

Montrer comment les soins sont touchés, depuis l'organisation jusqu'à la pratique individuelle.

Une influence délétère

Les petits jeux de l'industrie pharmaceutique et la déshumanisation des soins ne sont pas sans conséquence sur le sens du métier des professionnels de la santé.

Anne Fromont, chercheuse, Ecole de santé publique de l'ULB, et **Yassinmè Elysée Somassè**, médecin-chercheur, Ecole de santé publique de ULB et responsable du programme Études et recherche de la Fédération des maisons médicales.

L'anthropologue et économiste Paul Jorion comparait dès 2011 les logiques économiques actuelles au culte du cargo¹. De fait, le néolibéralisme a tout d'une croyance millénariste. Notre divinité, « main invisible » du marché, nous impose moult sacrifices au nom du dogme de la croissance, de la sacro-sainte rentabilité ou de l'évangélique rationalité de l'agent économique. Loin de sauver leur écosystème moribond, nos apprentis sorciers modernes s'obstinent, à l'instar des aborigènes du début du XX^e siècle, dans des politiques de plus en plus austères et destructrices, au service de l'économie strictement financière. La maximalisation coût-efficacité représente sans doute un des pièges cognitifs les plus présents de l'époque néolibérale. Par un effet de cadrage, les « coûts » considérés sont en réalité réduits aux dépenses publiques directes et monétarisées. Jamais n'entrent dans les colonnes comptables les coûts d'opportunité de la baisse des ressources, de la qualité, de la satisfaction, de la relation humaine, de la justice ou de l'éthique. Dans l'argumentaire de l'efficacité, rares sont ceux qui prennent en compte le coût réel, par exemple de la privatisation. Ainsi en 2014, selon la Banque mondiale, la santé

représentait en Belgique environ 11% du PIB, essentiellement pris en charge par le secteur public. Aux États-Unis, où l'essentiel de l'assurance est privée, elle représentait 17% du PIB. Cette différence importante est prévisible : la fragmentation augmente les coûts administratifs d'assurances privées qui, par ailleurs, ont vocation originelle à faire du profit. La santé coûte globalement plus aux États-Unis, pour une qualité et une équité réputée moindre. Mais ces surcoûts, portés par les individus, disparaissent des bilans publics et, implacablement, les modèles de protection sociale solidaires apparaissent « trop chers ». Au sein du secteur de la santé, l'impact de ces logiques sur l'organisation des services, sur les pratiques et sur les professionnels sont des signaux d'alarme qu'il est urgent de considérer.

Impact sur l'organisation des services

« La santé n'a pas de prix », selon l'adage. Elle est un droit pour tous, reconnu par la Constitution belge et dans le préambule de la constitution de l'OMS. Toutefois, selon le postulat que l'augmentation des dépenses en santé est insoutenable à long terme, l'heure est à la « saignée » des budgets santé en Europe. Un traitement de choc créant des problèmes de fonctionnement sans précédent pour les hôpitaux et les structures de de santé.

On assiste ainsi à un affaiblissement des systèmes de soins pourtant réputés pour leur qualité en Europe. En France et en Grande-Bretagne, les hôpitaux publics sont régulièrement asphyxiés, incapables de faire face à la demande, notamment lors des épidémies

1. Le culte du cargo correspond à un ensemble de croyances et de pratiques observées en Mélanésie par des anthropologues à la fin du XIX^e et jusqu'au milieu du XX^e siècle. Les aborigènes y avaient développé des rites très complexes, basés sur l'imitation des pratiques des occidentaux et censés faire revenir les cargos, puis les avions chargés de richesses et perçus comme des faveurs divines. Le culte du cargo questionne les formes de pensées magiques et le bien-fondé de démarches basées sur le mimétisme, sans réflexion approfondie sur les raisons et les vrais liens de causalité de ce que l'on observe.

de grippe². Ces crises saisonnières mettent surtout en lumière la faible résilience des systèmes de santé face à des épisodes réguliers, donc prévisibles sur le moyen terme. Les services hospitaliers, qui n'ont plus de lits de réserve à cause des économies à réaliser, sont débordés et le personnel soignant saturé. Par ailleurs, les hôpitaux sont paradoxalement contraints de réduire les séjours hospitaliers sans que les moyens nécessaires à ce changement soient mis à disposition. Le rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de 2014 pour guider la réforme du financement des hôpitaux soulignait en effet que « les séjours hospitaliers plus brefs exigent d'ordinaire un travail plus intensif et sont plus coûteux sur base journalière, mais les ratios de personnel infirmier n'ont pas évolué en conséquence ».³

Les places d'hospitalisation se font donc rares et l'effectif du personnel se réduit. Des patients qui devraient être immédiatement transférés en soins intensifs attendant des heures sur des brancards qu'une place se libère ou qu'un médecin soit disponible pour les prendre en charge. Les témoignages du personnel soignant et la dénonciation régulière de conditions d'accueil dégradées sont nombreux.

Rationaliser les lits d'hôpitaux est un objectif louable pour réduire les admissions inutiles à l'hôpital et les traitements disproportionnés et coûteux. Mais pour que cela ne nuise pas à l'accès et à la qualité des soins, il faut organiser une première ligne forte capable en principe de prendre en charge 90 % des plaintes de la population⁴ avec une politique encourageant son utilisation prioritaire. Mais l'hospitalo-centrisme prend le pas sur la première ligne en Belgique, certainement parce qu'elle est moins rentable pour les néolibéraux.

Impact sur la pratique des soignants et la consommation inappropriée de soins

La rationalisation ne se limite pas à la réduction des lits ou des effectifs ; elle touche aussi les pratiques. L'utilisation de protocoles standardisés, où le juge-

ment clinique personnel empreint de risque d'erreur est minimisé, est encouragée. Cette vision trouve sa source dans l'*evidence based medicine* (EBM) selon laquelle on utilise uniquement les procédures thérapeutiques et diagnostiques les moins coûteuses et qui ont fait leur preuve. L'objectif de l'EBM est donc louable : il s'agit de garantir des soins de qualité partout. Cependant, seul un nombre limité de maladies peut se prévaloir d'une EBM robuste et, surtout, une lecture trop rigide de ces standards induit des effets pervers non négligeables.

Le projet de réforme du financement des hôpitaux en Belgique prévoit que certaines classes de maladies doivent obéir à une standardisation quasi-industrielle de leur prise en charge : « les soins planifiables et (relativement) standardisables doivent être organisés dans le cadre d'un modèle d'entreprise 'value adding', axé sur une standardisation poussée »⁵. Les financements seraient effectués en fonction de l'utilisation de ces procédures. Le biais fondamental de cette vision est de s'adresser à des maladies, confinées en milieu quasi-expérimental ; alors que les professionnels de la santé prennent en charge des individus ou des groupes dans des contextes, des situations et avec des expériences très variables. Si les pratiques EBM représentent une avancée importante de la médecine moderne, il ne faut pas perdre de vue son objectif principal : celui de susciter la réflexion critique sur la pratique clinique pour améliorer la qualité des soins. « À l'origine, conçue pour éclairer les médecins dans leurs prises de décision, l'EBM

est devenue une méthode de gestion des risques contribuant à la standardisation de la pratique médicale et à la déshumanisation de la relation entre soigné et soignant. »⁶ Pourtant l'EBM doit tenir compte de trois dimensions : certes les procédures standardisées dont l'efficacité est prouvée mais aussi le jugement clinique du soignant qui doit tenir compte des conditions spécifiques du patient et ses préférences en veillant à ce que les avantages surpassent les risques. Autrement dit, l'EBM n'enlève pas au soignant une autonomie dans la prise de décision ; et les personnes qui stan-

2. « Grippe : Touraine appelle les hôpitaux à reporter les opérations non urgentes pour libérer des lits », *Le Monde*, 10 janvier 2017.

3. « Cadre conceptuel pour le réforme du financement des hôpitaux », *KCE Reports 229B*.

4. D. Giet, « Ecologie des soins médicaux, Carré de White, soins primaires et médecine générale », *Revue médicale de Liège* n°61, mai-juin 2006, pp 277-284.

5. M. De Block, *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux*, 28 avril 2015.

6. E. Azria, « L'humain face à la standardisation du soin médical », *La Vie des idées*, 26 juin 2012.

dardisent à l'excès sont en fait contre l'esprit même de l'EBM, dont l'intégration dans la pratique clinique est du ressort final du soignant selon la situation de son patient.

S'enrichir en stimulant la consommation

Le développement de l'industrie pharmaceutique a permis des progrès considérables dans le traitement de nombreuses maladies. Cependant, elle poursuit deux objectifs qui s'opposent : améliorer la santé et faire des profits. Malheureusement le deuxième l'emporte souvent sur le premier. Pour réaliser ses profits, l'industrie pharmaceutique a besoin de s'allier aux soignants et prescripteurs, dont l'objectif initial est de soigner de la meilleure façon possible. Le risque est grand d'influencer la recherche et les soins, limitant l'indépendance et l'éthique qui caractérisent le soignant. Une enquête réalisée en 2008 en milieu hospitalier belge⁷ a montré des partenariats gagnant-gagnant avec les hôpitaux et les médecins-chercheurs. Ceux-ci obtiennent le financement d'activités scientifiques diverses, sortent des publications scientifiques (pour se faire connaître), l'hôpital est financé et la firme pharmaceutique obtient une reconnaissance scientifique de l'efficacité de son médicament et peut le commercialiser. A ce jeu, la tendance est de publier uniquement les résultats concluants ou de ne mettre en évidence que les aspects positifs des nouveaux médicaments en oubliant les aspects les moins intéressants (on se rappellera les affaires du Médiator®, du Deroxat® ou du Vioxx®).

En dehors de la recherche, l'industrie pharmaceutique utilise d'autres stratégies pour stimuler la consommation de médicaments⁸ : diminuer les seuils pathologiques auxquels la prescription est nécessaire pour augmenter la population cible et les volumes de vente, « pathologiser » les facteurs de risque comme le cholestérol pour écouler inutilement voire dangereusement des millions de statines, convaincre les prescripteurs grâce à des délégués médicaux leur offrant de petits cadeaux pour les amener à prescrire plus souvent les spécialités de la firme au détriment de substances mieux évaluées, moins dangereuses et/ou moins chères⁹ ; séduire les leaders d'opinion.

L'industrie pharmaceutique investit parfois beaucoup

7. G. Krings, P. Leroy, J. Laperche J, « Médecins sous influence : enquête sur les relations entre les médecins hospitaliers et les firmes pharmaceutiques », *Santé conjugulée* n°44, avril 2008, pp. 17-31.

8. S. Lefèvre, « Les cinq méthodes de l'industrie pharmaceutique pour nous bourrer de médicaments inutiles », *www.reporterre.net*, 10 février 2016.

9. « Très influente visite médicale », *Prescrire*, n° 356, juin 2013.

plus dans la communication et la publicité que dans la recherche¹⁰. Aux États-Unis, depuis 1982, c'est le secteur le plus profitable, des chiffres cinq fois meilleurs que la moyenne du secteur industriel¹¹. L'industrie pharmaceutique sait aussi influencer directement le consommateur, le patient. Pour doper les ventes de certains produits, les firmes font tout pour qu'ils soient accessibles en vente libre et pouvoir en faire une publicité directe. La proposition récente en Belgique de ne plus rembourser et de mettre en vente libre des sprays nasaux à base de corticoïdes n'échapperait pas à cette logique. En théorie la loi belge interdit ces partenariats économiques entre soignants et firmes pharmaceutiques mais, en pratique, il semble bien difficile d'enrayer ces manœuvres tant que la commercialisation des soins de santé est la logique dominante. Les soignants et les patients, même sans le vouloir, subissent donc directement et indirectement la loi du système économique néolibéral.

Déshumanisation des soins et perte de sens au travail

Les soignants reçoivent de plein fouet les tensions provoquées par les politiques néolibérales et doivent conjuguer leur rôle avec une profonde transformation de ce qui définit la « performance » en santé. La mutation est d'abord lexicale : le patient devient client, le soin une prestation, la relation une thérapie. Mais cette évolution touche aussi le cœur même des métiers du soin. La taylorisation des actes soignants (comme les récents chronométrages des soins aux hôpitaux de Paris pour évaluer la charge de travail par pathologie) nourrit une vision séquencée des soins qui, dans la réalité des soignants n'existe pas. L'essentiel des contacts combinent en effet plusieurs dimensions : diagnostic, soin, prévention, soutien psychosocial, aide aux démarches, orientation vers un autre professionnel... Saucissonner ce tout, c'est nier la complexité de la santé. Par ailleurs, la motivation à dispenser des soins de qualité, la fierté et la satisfaction d'avoir aidé un être humain sont peu valorisées car jugées non rentables à l'aune du critère économique. Pour couronner le tout, les injonctions paradoxales, de type « plus de qualité avec moins de ressources », mettent le soignant face à l'irréconciliable. Or, pour la plupart des professionnels de la santé, le choix du métier est lié à sa valeur sociale, au sens que ces métiers donnent à une journée de travail. La perte de ce sens, les injonctions paradoxales, les exigences de

10. G. Krings, P. Leroy, J. Laperche, op cit.

11. Editorial, « Les Obstacles à la 'santé pour tous' », *CETRI, Alternatives Sud* 2004.

moins en moins réalistes et les visions inadéquates de leur rôle nourrissent un malaise grandissant. Cet été, pas moins de cinq infirmières se sont donné la mort en France¹². Pour chaque suicide, combien de burn out et d'arrêts maladie ? Combien de démissions ? Combien de souffrance cachée et de stress qui tuent à bas bruit ? N'est-il pas légitime d'interroger le fonctionnement de systèmes de santé incapables de produire de la santé pour les acteurs qui le composent ? Enfin, dans ce contexte de politiques économiques austères, se mettent en place des stratégies de contournement, des « triches » qui permettent aux professionnels de concilier la volonté de prendre soin avec des normes administratives qui paraissent absurdes¹³. Ces ajustements, qui ont du sens au niveau des individus, contribuent à fausser l'information sanitaire et à rendre plus difficile le pilotage des systèmes.

Le système néolibéral guidé par la rentabilité économique réduit la qualité des soins et surtout contribue à les déshumaniser. Les patients sont considérés comme des paquets de maladies et les soignants, contraints à des pratiques très éloignées de leur idéal de soins, démotivés, perdent de vue le sens de leur métier. Indice de cette déshumanisation grandissante, un nouveau genre de soignant humanoïde est apparu dans les maisons de repos et de soins en Belgique. Le robot Zora, présenté comme une prouesse technologique, relaie le personnel en assurant un contact avec les seniors, répond à leurs questions, donne le bulletin météo, les aide à pratiquer des exercices physiques, chante, danse, etc. Bref, un robot aide-soignant destiné à remplacer le temps consacré par le personnel à ce qui n'est pas considéré directement comme du soin. On peut dénoncer une forme d'infantilisation des personnes âgées qui ont besoin de véritables contacts humains et non d'un jouet qui simule la présence humaine ; on peut aussi se demander pourquoi les familles n'ont plus le temps de rendre visite à leurs parents. Il est vrai que dans cette vision libérale où « le temps c'est de l'argent » et où l'argent est si central, l'investissement pour soi et ses proches n'est guère la priorité. Quand la sphère la plus intime qui soit – la santé – est si maltraitée, se pose une question centrale de société : les logiques de l'argent ont-elles définitivement annihilé l'essence même de l'humanité ? Une profonde réflexion sur notre système économique, notamment dans son impact sur la santé et le social, s'impose. ■

12. A. Trentesse, « Suicides d'infirmiers : les tutelles toujours silencieuses, la colère monte », www.infirmiers.com, 31 août 2016.

13. Sur les méfaits des nouvelles logiques managériales, en particulier dans les hôpitaux de Paris : *Travail, les raisons de la colère*, V. de Gaulejac, Seuil, 2011.

