

# Réinventer l'hôpital

quelques réflexions sur l'avenir de l'hôpital

C. Kleiber / région capitale / 21.11. 2014

# Table des matières

---

## **3 chapitres:**

- quelques changements de paradigmes
- les fondements de l'hôpital de demain
- perspectives

# Quelques changements de paradigmes

---

## De la logique des besoins à la logique des moyens

- le vieillissement démographique et le progrès scientifique créent de nouveaux « besoins » alors que la connaissance entre dans un nouvel âge d'or
- mais la logique des moyens s'impose peu à peu. Après plus de 40 ans de croissance continue, fin du « toujours plus », doutes sur la croissance, rejet de la démesure
- après la question du comment, celle du pourquoi: quête de sens
- près de 80% des ressources hospitalières sont consacrées à des personnes qui ont moins de 6 mois à vivre
- le système a peur : modération des coûts par le contrôle et la bureaucratisation des pratiques ( + 30% d'activité administrative en 20 ans )
- judiciarisation des soins, aversion au risque, parano sécuritaire
- avenir incertain, système bloqué, innovation organisationnelle en panne

### ➤ Fin de l'âge d'or hospitalier

# Quelques changements de paradigmes

---

## Du paternalisme au partenariat

- paternalisme : « Tout patient doit être, pour le médecin, comme un enfant à apprivoiser » (Louis Portes, 1950)
- fondement du paternalisme : la tutelle par l'asymétrie d'information
- fondement du partenariat : la confiance par le partage de l'information et du risque
  - dossier patient partagé, contrôlé et enrichi par le patient
  - médecine prédictive et personnalisée, prévention avancée
  - éducation à la santé et à la prise de risques
  - consentement éclairé et acceptation des risques
- **Des patients responsables, capables de choisir et d'accepter des risques**

# Quelques changements de paradigmes

---

## Du rejet de la maladie et de la mort, au « vivre avec »

- une société vieille: espérance de vie de 93 ans en 2040 ( statistiques ONU )
- poids majeur des maladies chroniques et dégénératives
- une société qui se rêve jeune
- mirage de la technologie : l'homme réparé, augmenté, multiplié
- 8 suisses sur 10 meurent à l'hôpital et rêvent de mourir à domicile
- renforcement du « marché » des vieux, solvables et en bonne santé
- mais la nécessité de se réconcilier avec notre finitude s'affirme (cafés mortels, soins palliatifs, etc.)
- **la vie, c'est ce qui meurt ( P. Valéry )**

## De la spécialisation aveugle à la spécialisation coopérative dans une chaîne de soins

- spécialisation et fragmentation irréversibles des pratiques médicales > augmentation de la complexité et des risques
  - stratégie 1: la masse critique qui provoque une concentration des capacités hospitalières ( médecine hautement spécialisée )
  - stratégie 2: la coopération pour créer une chaîne de soins, répartir les compétences et diminuer le risque
  - stratégie 3: l'accréditation et les contrôles de qualité
- 
- **Maintenir la qualité et maîtriser le risque par la coopération dans la chaîne de soins**

# Quelques changements de paradigmes

---

## De l'enracinement local à l'appartenance au « système »

- mobilité accrue des patients et interdépendance des hôpitaux et des autres modes de prise en charge
  - pénurie de main d'œuvre, mobilité des personnels et recrutement accru sur les marchés internationaux du travail
  - éloignement des centres de décisions et apparition de nouveaux pouvoirs (agences d'accréditation, ANQ, CDS, tribunaux, Monsieur Prix, etc.)
  - gouvernance incertaine, conflits de compétences
- **Combiner l'enracinement local avec l'intégration dans l'espace régional / national de soins**

# Quelques changements de paradigmes

---

## De la médecine fondée sur les routines à une médecine fondée sur l'évidence scientifique

- la variabilité des prescriptions médicales indique des taux élevés de prestations discutables (mauvaise, sur ou sous prescription)
- cette variabilité pose des questions fondamentales sur l'utilité, l'efficacité, l'efficience, l'équité des choix médicaux
- la prescription médicale ne suit pas l'évidence scientifique mais des « guidelines » personnels (routines, influence de l'offre, incitations économiques, informations orientées, etc.)

### ➤ exemples concrets (G. Domenighetti)

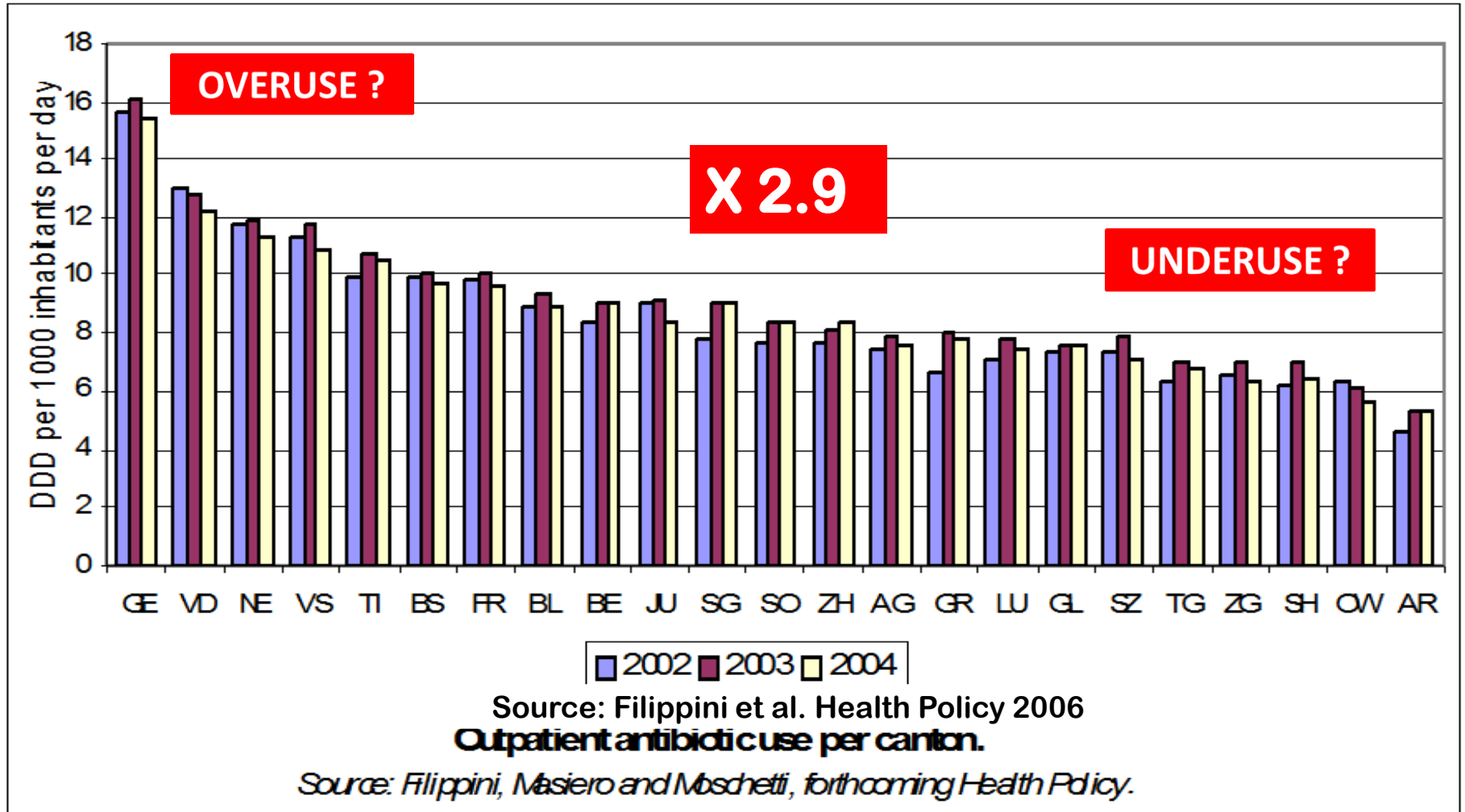


# Prevalence of some elective surgical procedures in physicians, lawyers and in gen. pop.

|   | <b>Tonsillectomy<br/>( children )</b> | <b>Hysterectomy</b>               | <b>Cholecyste-<br/>ctomy</b>      | <b>Herniorraphy</b>               |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <b><u>Physicians</u></b><br>+ wives and<br>children<br>( N = 1522 ) | <b>1</b>                              | <b>1</b>                          | <b>1</b>                          | <b>1</b>                          |
| <b><u>Lawyers</u></b><br>+ wives and<br>children<br>( N = 826 )     | <b>1.12</b><br><b>NS</b>              | <b>0.85</b><br><b>NS</b>          | <b>1.03</b><br><b>NS</b>          | <b>1.13</b><br><b>NS</b>          |
| <b><u>General<br/>population</u></b><br>( N = 2960 )                | <b>1.46</b><br><b>P &lt; 0.001</b>    | <b>1.58</b><br><b>P &lt; 0.01</b> | <b>1.84</b><br><b>P &lt; 0.02</b> | <b>1.83</b><br><b>P &lt; 0.05</b> |

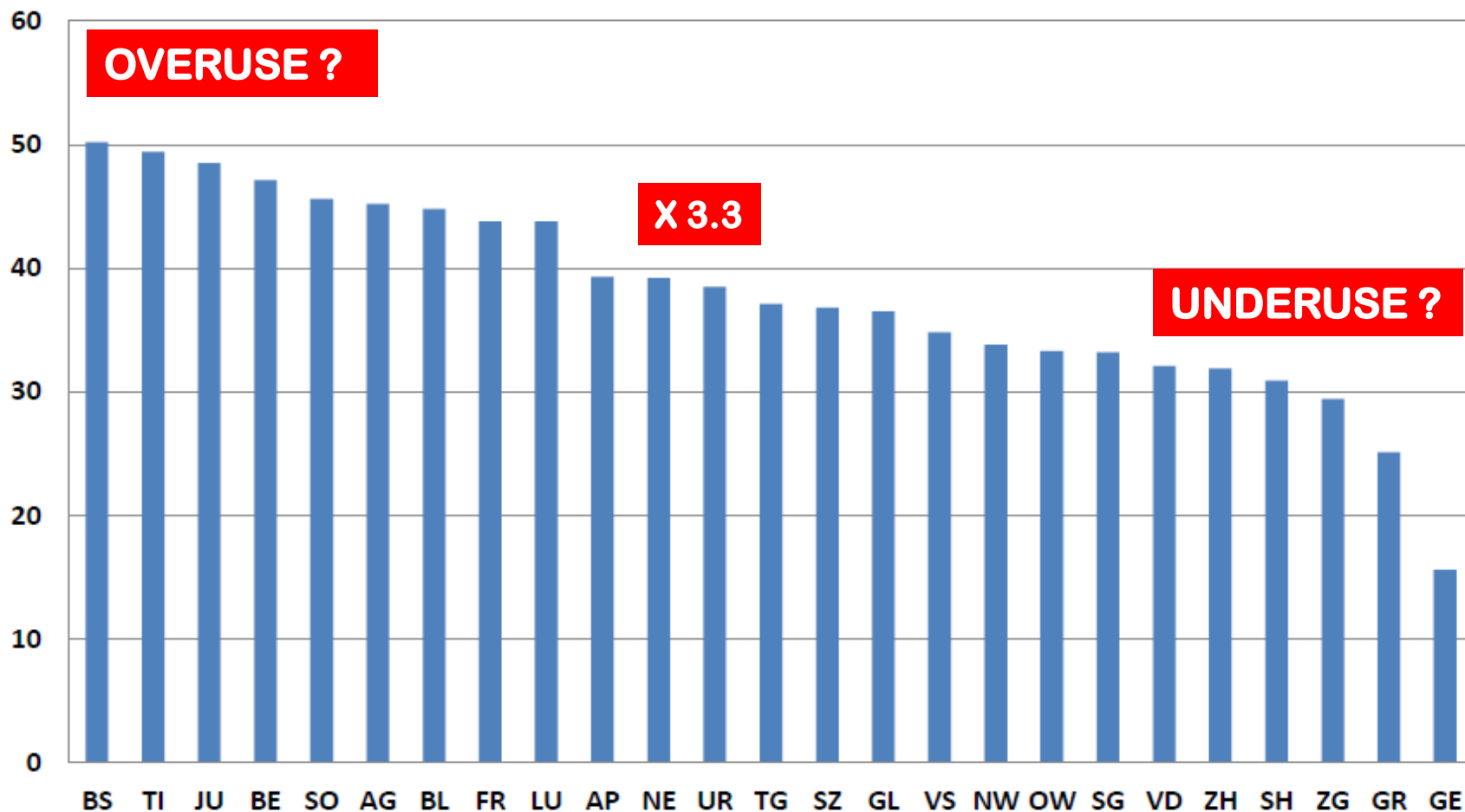
**Most informed consumer-patient**

# Variation of outpatient antibiotic prescription in Switzerland (DDD x 1000 inhabitants per day and canton of residence/years 2002-2004)

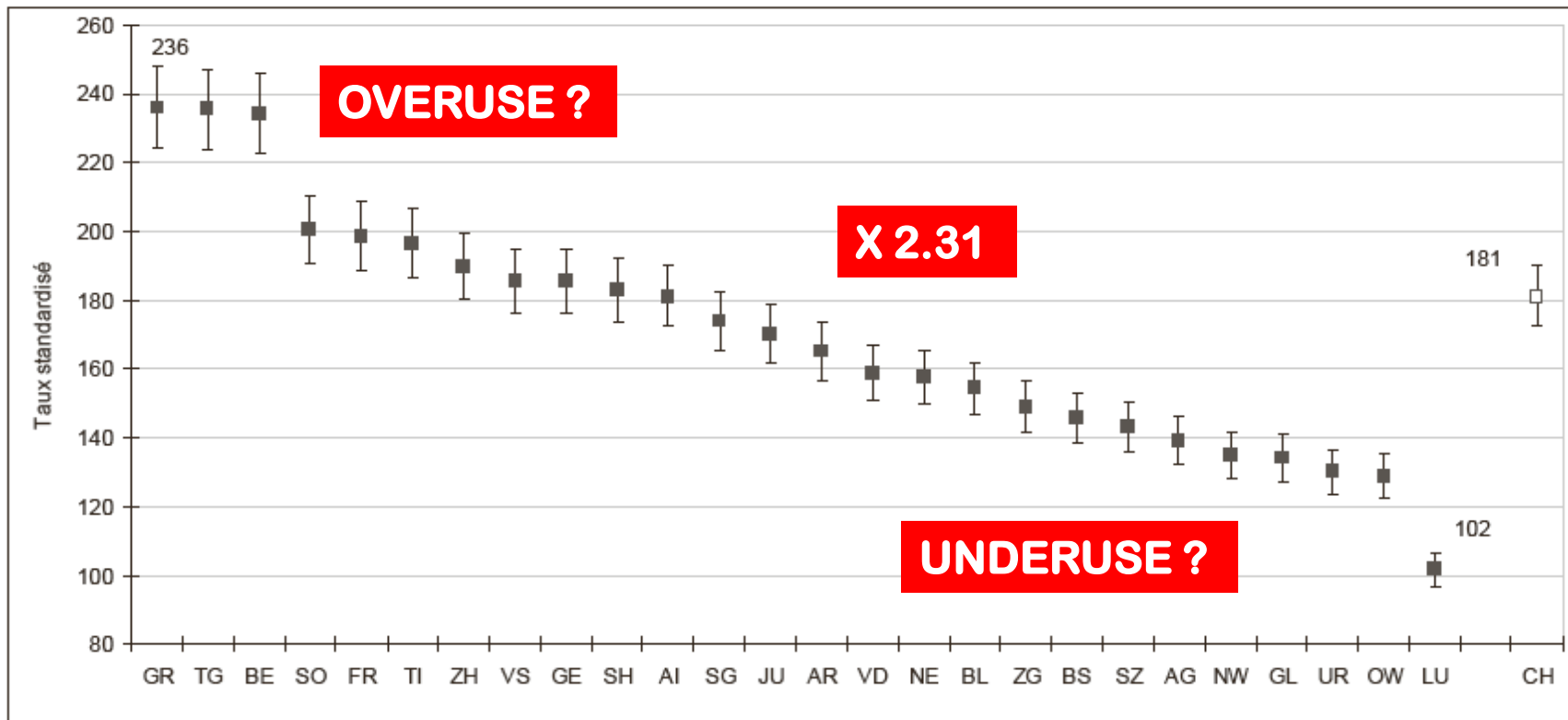


# Variation of coronary artery bypass graft (CABG) surgery in Switzerland according to canton of residence

(standardized rates 2010-2011 x 1000000 inhabitants)



# Variation in surgical treatment of lumbar disk disorders according to the canton of residence (standardized rates 2003-2005 x 100000 inhabitants)



**SOURCE: Cerboni, Domenighetti (Obsan 2010)**

# Quelques changements de paradigmes

---

## **De la médecine fondée sur les routines à une médecine fondée sur l'évidence scientifique: less is more**

- 30% de prescriptions discutables ?
- 20 mias de coûts annuels problématiques ?
- Introduction de coordinateurs critiques des soins?

➤ **Vers une prescription sage fondée sur la preuve**

# Quelques changements de paradigmes

---

## **Conclusion:**

**L'écart entre l'organisation sanitaire existante et celle requise par les ressources disponibles et l'état de santé d'une population de plus en plus nombreuse, âgée, individualiste, fragile et solitaire s'accroît lentement mais sûrement.**

**La régulation marchande est incapable de réguler le système sanitaire ( déficit moral et asymétrie d'information )**

**Une nouvelle culture sanitaire est en train de naître dans les tensions du système.**

## L'hôpital-partenaire dans les réseaux de soins

- La maîtrise des coûts hospitaliers et l'amélioration des soins imposent la coopération et l'ouverture de l'hôpital
  - Un régime de coopération compétitive doit être mis en oeuvre
  - L'hôpital devient coresponsable et cogestionnaire de l'itinéraire des patients. Apparition des coordinateurs de soins intra/extra hospitalier, transinstitutionnels et transdisciplinaires
  - Des mécanismes financiers incitatifs favorisent la coopération et la gestion de la santé (capitation par exemple)
  - L'hôpital devient un centre de compétence à disposition des réseaux de soins
- **L'hôpital à inventer peut devenir le moteur des transformations de la culture sanitaire**

# Perspectives

---

## La Suisse à venir

- l'EU représente 10% du PIB mondial et représentera 4% en 2040 ( statistiques ONU ) > la Suisse en état de dépendance accrue
- une Suisse de 10 mios d'habitants, plus urbaine, plus écologique, plus âgée, plus internationale, plus dépendante de Berne
- 2 pôles de développements principaux: Zürich et l'Espace Lémanique avec des pôles associés: Bâle, région capitale, etc
- Plus de concurrence sur l'innovation, moins sur les conditions salariales et fiscales.
- Une seule stratégie : la valeur ajoutée > renforcement formation/ recherche/ innovation

### ➤ **Le modèle suisse à l'épreuve**



## Le contexte hospitalier de Suisse occidentale

- retour sous une autre forme du RHUSO
- un régime de coopération se généralisera entre les hôpitaux universitaires et cantonaux: affiliation, jumelage, procédures de soins harmonisées, recherche transinstitutionnelle, chaires conjointes
- les réseaux de soins intégrant les cabinets de groupes, les EMS, les CMS et les hôpitaux se généraliseront
- introduction progressive de la capitation
- une société du « care » : art de vivre fondé sur la solidarité et l'acceptation des différences

➤ **oser le changement, anticiper**

# Perspectives

---

## Une stratégie pour la Région capitale

- Négocier des règles de coopération avec les hôpitaux universitaires pour renforcer ensemble l'espace commun de soins, de formation et de recherche
  - Rechercher systématiquement les économies d'échelles et la masse critique
  - Mettre en place un régime de coopération compétitive
  - Inventer une gouvernance stratégique et politique fondée sur des objectifs partagés
  - Créer un cercle vertueux formation / recherche/ expérimentation/ innovation
- **Mieux que gérer les égoïsmes et les risques : INVENTER**