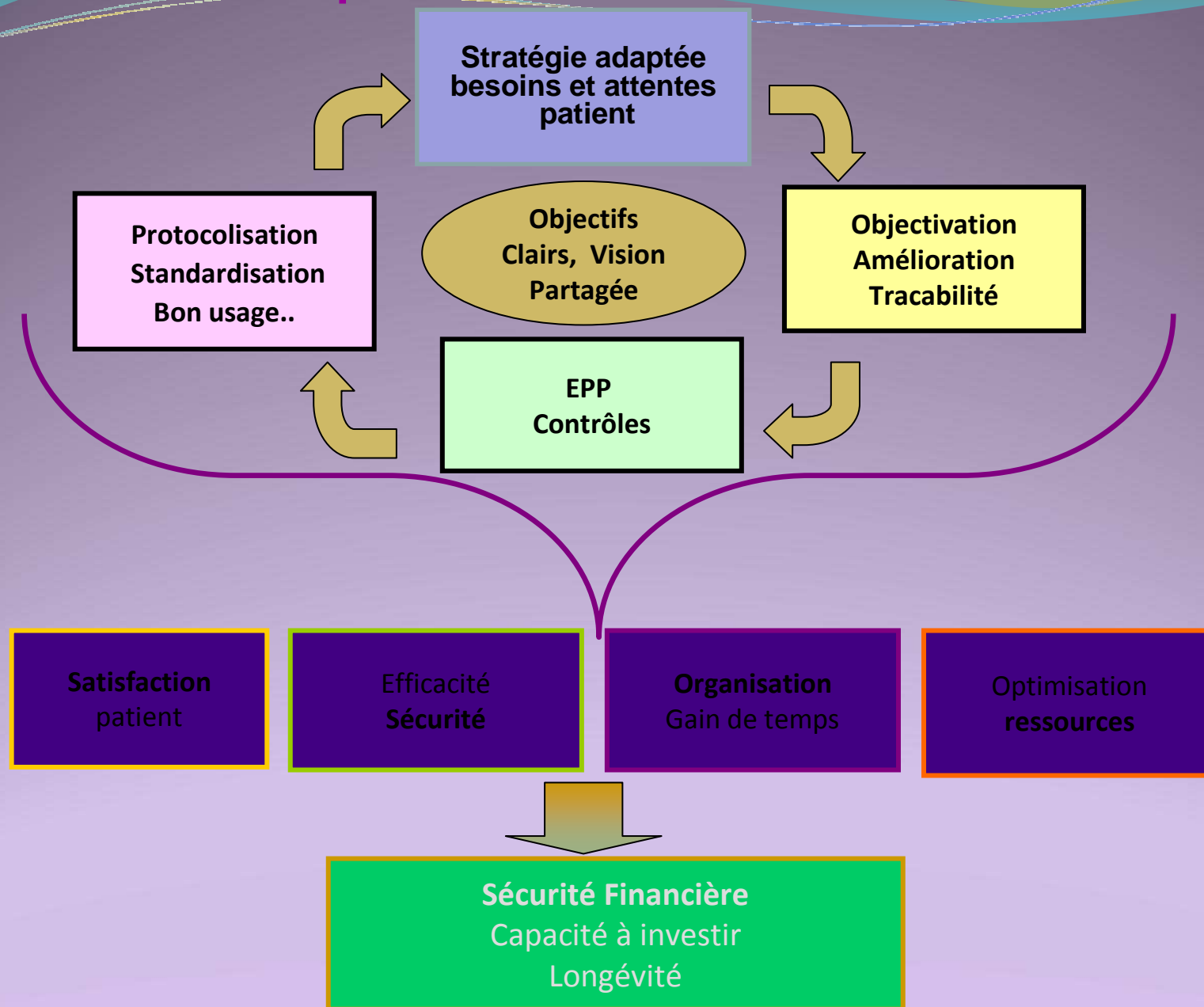
Organisation territoriale du système de santé

- **création des ARS avec missions et compétences**
- **organisation et fonctionnement des ARS**
- **coordination des ARS : le conseil national de pilotage**
- **planification régionale de la politique de santé, modalités et moyens d'intervention des ARS.**

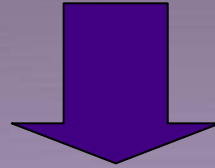
Les 6 réformes

- 1/ Les missions de service public ouvertes à tous les EPS.
- 2/ Convergence public/privé (l'Assurance - Maladie se tournera vers le plus efficient) - 2018
- 3/ Réforme des CHU en lien avec la réforme de l'université (GCS, fondation). Instituts hospitalo-universitaires
- 4/ Les CHT - pivot de l'organisation, mais uniquement volontariat.
- 5/ Une gouvernance entrepreneuriale édulcorée (organigramme, statut, comptes certifiés, équilibre, intéressement).
- 6/ Les ARS à la manœuvre sous l'impulsion d'un secrétaire général avec l'opposition de la CNAM.

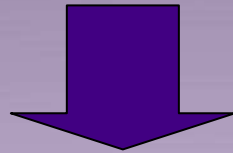
Les clés de la performance



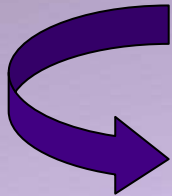
LA PERFORMANCE



Résultante de la performance médicale



Agir sur ce qui n'est pas financier : organisation, qualité du service rendu, parcours du patient, circuit de l'information etc ...



Le résultat est le produit de la performance médicale avec une administration performante.

LA LOI **HPST** À L'HÔPITAL

LES CLÉS POUR COMPRENDRE



Des besoins illimités !!!

- Vieillissement de la population
- Maladies chroniques
- Technicité de plus en plus performante.. Mais aussi coûteuse...
- Attentes sociales des nouvelles générations

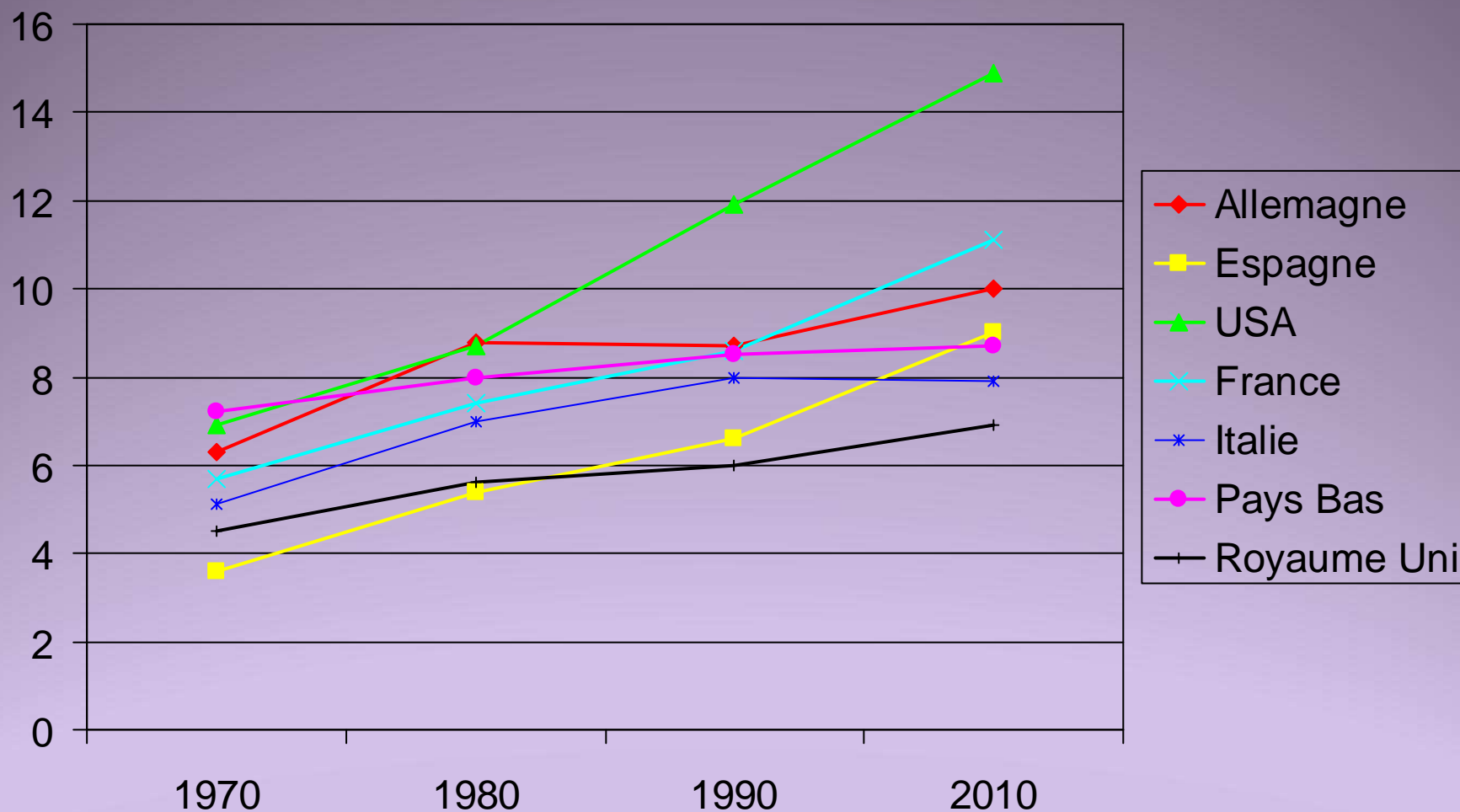
Moyens financiers : Contexte macro-économique difficile

- Déficit public de 6% par an
- Dette publique de + 80% du PIB
- Taux de croissance en berne : 0,2% annoncé pour 2012 !
- La loi des rendements décroissants
- Le coût d'opportunité : Savoir hiérarchiser !
- La rationalité limitée : Savoir innover !



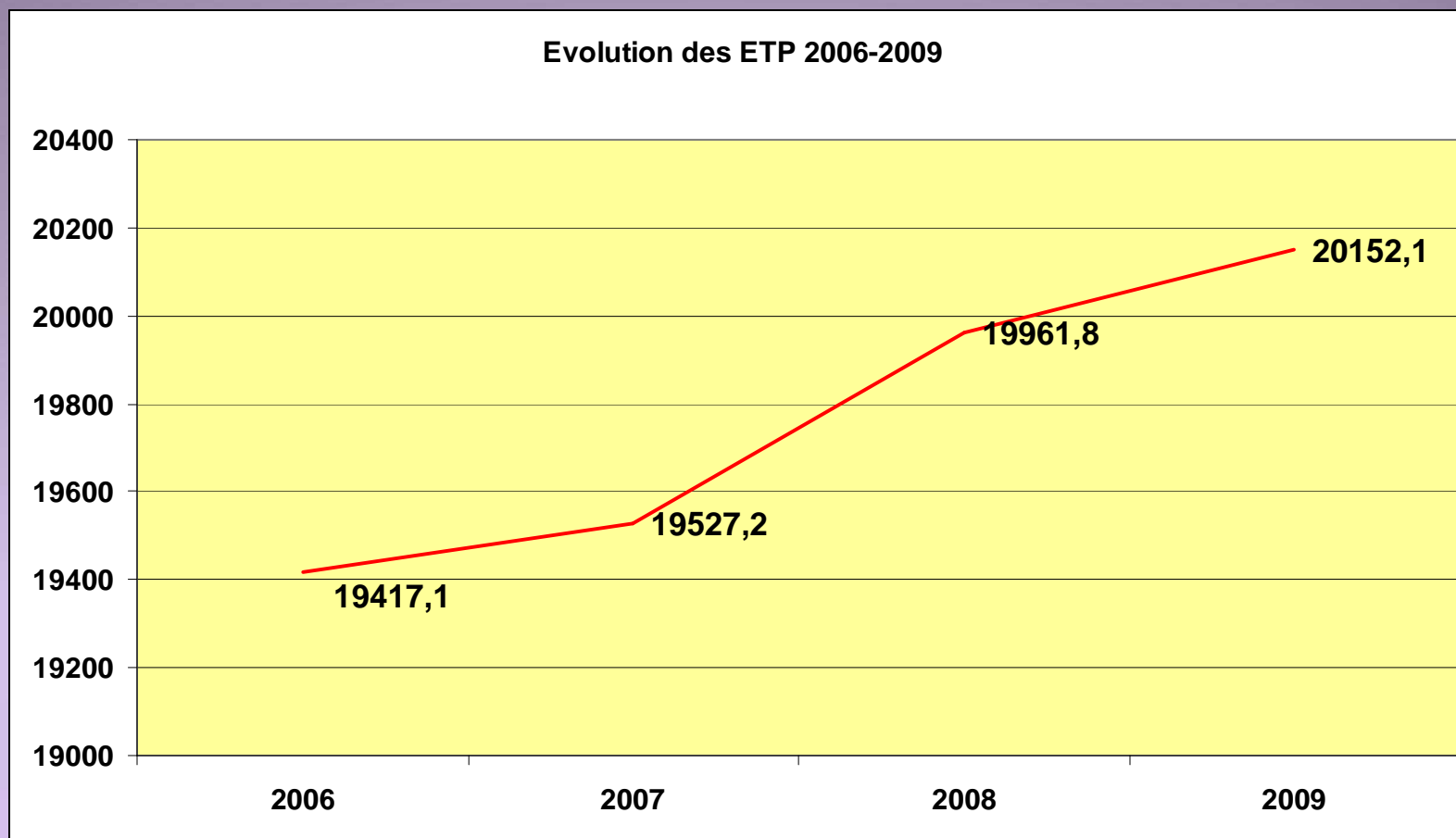
Moyens financiers...conséquents pour les soins

Part des dépenses de santé dans le PIB entre 1970 et 2010 (% du PIB)



Source des données : Eco-Santé OCDE 2000

Moyens humains qui augmentent : exple des EDS en Champagne-Ardenne



Moyens humains réellement sur le terrain - le poids de l'absentéisme : 12% ...24 jours par agent et par an !

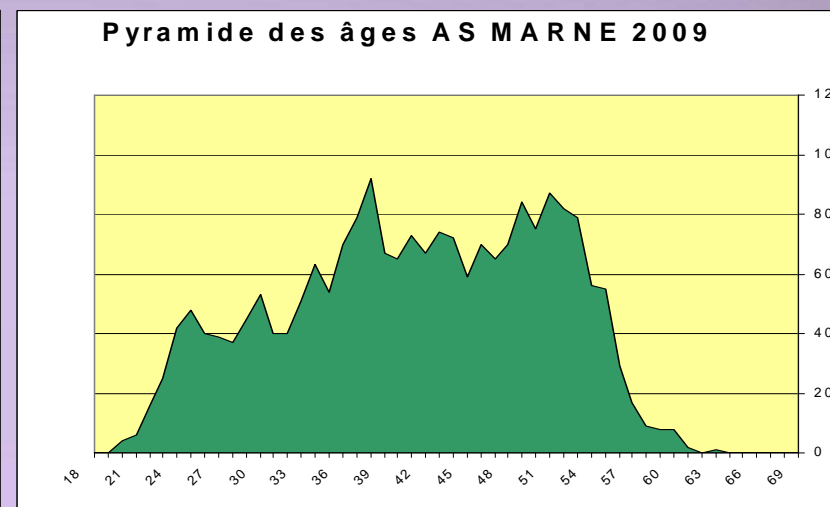
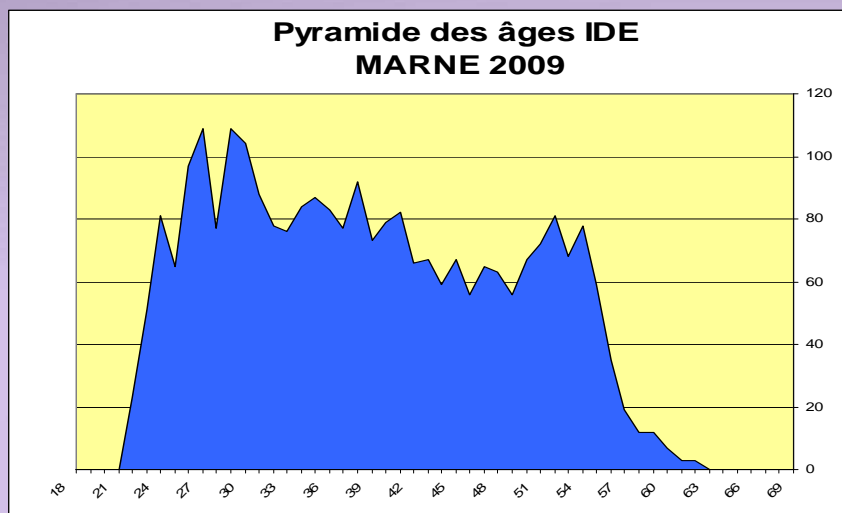
	CH CHALONS	CH EPERNAY	CH SEDAN	CH VITRY	GHSA	GHAM	CH STE MENEHC	CH CHARLEVILL	CH TROYES	CH ST DIZIER	CH CHAUMONT	CH LANGRES	CH REGION
Nombre de journées d'absence pour maladie	7739	6514	5 671	4459	4256,7	5 963	2782	20 653	15759	6300	5764	3655	89 515,70
Nombre de journées d'absence pour longue maladie, maladie longue durée	3181	1527	3 046	552	3184,29	785	254	7 795	7970	1835	1900	1462	33 491,29
Nombre de journées d'absence pour accident de travail	1025	1892	2 131	153	426,57	714	582	2 042	1576	801	490	1797	13 629,57
Nombre de journées d'absence pour accident de trajet			90	7	0	24		199	5	6	0	11	342,00
Nombre de journées d'absence pour maladie professionnelle	656	998	611	402	38,57	1 156	317	1 114	2100	309	248	187	8 136,57
Nombre de journées d'absence pour maladie imputable au service ou à caractère professionnel		0	0	0	0	0		0	0	0	0		-
Nombre de journées d'absence pour maternité ou adoption	3689	3355	3 256	2030	1367,14	2 092	1107	9 530	8129	3149	3300	2728	43 732,14
Nombre de journées d'absence pour formation (y compris colloque, congrès, hors promotion)	4784	2109	594	2181	2671	2 296	1435	3 373	10913	1390	1778	2108	35 632,00
Nombre de journées d'absence pour missions temporaires		0	0	0	0	0		0	0	0	0		-
Nombre de journées d'absence pour motif syndical ou de représentation	1630	428	42	443	320	604	38	1 879	2323	740	859	252	9 558,00
Nombre de journées d'absence pour congés autorisés	560	330	27	70	160,14	845	40	1 387	618	219	225	9	4 490,14
Nombre de journées d'absence pour absences non justifiées non récupérées		0	0	0	0	0		146	137	0	0	8	291,00
Total toutes absences	23264	17153	15468	10297	12424,41	14 479	6555	48 118	49530	12399	14564	12217	236 468,41
Nombre moyen de jours d'absence par agent tous motifs confondus (total toutes absences / effectifs)	22,41	22,53	21,25	20,72	21,14	23,58	32,85	23,04	25,55	18,96	16,72	35,51	23,69
Nombre moyen de jours d'absence par agent pour absences médicales (total absences médicales / effectifs)	15,69	18,76	20,34	11,21	15,78	17,48	25,27	19,26	18,33	16,5	13,43	10,62	16,89
ETABLISSEMENT EFFECTIFS	947	737	696	470	479	501	208	2220	2003	661	862	339	10123
Absentéisme global (tous motifs confondus)	24,57	23,27	22,22	21,91	25,94	28,90	31,51	21,67	24,73	22,31	16,90	36,04	25,00
Absentéisme global sans formation	19,51	20,41	21,37	17,27	20,36	24,32	24,62	20,16	19,28	20,21	14,83	29,82	21,01
Absentéisme maladie élargi (maladie, longue maladie accident de travail, trajet, professionnelle)	17,20	19,38	21,27	16,18	19,36	21,43	24,24	18,62	17,74	18,76	13,58	29,03	19,73
Absentéisme maladie hors maternité (maladie, longue maladie accident de travail, trajet, professionnelle)	13,31	14,83	16,59	11,86	16,51	17,25	18,92	14,33	13,68	14,00	9,75	20,98	15,17
Absentéisme maladie (maladie, longue maladie)	11,53	10,91	12,52	10,66	15,53	13,47	14,60	12,81	11,85	12,31	8,89	15,09	12,52
Absentéisme maladie courte	8,17	8,84	8,15	9,49	8,89	11,90	13,38	9,30	7,87	9,53	6,69	10,78	9,42
Absentéisme longue maladie	3,36	2,07	4,38	1,17	6,65	1,57	1,22	3,51	3,98	2,78	2,20	4,31	3,10
Absentéisme accident de travail	1,08	2,57	3,06	0,33	0,89	1,43	2,80	0,92	0,79	1,21	0,57	5,30	1,74

Moyens humains : Un déficit annoncé

- 15% de départ IDE et AS en retraite en moyenne en 5 ans
- Des carences dans certaines spécialités médicales et chirurgicales
- Une hémorragie dans les secteurs ruraux : 1 médecin généraliste sur 10 s'installe en cabinet libéral !

Pyramide des âges

	CHU Reims		Chalons Champagne		Epemay		Vitry		Sainte Menehould		EPSDM		Fismes		HL Montmirail		MARNE	
	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS	IDE	AS
Effectifs	1586	1165	298	294	199	213	123	138	33	81	361	123	15	64	15	40	2630	2118
PLUS DE 55 ANS = DEPART DANS 1 à 3 ANS	94	74	16	16	8	7	5	15	1	3	22	5	3	5	1	4	150	129
52,53,54 = DEPART DANS 3 A 5 ANS	154	147	23	21	14	17	8	9	2	8	23	6	1	5	2	4	227	217
Ensemble = Départ dans les 5 ans à venir	248	221	39	37	22	24	13	24	3	11	45	11	4	10	3	8	377	346
Poids des plus de 55 ans EN %	6	6	5	5	4	3	4	11	3	4	6	4	20	8	7	10	6	6
POIDS DES DEPARTS EN RETRAITE A 5 ANS EN %	16	19	13	13	11	11	11	17	9	14	12	9	27	16	20	20	14	16
AGE MOYEN	38,4	41,9	38,9	41,3	38,3	39,3	39,2	41,3	37,2	38,4	39	38,5	41,5	41	44,3	41,2	38,6	41,2



Nos valeurs ?

- Offrir des soins de qualité = CURE
- Prendre soin = CARE
- BIENVIEILLANCE- attitude +
- RECONNAISSANCE-développer une image +

Définition 1 : Evaluation de la qualité des soins – OMS – Quality Assurance (Care/Cure) et Economie

- Garantir à chaque résident l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats, et de contacts humains, à l'intérieur du système de soins.
- Procédure scientifique et systématique

Définition 2 : Bientraitance

- Démarche volontariste d'amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable
- À la fois démarche positive et mémoire du risque

d'après ANESM juillet 2008

Définition 3 : Démarche d'évaluation : La solution ?

- PROCEDURE EVALUANT L'ENSEMBLE DE SON FONCTIONNEMENT ET DE SES PRATIQUES.
- ELLE VISE A ASSURER LA **SECURITE ET LA QUALITE DES SOINS** DONNES AU MALADE ET A PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE DEVELOPPEMENT CONTINU DE LA QUALITE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.
- ETABLIT AVEC TOUS LES ACTEURS DU SYTEME DE SANTE DES NORMES ET DES REFERENTIELS, CONCUS POUR APPRECIER LES PROCEDURES ET LES RESULTATS EN TERME DE GAIN DE SANTE ET DE SATISFACTION DU PATIENT.
- LA DEMARCHE PEUT ETRE INTERNE (Autoévaluation) OU EXTERNE (Certification)

THEME ABORDE PAR:

- La loi (obligation). En 2002 action sociale, en 2005 égalité des droits et des chances, en 2007 protection enfance, circulaires mai 2003- oct. 2008 inspection, contrôle des établissements
- La morale(principe d'humanité)
- L'éthique (recommandations, pas d'obligation)
- La déontologie (règles de la bonne conduite)
- Les recommandations professionnelles (HAS,ANESM)

La méthode générale

- Articuler la démarche d'évaluation interne et externe autour de **repères proposés pour leur caractère décisif dans la qualité des activités et prestations délivrées** dans nos établissements = *DEMARCHE GLOBALE*
- Promouvoir à travers l'évaluation, une **réflexion collective sur la pertinence des activités** prenant pour appui les effets pour les personnes accueillies = *DEMARCHE PLURIDISCIPLINAIRE*
- Consolider les outils de pilotage de nos établissements : remontée régulière d'informations selon une périodicité adaptée aux spécificités des personnes accompagnées. = *DEMARCHE PRAGMATIQUE PAR UNE DEFINITION DE TABLEAUX DE BORD STANDARDISES*

Finalité

- SPECIFICITES des Etablissements PA (EDS/EHPAD) : ACCUEILLIR , SOIGNER ,
- SOUTENIR et ACCOMPAGNER DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES =
VULNERABILITE
- Intégration de toutes les dimensions de l'accueil et la coordination des
interventions procèdent de la cohérence de l'accompagnement.
- Description détaillée des pratiques professionnelles recommandées : *DIRE CE QUE L'ON VEUT FAIRE= PREVOIR*
- *FAIRE CE QUE L'ON DIT = METTRE EN ŒUVRE*
- *EVALUER CE QUI A ÉTÉ FAIT = EVALUER ET CORRIGER*

PRINCIPES DE BIEN TRAITANCE

- HUMANITE-DIGNITE(corps, esprit)
- JUSTICE(droit de chacun)
- AUTONOMIE(libre choix)
- SOLIDARITE(responsabilité collective)

BLANCHARD,KACK,DEBART et al: Psychol Neuropsychiatr Vieil 2005

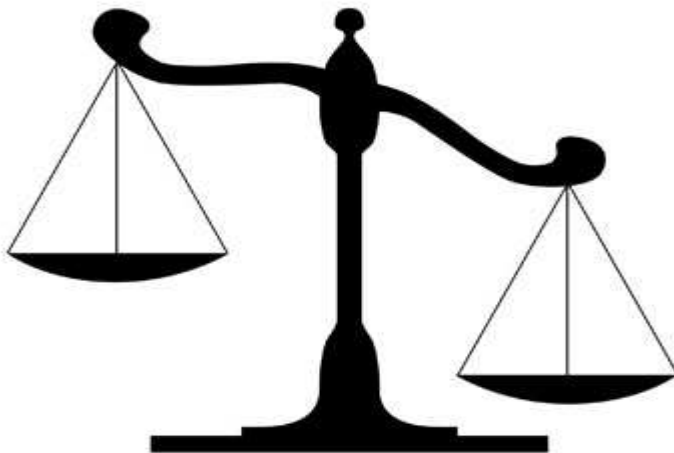
BLANCHARD,PLOTON: Masson 2006

CONFLITS

ENTRE LES INTERETS DE SANTE (OU DE VIE) ET
DES DESIRS

ex: rester à domicile/refuser les soins versus une
qualité de vie/risque vital

principe de précaution versus principe de libre
choix



MOTS CLES:

- Complexité (écouter tous les avis)
- Confidentialité
- Respecter les choix
- Négocier
- Ne pas juger
- Concertation
- Médiation

SOLUTIONS/REPONSE:

a. INFORMATION (bientraitance = métier noble)



axe de la motivation (vouloir) :

« notre seule limite est celle de notre imagination »



axe de la capacité (pouvoir)



axe de connaissances (savoir)

SOLUTIONS:

- b. ECOUTER(baisse la culpabilité, réduit le stress, ouvre l'aire de jeux, permet de mettre en balance le pour et le contre). Savoir écouter sans pensée dominante, sans à priori, sans sujets tabou
- c. ADOPTER DES ATTITUDES BIENVEILLANTES
(attitude du midi.., bien se réveiller le matin, changer le regard, souplesse de l'esprit, ou dans l'organisations des soins)
- d. SAVOIR NEGOCIER(tactique « des petits pas »)

SOLUTIONS:

f. PENSER LES SOINS

- D'abord ne pas nuire (libérer le patient de ses liens, le laisser s'exprimer , lui demander ses souhaits)
- Respecter l'être tel qu'il est actuellement:
 - ❖ Respecter les comportements déviants - « je ne te demande pas de changer » , » je t'aime comme tu es » (déambulation, cris, etc.)
 - ❖ Revalorisation narcissique : « Favoriser les émotions positives, les moments de plaisir »
 - ❖ Donner du sens (remplir le vide) : « Tout ce qui n'est pas vu n'existe pas »

RESPECTER

- ❖ Prêter des mots
- ❖ Pratiquer la manipulation positive
- ❖ Rechercher le feed-back
- ❖ Parler de la vie (enfance, mère, vacances, mort)
- ❖ Ne pas stimuler(exiger) mais proposer, travailler la motivation, stimuler l'intérêt : « Aide moi à faire seul »
- ❖ Ne pas pratiquer le chantage (« je prend soins de toi si tu fais ce que je te demande »)

PENSER LES SOINS(3)

- S'attaquer aux déficits:

ALLIANCE THERAPEUTIQUE

« je ne te laisse pas tomber, je suis disponible »



SOLUTIONS:

- g. Demander des avis (ne pas rester seul)
situation ponctuelle, grave –groupe éthique
pluridisciplinaire
- h. Revenir aux principes de l'humanité (le SUPERLATIF
-même si plus de solution prévisible) « Je souffre avec
toi!! »

REUNIONS TRANSDISCIPLINAIRES:

- Lieux d'observation, d'analyse des comportements qui permettrons d'avoir plusieurs points de vue
- Lieux d'émission d'hypothèses (questions ouvertes, ouverture des discussions)
- Permettent d'harmoniser les pratiques, d'avoir un langage commun (l'animateur est le garant de l'esprit pas nécessairement du cadre)
- Occasions d'adapter les attitudes (laver le regard, introspection professionnelle)

Montesquieu écrivait:

*« Il faut que celui qui
dispose du pouvoir
réfléchisse et agisse sur
lui-même pour ne pas en
abuser »*

:CONCLUSION

« Tout ce qui n'est pas économique n'est pas éthique »

- Remettre en cause nos organisations tant sur un plan stratégique que opérationnel : « Faire ensemble »
- Remettre en cause nos pratiques cliniques -
Supprimer les pratiques inutiles et nuisibles : La vertu de l'évaluation
- Remettre en cause nos priorités : la vertu de la hiérarchisation....

... Pour respecter dans les faits nos valeurs !

:CONCLUSION

« Ne demande à ton établissement ce qu'il peut faire pour toi, mais demande toi ce que tu peux faire pour ton patient »