

Comment humaniser l'hôpital ?

| | |
|---|-----|
| Problématique: «J'ai mal à l'hôpital» : les promesses non tenues de la médecine hospitalière | p.1 |
| Historique: Après l'hospice et l'hôpital, vers des alternatives centrées sur les patients ? | p.2 |
| Sous la loupe: La marche balbutiante du Cameroun vers la couverture sanitaire | p.2 |
| Analyse: L'hôpital, un indicateur de solidarité sociale | p.3 |
| Interview: Dr Lidia Vidal, directrice de santé du département de Rocha, Uruguay | p.4 |
| Perspectives: Projet pilote de prise en charge humaniste en Uruguay | p.4 |

Qui sommes-nous

Histoire

La CSS naît en 1937 lorsque des médecins suisses s'engagent aux côtés des républicains espagnols en lutte contre les fascistes. Elle organise des missions médicales en Yougoslavie pendant la seconde guerre mondiale, puis se montre très active auprès des civils victimes de la guerre du Vietnam.

Objectifs

Réduire les injustices sociales, politiques et économiques qui empêchent l'accès équitable, pour les populations pauvres et dominées, aux conditions nécessaires à une vie en santé.

Valeurs

La CSSR considère que le manque d'équité en termes de ressources pour lutter contre la maladie n'est pas une fatalité. Il est possible et nécessaire de résister aux pratiques prédatrices et dominatrices de certains pouvoirs politiques et économiques qui causent l'injustice.

Moyens

La CSSR se montre solidaire d'organisations locales qui travaillent pour un meilleur accès aux soins; elle soutient des projets sanitaires sur le terrain et dénonce en Suisse les injustices dont sont victimes les populations dominées.

Adresse

Centrale Sanitaire Suisse Romande
15 rue des Savoises
CH - 1205 Genève
tél./fax +41 22 329 59 37
info@css-romande.ch

Versements

CCP : 17-66791-8

Les Cahiers

Edition:

Centrale Sanitaire Suisse Romande

Comité de rédaction:

Bastien Briand, Claude Desimoni,
Haile Melles, Alicia Pary, Ludovic Rossel.

Tirage: 2'500 exemplaires

Problématique

«J'ai mal à l'hôpital» : les promesses non tenues de la médecine hospitalière

Au Nord, trop de technique et manque d'humanité

Dans les pays développés, l'espérance de vie a augmenté de plus de dix années en l'espace de soixante ans. La prise en charge médicale des maladies et des accidents a joué un rôle majeur en ce sens. Les hôpitaux sont désormais munis de technologies de pointe. S'ils ne jouissent pas tous des mêmes conditions dans l'Europe entière, les grands centres hospitaliers sont en général pourvus d'appareils, de laboratoires et de matériel en suffisance. Il n'en va pas de même pour les ressources en personnel.

Depuis plus de trente ans, les réactions se multiplient face à la technification de la médecine, notamment à Genève: demandes d'accouchements ambulatoires (1980), parution du fascicule «Droits du patient» (Forum santé Genève, 1993), nombreuses dénonciations d'une prise en charge froide et inhumaine.... Quant aux procès contre les hôpitaux et médecins, pour ne parler que de la Suisse, ils n'ont jamais été aussi nombreux que ces dix dernières années.

Au Sud, manque de technique et manque d'humanité

Dès 1978, avec la Déclaration d'Alma Ata, l'Organisation mondiale de la santé tente d'élaborer un système de santé primaire prometteur. Une seule condition pouvait mener à bien cette stratégie: l'hôpital devait être capable de recevoir les patients transférés par le personnel communautaire (promoteurs de santé et

sages-femmes empiriques). Or, le constat suivant s'est imposé: si une femme enceinte consultait la sage-femme et que cette dernière savait détecter une anomalie à temps, la patiente était mal ou tardivement reçue une fois arrivée à l'hôpital, voire pas reçue du tout. Finalement, le résultat était le même que si elle était restée à domicile: mort fœtale, ou même mort maternelle. Il s'avéra donc que le système de santé communautaire ne pouvait fonctionner que si l'hôpital garantissait lui aussi une prise en charge satisfaisante.

Or, les hôpitaux des pays en développement présentent trois problèmes majeurs:

- Manque chronique de matériel et de moyens techniques.
- Ethique professionnelle déficiente en raison des conditions de travail déplorables: bas salaires, horaires interminables, impossibilité de respecter les règles d'hygiène et de sécurité.
- Frontières opaques entre travail public et privé.

Ensemble: humaniser l'hôpital?

En Europe, l'hôpital, techniquement bien équipé, ne l'est pas au plan humain. A contrario, dans les pays en développement, l'hôpital n'est pas suffisamment pourvu en moyens techniques et la dimension humaine laisse fortement à désirer. Nous voilà donc réunis autour d'une revendication commune: que l'hôpital s'humanise. Cette nécessité s'impose comme une priorité dans les engagements de la CSSR sur le terrain.

Viviane Luisier,
Sage-femme,
Présidente de la CSSR

Après l'hospice et l'hôpital, vers des alternatives centrées sur les patients ?

L'exemple genevois

Jusqu'à la fin du XVIIIème siècle:

En général, les malades et les femmes en couches sont assistés à domicile. Seuls les indigents ont recours à l'hôpital – vieillards, infirmes, enfants abandonnés. Celui-ci est géré par l'Eglise, son personnel est constitué de religieuses.

Au cours du XIXème siècle et au début du XXème:

Une série de découvertes médicales vont participer à la transformation de l'hôpital et de son image auprès de la population. De mourir, il se muera peu à peu en lieu de soins.

Entre 1939 et 1945:

C'est la fin de l'hospice, la prise en charge à domicile est aussi en déclin. La quasi-totalité des accouchements ont désormais quitté le domicile pour l'hôpital. Parallèlement au développement de l'infrastructure sanitaire, on observe une baisse drastique de la mortalité des mères et nouveau-nés. En conséquence, la confiance envers la médecine et les médecins s'accroît.

Dès les années 1970:

On assiste à une technification galopante des soins (pour l'obstétrique: introduction du monitoring fœtal, généralisation de l'échographie, utilisation fréquente de

la péridurale, etc.). Mais des réactions commencent à se manifester contre la technification à outrance de la médecine.

Dans les pays d'intervention de la CSSR, l'hôpital suit généralement la même évolution qu'en Europe: de l'hospice, on passe l'hôpital et les religieuses cèdent la place aux infirmières. Au Nicaragua, ce passage n'a lieu qu'à la fin des années 1970. Mais, dans une situation de carence continue en termes de ressources humaines et de matériel, l'hôpital public n'est toujours pas perçu comme un lieu de récupération. Quelques cliniques privées remplissent partiellement cette fonction.

Sous la loupe

La marche balbutiante du Cameroun vers la couverture sanitaire

Au Cameroun, moins de 2% de la population est couverte par des mutuelles de santé. La prise en charge s'effectue dans un système hospitalier à la qualité de soins approximative.

Par Christian Eitel Locka

Président de l'Action pour l'humanisation des hôpitaux (Acthu), Douala

La prise en charge médicale des personnes défavorisées est un serpent de mer que le gouvernement entretient depuis 2001. Il avait alors promis d'assurer la couverture à au moins 40% de la population à l'horizon 2010, puis 2015. Ce changement d'échéance est un aveu d'échec des pouvoirs publics, ce d'autant plus qu'à quatre ans de l'objectif, moins de 2% de la population est protégée par l'assurance maladie.

Exclue d'une mutualisation alourdie par des procédures encombrantes, la majorité des patients, pauvre, se soigne par des médicaments contrefaits vendus en masse dans la rue. Bien que suicidaire, cette stratégie de survie s'explique par le fait que l'arnaque, la discrimination, la corruption et le

rançonnement se sont érigés en approche de gestion dans les hôpitaux publics. Les patients qui, pour la plupart, ignorent leurs droits, deviennent les proies faciles d'un personnel soignant plongé dans la précarité. C'est le cas à l'Hôpital La Quintinie de Douala avec son fameux «Code», un système de paiement inique et flou.

Bousculé par des organisations de la société civile comme l'Acthu, le gouvernement a initié un projet d'assurance maladie globale qui reste bloqué dans les tiroirs. S'il était mis sur pied aujourd'hui, ce projet se heurterait à l'épineux problème de la qualité des soins. L'inertie des pouvoirs publics aidant, les centres de santé poussent comme des champignons avec un per-

sonnel peu ou pas qualifié, des infrastructures illégales et les équipements du bord. Au public comme dans le privé, l'humanisation des soins souffre de la corruption des services chargés des contrôles de qualité.

En 2010, Acthu a interpellé le Premier ministre, via une lettre ouverte assortie de sept propositions, sur la gravité des injustices sociales dans les hôpitaux qui pourraient aboutir sur des tensions sociales aux conséquences inimaginables si rien n'est fait. Acthu reste convaincue que seule une réelle volonté politique peut faire changer l'image nauséuse des hôpitaux.

L'hôpital: un indicateur de solidarité sociale

«*Tout est à revoir, tout est à repenser. Mais par où commencer (...)? Comment concentrer l'attention à la fois sur la dimension matérielle de l'humanisation et sur sa dimension relationnelle (...)?*»¹

Par Bastien Briand & Alicia Pary

Repenser l'hôpital

Les tentatives de réforme de l'hôpital traduisent la prise de conscience que la médecine hospitalière présente des lacunes en termes de prise en charge des patients. Par le biais d'exigences médicales et d'hygiène, et d'un appareil administratif fonctionnant selon le principe de rationalité, l'hôpital a structuré les relations humaines dans des rôles définis par l'institution autour des pathologies du patient et de l'acte médical. En dépit d'un personnel soignant dévoué, les patients y portent leur espoir de guérison parfois avec un sentiment d'impuissance et d'incompréhension.

L'humanisation des soins recouvre une variété d'expériences qui se rapportent principalement à l'infrastructure hospitalière, au fonctionnement de l'institution, à la cohésion de ses différents services et à la relation entre patient et praticien. D'une part, le questionnement porte sur la dimension matérielle de l'institution, soit le bâti et l'agencement (architecture, mobilier, choix des couleurs...). Les stratégies d'égaïement se sont également répandues, via notamment la création d'espaces conviviaux. Mais l'approche de l'humanisation surplombe les artifices: son ambition est de repenser le fonctionnement de l'institution et principalement ses dimensions relationnelles. Il s'agit de concevoir le patient non seulement comme un cas médical mais, plus largement, dans un contexte social et humain. En bref, l'humanisation implique de conjuguer une relation technique régie par l'acte médical à une relation morale faisant appel à l'écoute et l'empathie. La prise en compte du vécu personnel de la maladie est essentielle en ce sens, tout comme l'abandon du jargon technique médical pour un langage accessible au patient. Au sein de nombreux hôpitaux, l'apparition d'une réflexion sur l'expérience vécue des patients se traduit aussi par la création d'unités «qualité» et la pratique d'enquêtes de satisfaction.

Recréer des liens de solidarité

Dans le cadre des projets de terrain de la CSSR, le manque d'humanisation des soins se traduit de différentes manières,



Clown à l'hôpital, Washington, 1923.

source: National photo company, Library of Congress

allant d'une pression du corps médical sur les patients, jusqu'à l'exclusion d'une partie de la population:

- Au Guatemala, des décennies de discrimination de la population indigène dans tous les secteurs se traduisent aujourd'hui par une grande méfiance envers l'hôpital et une large préférence pour un système de soins traditionnel.
- En Bolivie, les personnes atteintes du VIH se heurtent à un rejet de la part du personnel médical. Cette attitude discriminatoire occasionne souvent le déni ou la surfacturation des soins. Notre projet apporte une formation adaptée au personnel soignant et un soutien au patient dans ses démarches médicales et administratives.
- En Uruguay, un projet pilote de prise en charge humaniste dans une maternité doit permettre aux femmes de participer activement à leur prise en charge (voir p.4).

Les causes, de nature technologiques, économiques ou culturelles, varient d'un pays à un autre. Au Nord, cette évolution n'est pas propre au monde médical, mais concerne plus largement la société, à commencer par le monde du travail; la mondialisation et la remise en cause du

modèle de l'Etat providence ont conduit à une flexibilisation à outrance: bas salaires, marginalisation des syndicats, pression accrue pour davantage de productivité... Jamais les cas de pathologies liées au travail n'ont été aussi nombreux.

Au-delà, c'est bien notre mode de vie qui souffre d'une déshumanisation rampante: compétition accrue, solitude et individualisme glorifié, consommation et performance érigés en buts. Les initiatives visant à ralentir (*slow food*, transports alternatifs) ou à consommer autrement se multiplient (décroissance), tout comme celles visant à recréer du lien, du «vivre ensemble» (coopératives d'habitation, troc, agriculture de proximité).

Au Nord comme au Sud, la CSSR défend le droit pour chacun de bénéficier des meilleurs soins de santé possibles, ce qui veut dire renforcer l'accès à la prise en charge médicale et hospitalière, mais également donner ou redonner aux soins, à l'hôpital et, à travers lui, à la société, une part d'humanité.

¹ «*L'humanisation de l'hôpital, mode d'emploi*», Communiqué de presse, Assistance publique hôpitaux de Paris (2009).

Dr Lidia Vidal

Directrice de santé du département de Rocha, Uruguay

Quels sont les principaux défis en matière de santé dans le département de Rocha?

Le premier point consiste à renforcer la santé mentale au niveau communautaire: la population du département de Rocha connaît un taux élevé de dépressions et de suicides. Etant un département frontière, le taux de chômage est élevé, le niveau socio-économique bas et les conditions de travail ne sont pas optimales. L'ensemble de ces facteurs contribue à engendrer des problèmes de santé mentale parmi la population.

Deuxièmement, le renforcement de la santé sexuelle et reproductive, qui comprend en particulier la prévention des maladies sexuellement transmissibles et la promotion du suivi de la grossesse et de l'accouchement.

Troisièmement, le renforcement des institutions de santé et la consolidation de la réforme du système de santé. Il s'agit ici de favoriser la participation de tous les acteurs: représentants des différents services médicaux, travailleurs de la santé, décideurs politiques et citoyens.

Enfin, le renforcement de la santé rurale, en améliorant l'accès des personnes aux services de santé et en facilitant le développement de programmes de santé communautaire.

Quelles sont les réussites de la réforme du système de santé initiée en 2006?

On peut citer: un meilleur accès aux services médicaux, l'augmentation des programmes d'éducation et de promotion sanitaire au niveau communautaire, le soutien aux niveaux national et international (Allemagne, Brésil) à des programmes de renforcement de projets de prévention du VIH, l'implication des utilisateurs du système de santé dans le processus des réformes, ainsi que l'amélioration de la communication avec la communauté et des mécanis-



source : Ministère de santé publique, Uruguay

mes de vigilance épidémiologique dans chaque département

Quel type de politique l'Uruguay souhaite développer en matière de santé reproductive? Est-il confronté aux mêmes obstacles que dans d'autres pays du continent?

Depuis décembre 2008, il existe en Uruguay une loi (n°18.426) visant à défendre les droits de chacun en matière de santé sexuelle et reproductive. Elle comprend de multiples objectifs, notamment un accès étendu à la contraception et au suivi de la grossesse, la diminution de la mortalité materno-infantile, mais aussi la création de conditions pour l'humanisation de l'accouchement dans les institutions. L'Uruguay n'est pas aussi conservateur que d'autres pays d'Amérique latine et l'Eglise a une importance mineure dans le gouvernement.

Comment le projet pilote d'un modèle de prise en charge humaniste à la maternité de l'hôpital de Rocha s'intègre dans la stratégie générale de prise en charge des patients ?

L'humanisation des soins de santé reproductive fait partie de la loi précitée, le projet est donc soutenu par les autorités départementales. Cet hôpital se prête particulièrement bien au projet pilote d'humanisation de l'accouchement. En effet, la direction de l'hôpital ainsi que les sages-femmes et le chef du service de la maternité sont très impliqués dans ce processus. L'objectif de ce projet serait d'étendre ce type de prise en charge à un niveau national, cela par l'élaboration commune et le soutien politique à ce programme.

Réponses recueillies le 01.08.2011 à Rocha par Marina Cortesao et Léa Gonik.

Perspectives

Projet pilote de prise en charge humaniste en Uruguay

A l'initiative de sages-femmes de l'hôpital de Rocha, un projet pilote d'accueil et de soins humanistes a été élaboré pour la maternité. Le besoin de transformer le mode de prise en charge était ressenti tant par les usagères de l'institution que par le personnel.

Par des activités telles que des campagnes de formation professionnelle et de sensibilisation auprès de l'équipe de santé et des patientes, la diffusion d'information sur les droits sexuels et reproductifs et l'élaboration de protocoles d'intervention aux niveaux administratif et clinique, le projet vise à générer des changements dans le modèle de prise en charge des patientes et à sensibiliser ces dernières et leur conjoint à leurs droits sexuels et reproductifs en lien avec la grossesse et la naissance.

A terme, l'objectif consiste également à démontrer l'utilité de cette méthode afin de pouvoir l'étendre à d'autres centres hospitaliers. Ce projet sera prochainement soumis au vote du comité de la CSSR pour un soutien sur deux ans.