

Un kit de survie pour la profession médicale

Comment être une fin-en-soi éthique
Par temps de commercialisation et de digitalisation des soins?

Een survival kit voor de medische professie

Hoe kan het beroep een ethisch doel op zich zijn in tijden van marketing en
digitalisering van de zorg?

A survival kit for the medical profession

How can the profession be an ethical end-in-itself In times of marketing and
digitization of care?

Jean-Pierre Unger, MD, MPH, PhD, DTM&H

Visiting Professor, Institute of Health and Society, University of Newcastle (2018 -);
Senior Lecturer Emeritus, Department of Public Health, Institute of Tropical Medicine,
Antwerp (1980 – 2019);
Honorary Senior Research Fellow, Queen Mary, University of London (2012 – 2015)

119 A avenue Van Becelaere . 1170 Bruxelles

Email: jeanpierre.unger@gmail.com

Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer

Présentation du 22 janvier 2020

Mots-clés

Médecine ; professionnalisme ; éthique ; management des soins ; politique de santé

Résumé

Cet essai est d'ordre plus professionnel que scientifique : il met en débat des principes de pratique médicale en se basant sur l'expérience d'une carrière de médecin de santé publique. Et pour cela, il analyse *les conditions opérationnelles et théoriques* qui permettraient à la pratique médicale de rester une profession alors que son environnement se caractérise par l'émergence de l'intelligence artificielle (IA); la délégation des tâches ; la commercialisation des soins ; et les politiques d'austérité. Ces conditions concernent l'exercice de l'art de guérir, son enseignement, la gestion des services et les politiques de santé.

La culture des médecins devrait évoluer de manière à ce qu'ils intériorisent les responsabilités professionnelles dont l'IA est incapable de se charger, ou encore, de manière à ce qu'ils associent ces responsabilités à leur identité professionnelle. A cette fin, les facultés rechercheraient et transmettraient des connaissances professionnelles, et pas seulement scientifiques. Elles éduqueraient les médecins, sans se limiter à leur donner des connaissances scientifiques et des compétences. Le management des services de santé aurait une finalité sociale et professionnelle, ce qui n'est possible que si le financement des services de santé est public. Enfin, pour que l'accès aux soins soit un droit humain, les politiques de santé et de coopération auraient une finalité sociale et professionnelle, pas commerciale et industrielle.

Samenvatting

Dit essay is professioneler dan wetenschappelijk: het stelt de principes van de medische praktijk ter discussie op basis van de ervaring van een carrière als volksgezondheid arts. En daarvoor analyseert de auteur de operationele en theoretische voorwaarden waardoor de medische praktijk een beroep zou kunnen blijven terwijl zijn omgeving wordt gekenmerkt door de opkomst van kunstmatige intelligentie (AI); delegeren van taken; marketing van zorg; en bezuinigingsbeleid. Deze voorwaarden hebben betrekking op de praktijk van de geneeskunst, het onderwijzen ervan, het beheer van diensten en het gezondheidsbeleid.

De cultuur van artsen moet evolueren zodat ze zich de professionele verantwoordelijkheden eigen maken die AI niet op zich kan nemen, of zodat ze deze verantwoordelijkheden associëren met hun professionele identiteit. Daartoe zouden de faculteiten professionele kennis zoeken en overdragen, en niet alleen wetenschappelijke. Ze zouden artsen opleiden en niet alleen wetenschappelijke kennis en vaardigheden geven. Het beheer van gezondheidsdiensten zou een sociaal en professioneel doel hebben, wat alleen mogelijk is als de financiering van gezondheidsdiensten openbaar is. Ten slotte, als toegang tot gezondheidszorg een mensenrecht is, zou het gezondheids- en internationale samenwerkingsbeleid in de gezondheid sector een sociaal en professioneel doel hebben, niet commercieel en industrieel.

Abstract

This essay is more professional than scientific: it subjects the principles of medical practice to debate based on the experience of a career as a public health physician. And for this, it analyzes the operational and theoretical conditions that would allow medical practice to remain a profession while its environment is characterized by the emergence of artificial intelligence (AI); delegation of tasks; marketing of care; and austerity policies. These conditions relate to the practice of the art of healing, its teaching, the management of services and health policies.

The culture of physicians should evolve so that they internalize the professional responsibilities that AI is unable to take on, or so that they associate these responsibilities with their professional identity. To this end, the faculties would seek and transmit professional knowledge, and not just scientific. They would educate doctors, not just giving them scientific knowledge and skills. The management of health services would have a social and professional purpose, which is only possible if the funding of health services is public. Finally, for access to healthcare to be a human right, health and cooperation policies would have a social and professional purpose, not commercial and industrial.

Introduction

Cet essai a été rédigé au départ d'un exposé à l'Académie Royale des Sciences d'Outre-Mer de Belgique (donné le 22 janvier 2020), lui-même conçu à partir d'une série d'articles publiés dans Biomed Central - Health Services Research en 2020.¹

Sa logique est professionnelle plus que scientifique car

- Il met en débat des principes de pratique médicale ;
- Pour formuler ces principes, l'auteur se base sur sa carrière de médecin de santé publique;
- De manière normative plus que descriptive, il analyse *les conditions* de l'art de guérir, de son enseignement, de la gestion des services et des politiques de santé qui permettraient à la profession médicale de survivre en tant que fin-en-soi éthique à un environnement caractérisé par l'émergence de l'intelligence artificielle (IA); la délégation des tâches ; la commercialisation des soins ; et les politiques d'austérité.

D'avoir eu le privilège de côtoyer certains médecins et infirmier(e)s en Afrique, en Asie et en Amérique latine, il nous reste le souvenir de merveilleux professionnels qui travaillaient pour leurs patients et la population, qui s'épaulaient et payaient de leur personne. La grandeur de la tâche était leur source d'orgueil. Sous toutes les latitudes, ces héros anonymes travaillaient en équipe et l'amitié les liait souvent. Chacun évoquait avec sa culture les valeurs professionnelles en analysant les cas cliniques, et c'est avec elle qu'ils ébranlaient les certitudes, que changeaient les opinions, et qu'ils se donnaient le courage de l'action. Ce sont eux qui ont inspiré la rédaction de cet article.

Les médecins sont des professionnels. En cela, ils se distinguent des techniciens supérieurs en soins de santé par une caractéristique fondamentale : la société ne concède qu'aux premiers une autonomie décisionnelle, par égard pour les malades et pour la santé de la collectivité. Mais cette liberté n'est pas sans risque : les conséquences du manque d'éthique des médecins et des professionnels de la santé peuvent atteindre des proportions épidémiologiques et démographiques, comme le montrent les deux exemples suivants.

- a. Selon une étude tanzanienne de 2014, les complications des césariennes comptaient pour 13% des décès maternels.² Alors que l'UNICEF et l'OMS recommandaient de maintenir le taux de césariennes sous 15%,³ et qu'en 2015, le seuil fut mis à 19%,⁴ ce taux se montait en 2016 à 40.5% en Amérique Latine et dans les Caraïbes, 32.3% en Amérique du Nord et 25% en Europe.⁵
- b. L'avortement 'sélectif' des embryons féminins en Asie est un problème qu'Amartya Sen a jadis révélé. Une étude de 2005 estimait que plus de 90 millions de femmes manquaient à l'appel parmi les populations afghanes, bangladaises, pakistanaises, chinoises, indiennes, sud-coréennes et taiwanaises.⁶ Bien qu'une autre étude qui incluait aussi le

Bangladesh, le Pakistan, la Chine et l'Inde ait ramené ce nombre à moins de 38 millions en 2010,⁷ son importance montre néanmoins le caractère démographique des conséquences du manque d'éthique des professionnels ou du moins, de ceux qui pratiquent des échographies anténatales et des avortements sélectifs pour satisfaire la demande d'une partie de la classe moyenne asiatique.

Il se trouve que la régulation et le contrôle, tout indispensables soient-ils, ne suppriment pas le risque de décision clinique amorale associée à l'autonomie professionnelle : il faut aussi que la médecine soit enseignée comme un but-en-soi éthique et que les médecins forment une communauté morale. C'est en cela que leur professionnalisme est une culture. Comme toutes les autres, elle est faite de valeurs, de points de vue, de leurs justifications, ainsi que de gestes et de paroles justes. Mais elle a ceci de particulier qu'elle est censée contribuer à la préservation de la vie humaine.

Aujourd'hui, des nuages obscurcissent le professionnalisme médical et menacent jusqu'à son existence. Les facteurs que nous analysons ici sont ceux qui, empiriquement, nous semblaient le plus impactant: l'intelligence artificielle ; la délégation des tâches ; les politiques d'austérité; et surtout, la commercialisation des soins de santé.

C'est dans ce contexte que cet essai examine les conditions de l'art de guérir, son enseignement, la gestion des soins et les politiques, les conditions qui permettraient peut-être à la pratique de la médecine de rester une profession dans son périlleux environnement du 21^{ème} siècle.

Machines ou médecins ?

L'intelligence artificielle (IA) utilise des algorithmes pour analyser des données médicales complexes mieux, ou aussi bien que la cognition humaine. Il y a plus de trente ans, des systèmes experts étaient déjà utilisés en clinique (en médecine interne, par exemple) mais ils en sont restés au stade de la recherche parce que l'IA ne parvenait pas à penser correctement la causalité et la contre-factualité. Aujourd'hui, ce type d'application en est encore à ses débuts. Elles devront être davantage développées avant de pouvoir être utilisées par les praticiens.⁸

La radiologie est la spécialité qui a sans doute bénéficié le plus des progrès de l'IA. Le diagnostic par mammographie de screening assisté par ordinateur en est une illustration classique. Une recherche récente en radiologie est parvenue à faire diagnostiquer la pneumonie par la machine mieux que par l'homme. En oncologie, un ordinateur a récemment pu analyser des images pour évaluer l'efficacité d'une immunothérapie. Quant à la télémédecine, elle permet de surveiller certains paramètres (rythme cardiaque, niveau de sommeil, ECG), et avec l'aide de l'IA, de communiquer l'information au médecin en cas de danger.

Mais si les capacités et les progrès de l'IA sont réels, ils sont bien moindres que ce que les acteurs économiques voudraient faire croire à l'opinion publique. Ses progrès les plus marquants concernent des tâches qui s'accommodent d'un haut degré de standardisation (comme la gestion de l'équilibre ionique d'un patient aux soins intensifs), de tâches visuelles (comme en radiologie) ; ou qui bénéficient de la robotique (comme certaines chirurgies urologiques et gynécologiques). Mais les progrès sont à peu près nuls dans les spécialités pour lesquelles les soins biopsychosociaux sont comme une seconde nature (la psychiatrie, la psychosomatique, la pédiatrie, la gynécologie,...) et dans la prise en charge du patient porteur de pathologies multiples (comme en médecine générale, en médecine de famille et en gériatrie), nous verrons pourquoi.

Malgré ce bilan contrasté, l'IA est souvent perçue comme susceptible de se substituer bientôt aux médecins, grâce à sa gestion de l'information et sa capacité à apprendre de ses propres erreurs. Et il faut bien admettre qu'on ne peut en dire autant de tous les praticiens. Dès lors, si les médecins entendent convaincre l'opinion publique de ce que l'IA ne peut les remplacer sans que ne se détériore dramatiquement la qualité des soins, il faudra que leur culture et leur pratique se centrent sur les responsabilités et les tâches qui ne conviennent pas à l'automatisation. Ce sont elles qui devront définir le domaine du professionnalisme médical contemporain, et que nous examinons maintenant :

1. L'IA donne un appui aux décisions standardisables. Par contre, elle est incapable de donner des soins biopsychosociaux parce que les conditions de vie de chaque patient lui sont propres et surtout, parce que ce type de soins ne convient pas aux algorithmes. En effet, si la composante sociale de la prise en charge s'accommode d'un certain degré de standardisation,⁹ il n'en va pas de même de la normalisation de la prise en charge des problèmes psychosociaux et des traitements psychologiques. En effet, si la parole du médecin soigne, on a peine à imaginer que la thérapie 'familiale' (ou 'systémique') puisse-t-elle être standardisée sans que le traitement ne perde en pertinence – alors que de toutes les psychothérapies, la thérapie familiale est celle qui est la plus utile à la médecine générale parce que la famille est souvent le seul filet de sécurité sociale disponible et qu'il n'est pas une famille qui, pour la santé de la personne, n'offre des ressources et/ou ne constitue un problème.¹⁰
2. L'IA ne peut donner de soins 'centrés sur le patient'. En effet, si l'informatique aide parfois à définir une thérapie, elle est inapte à négocier les décisions thérapeutiques avec le patient parce que ce type de négociation nécessite de l'empathie ; un ajustement mutuel ; la connaissance de l'environnement et du réseau de relations du patient ; des habiletés communicationnelles, et de la communication non verbale (encore que les programmeurs travaillent à ce type d'échange).
3. Les poly-pathologies se multiplient avec l'accroissement de l'espérance de vie. Or l'IA est incapable de les traiter parce que l'efficacité du traitement d'une maladie se paye souvent par la détérioration de la symptomatologie d'une autre et que

les objectifs et les priorités, les bénéfices et les risques thérapeutiques sont à établir de commun accord avec le patient.

4. L'IA ne parvient pas à donner de soins continus parce que l'utilisation des services de santé de référence (lorsqu'ils sont nécessaires) et la prolongation du traitement sont à négocier entre patient et praticien, faute de quoi les conseils professionnels restent lettre morte.
5. Dans le secteur des soins de santé, l'IA ne parvient pas à remplacer l'homme à la direction d'une équipe multidisciplinaire parce que ce leadership nécessite des compétences psychologiques, une capacité à dialoguer et à donner l'exemple, un projet thérapeutique interdisciplinaire et de la sensibilité aux normes culturelles.
6. La coordination des soins de santé entre services d'un même hôpital, ou entre institutions, requiert un être humain parce qu'elle repose sur des négociations et l'ajustement mutuel des praticiens. Même si le dossier électronique partagé favorise leur communication, il ne la remplace pas.
7. Si l'IA peut aider à sélectionner un guideline clinique, elle est incapable de l'utiliser de manière critique, un must quand on sait que les conflits d'intérêts qui président à sa conception ne manquent pas.¹¹ L'analyse scientifique critique est non seulement trop complexe pour l'IA mais elle lui est inaccessible parce que son design, généralement financé avec des capitaux privés, traduit souvent un conflit d'intérêt dans le chef du programmeur (et à cette règle, Duodecim^a n'est pas une exception puisque ses guidelines sont l'émanation d'une organisation à finalité publique).
8. L'IA, comme le savoir-faire professionnel, devraient être adaptés à chaque service de santé, en jouant de l'expérience de ses praticiens et des données locales, parce que
 - les valeurs prédictives des tests, au contraire de leur sensibilité et de leur spécificité, dépendent des prévalences et des caractéristiques locales de la patientèle (le 'patient mix') ;
 - les équipements désirables ne sont pas toujours disponibles, ni les médicaments d'ailleurs ;
 - et la culture des médecins, comme celle des patients (leurs valeurs, disait Cochrane) sont éminemment variables.

En définitive, l'IA soutient mal le professionnalisme médical parce qu'elle manque de données locales, qu'elle est encore limitée en matière de causalité et

^a Duodecim est la maison d'édition de la Société Médicale Scientifique Finlandaise. Elle publie des guidelines cliniques, des résumés conçus pour les prestataires de soins au point de consultation. En Belgique, elles sont disséminées par la CEBAM, la branche belge de Cochrane Collaboration, à travers son site ebpracticenet (www.ebpnet.be/), et au nom de l'INAMI - RIZIV.

de contre-factualité, et qu'à ce jour, elle n'a ni les habiletés comportementales ni les compétences communicationnelles nécessaires à la psychologie clinique. Rien d'étonnant à cela, puisque, par définition,^b les algorithmes intègrent mal les résultats de la recherche qualitative / interprétative.

9. L'IA est incapable de soupeser des normes éthiques contradictoires à l'heure de prendre une décision clinique, parce que cette pondération implique un raisonnement philosophique hors de sa portée.
10. L'IA est incapable d'améliorer l'organisation des services de santé en dérivant les priorités de gestion à partir d'incidents cliniques 'critiques', parce que ce type d'enquête demande de la créativité et la capacité de vérifier si la cause d'un problème est systématique ou non.
11. A ce jour, l'IA n'a pas de capacité de réflexivité médicale - elle ne sait pas auto-évaluer ses décisions cliniques - lorsque la réflexivité s'applique aux domaines inventoriés ci-dessus. L'IA n'en est capable que lorsqu'elle s'applique à des variables biologiques.

En somme, si les médecins ne placent pas toutes ces responsabilités au cœur de leurs préoccupations et de leur culture, l'avantage comparatif de l'homme sur la machine pourrait disparaître et à terme, les systèmes de santé pourraient finir par pouvoir se passer d'eux.

Quant à l'IA, son utilité pour la pratique clinique suppose

- Que les médecins sachent l'utiliser à bon escient
- Qu'ils y aient recours de manière critique, nous l'avons vu - et qu'en particulier ils réalisent que par souci commercial, son design est susceptible de privilégier l'efficacité clinique au détriment de l'efficacité et de biaiser la consommation des technologies médicales et des médicaments;
- Que l'IA soit conçue pour soutenir la pratique des médecins, en ouvrant à la décision humaine et non pour que les médecins en deviennent le prolongement. Ceci suppose qu'elle soit conçue par les meilleurs des cliniciens, et si possible, par des cliniciens polyvalents.

Infirmier ou médecin ?

De tous temps, les paramédicaux (le 'clinical officer' en Afrique de l'Est, l'acupuncteur en Chine, l'infirmier en Afrique de l'Ouest, le 'feldscher' en Asie centrale, etc) ont tenu le rôle du médecin de famille dans les pays en développement. Si en Suède, ce sont aussi des infirmiers (spécialement formés) qui tiennent le rôle du généraliste comme premier contact du patient avec le système de santé, il s'agit d'une exception dans le paysage des pays industrialisés, et ses résultats donnent pour le moins matière à discussion.

^b Algorithme: ensemble des règles opératoires propres à un calcul.

Aujourd'hui, de nombreuses voix prônent le remplacement des médecins de première ligne par des praticiens moins qualifiés dans les pays industrialisés. A les entendre, la médecine préventive n'aurait pas lieu d'être: les programmes de santé publique feraient aussi bien l'affaire. Quant au généraliste, l'infirmier pourrait partiellement le remplacer (ce qui est acté par la loi belge), et à l'hôpital, l'aide-soignant pourrait se substituer à l'infirmier (ce que la loi belge ne permet pas encore). En réalité, le plaidoyer pour cette cascade de délégations de tâches obéit essentiellement à une seule logique, celle de la quête d'efficacité à tout prix.

Mais si la substitution des médecins par des infirmiers dans les centres de santé des pays en développement résout de nombreux problèmes, ^c leur aptitude à négocier la conduite thérapeutique avec le patient n'est pas moins restreinte, par rapport à celle d'un médecin, parce que la formation des paramédicaux ne leur permet pas de s'écarter des 'guidelines' cliniques pour des alternatives plus adaptées aux conditions biopsychosociales de leur patient.

Ensuite, la délégation des tâches médicales à des professionnels moins qualifiés n'est pas sans danger. Certes, on peut en contrôler les risques, mais à condition de standardiser scientifiquement les tâches médicales déléguées, de dûment former le paramédical, de le superviser et d'évaluer régulièrement la délégation. Or ni les gouvernements qui appliquent les politiques d'austérité ni les banques-assurances ne montrent d'empressement à financer ces activités non-cliniques des médecins, les uns par soucis d'efficacité et les autres, de rentabilité.

Clients ou patients ?

La question n'est terminologique qu'en apparence. Y répondre suppose un choix existentiel qui regarde l'avenir de la médecine : la relation du malade et son médecin doit-elle être essentiellement contractuelle ? Faut-il que le patient soit un client et le médecin, un vendeur de soins ? Ou au contraire, faut-il que leur relation soit soutenue par l'éthique du médecin, que leur contrat s'assortisse d'un engagement émotionnel, bref, que leur lien procède de ce que le Pentateuque appelait une Alliance? Enfin, la médecine peut-elle être amnésique ou faut-il qu'elle se souvienne de ses 2500 ans de tradition hippocratique ? ^d

Hippocrate considérait que l'altruisme désintéressé était la valeur qui fondait la morale du médecin ('Tu ne rentreras dans la maison d'un malade que pour son bien', disait-il). Aujourd'hui, l'éthique 'néo-hippocratique' estime que quatre valeurs déterminent toutes les autres : l'altruisme désintéressé, certes, mais aussi la non-malveillance, l'autonomie et la justice distributive. Mais hier comme aujourd'hui, la commercialisation des soins est l'antonyme et le fossoyeur de l'altruisme désintéressé et du professionnalisme médical: ou bien le médecin maximise son

^c Au contraire de leur remplacement par des agents de santé communautaires, dont la formation est trop courte pour qu'ils résolvent des problèmes cliniques

^d La médecine ayurvédique est, quant à elle, vieille de 3000 ans.

revenu et il n'appartient plus à une communauté morale, ou bien sa pratique est une fin-en-soi éthique.

L'asymétrie d'information, qui caractérise la relation entre un médecin détenteur de savoir et un malade souffrant, vivant sous une épée de Damoclès et angoissé, cette asymétrie est la plus abyssale qui soit. Pour les pouvoirs publics comme pour les scientifiques, elle aurait du faire des soins de santé le pire des candidats à la mise sur le marché. Et elle aurait du justifier que les systèmes de santé et les facultés mettent l'éthique professionnelle au cœur de leur mission...

Mais au contraire, c'est à un mouvement proprement tectonique que l'on doit la substitution du terme 'client' à celui de 'patient' : l'économie politique généralise la commercialisation des soins et celle-ci balaie les systèmes de santé, de Paris à Pékin et du Cap à Rio. Et même si les praticiens sont loin d'être tous des commerçants, et qu'ils sont nombreux à rejeter les procédés commerciaux et le managed care, ils occupent nolens volens une place centrale dans les menées des assurances de santé qui visent à faire privatiser la sécurité sociale, en Europe comme ailleurs.

Le phénomène n'est pas neuf, mais il s'accélère. Depuis une trentaine d'années, le secteur bancaire pousse à la commercialisation des soins en milieu médical. Dans les pays à revenu faible et moyen, il compte sur ceux des médecins qui pratiquent leur art pour que survivent leurs parents et qu'étudient leurs enfants. Aux Etats-Unis, il compte sur les praticiens qui font commerce de leurs soins pour payer une dette d'études. En Europe, l'approche est plus subtile, insidieuse, et lente : l'extension du marché avance dans le secteur des professions en pénurie et dans celui des spécialités axées sur la technologie médicale.

Reste que les médecins ont une bonne raison de s'opposer à la marchandisation des soins : leur morale. Conformément à l'individualisme méthodologique de l'économie néoclassique, la commercialisation des soins vise à maximiser l'extraction de profit de la pratique médicale.¹² Son vice : ne s'appliquer aux professionnels de santé qu'avec des conséquences néfastes pour l'éthique médicale et la qualité des soins. En effet, l'économie néoclassique part de l'hypothèse que l'homme agit rationnellement pour maximiser son utilité (ce que les économistes entendent par son bien être matériel) alors que le serment d'Hippocrate l'interdit. Quant au managed care, ou 'maîtrise des soins', on s'attendrait à ce que les médecins le rejette pour incompatibilité avec leur autonomie et avec l'éthique hippocratique, puisqu'il focalise leur attention sur le profit (par exemple avec le 'paiement à la performance'),¹³ et qu'il détériore leur communication avec le patient en interdisant la négociation de la conduite thérapeutique.

Mais on est forcé d'admettre que les praticiens n'ont guère opposé de résistance à la commercialisation des soins. Alors, pour comprendre l'adhésion de si nombreux praticiens à cette politique, au-delà des manœuvres des banques-assurances, il faut se tourner vers *la* culture du 21^{ème} siècle et son impact sur le professionnalisme médical. Aujourd'hui, on étale ses richesses pour contracter des alliances familiales et sociales profitables et intégrer le milieu social qu'on ambitionne.¹⁴ L'ostentation

des biens est ainsi devenue la mère de toutes les stratégies sociales et comme il n'y a pas de raisons qu'elle épargne les médecins, leur acculturation professionnelle s'en trouve accélérée.

Il n'est donc pas étonnant que ce soit dans l'indifférence des organisations médicales que les politiques publiques de santé promeuvent les assurances commerciales, stratégiquement, comme en Allemagne et en France; ou en les rendant obligatoires aux segments sociaux rentables (c'est-à-dire à tout le monde sauf les pauvres, les vieux et les malades chroniques), comme aux Etats-Unis, en Hollande, en Suisse, au Chili et en Colombie.

L'économie politique des soins de santé

Trois catégories d'acteurs économiques se rejoignent pour vouloir démedicaliser les services de santé :

- Une partie du patronat européen entend réduire les dépenses publiques de santé et pense, à tort, que la privatisation des assurances de santé réduira les dépenses publiques. Il a tort en effet parce que les seules dépenses publiques de santé par habitant aux Etats-Unis dépassent le niveau total des dépenses de santé publiques et privées per capita dans la plupart des pays de l'OCDE. Les banques-assurances taillent des croupières à tous les secteurs économiques, mais les investisseurs semblent n'en avoir cure.
- Comme les banques-assurances s'intéressent aux dépenses de santé des classes moyennes, elles poussent à la démedicalisation des services de santé destinés aux pauvres.
- Enfin, les équipementiers et les entreprises pharmaceutiques veulent accroître leur part de budget public de la santé. En Europe de l'Ouest, c'est même leur principale préoccupation.

Mais si le développement du marché des soins concerne les banques-assurances, il regarde aussi l'état. Les traités de commerce internationaux et presque toutes les organisations internationales poussent les gouvernements à privatiser le financement et la gestion des soins. Et pour murir la privatisation des assurances de santé, les gouvernements jouent de leur financement. Avec l'austérité pour mission, les politiques néolibérales étranglent les dépenses publiques de santé et l'offre dans les services publics - le temps que soient privatisées les assurances. Pour rendre le système de protection sociale inacceptable aux classes moyennes et aux médecins, elles limitent la couverture des soins dans le service public aux seuls consommateurs non rentables et aux interventions pour lesquelles il n'y a pas de demande, comme les soins préventifs et les programmes de santé publique. C'est ainsi qu'elles poussent lentement la population à demander l'accès aux assurances commerciales de santé avec le soutien financier de l'état, et qu'elles créent un momentum politique sans provoquer de contestation sociale ni de coût d'opportunité *trop perceptible* par les acteurs économiques qui n'investissent pas en santé.

Et ce n'est que lorsque la loi finit par imposer le financement privé des soins que les gouvernements desserrent les cordons de la bourse : comme aux Etats-Unis et en Suisse, il n'y a alors plus de limite aux dépenses de santé, publiques comme privées.

Le tour pris par la médecine sous la houlette de l'économie politique des soins aurait du alerter les Ordres et les syndicats de médecins, mais tel ne fut pas le cas. Et s'il est minuit moins cinq, il est encore temps pour que ces organisations réagissent. Pour défendre la profession, elles pourraient expliquer au public en quoi le marché des soins est incompatible avec la culture professionnelle. Et aux organisations patronales des secteurs dont le *métier* n'est pas la prestation des soins, elles pourraient montrer l'importance des parts de marché que la privatisation du financement des soins leur fait perdre :

- la croissance du secteur santé au niveau mondial a longtemps été de 3,9% par an contre 3% pour l'ensemble de l'économie ;
- la différence de pourcentage de PIB consacré à la santé entre les Etats-Unis et l'Europe avoisine les 7%.
- En tant que facteur d'instabilité politique, la commercialisation des soins nuit aux autres secteurs économiques. Aux Etats-Unis et dans les pays à revenus faibles et moyens, cette instabilité est liée aux dépenses catastrophiques de santé - la principale cause d'appauvrissement dans le monde.
- la pauvreté est à son tour source d'obésité, de pathologies cancéreuses, cardiovasculaires et endocriniennes, de violence urbaine et d'addiction,... et donc, d'un surcroît de dépenses publiques.

En définitive, pour les organisations médicales, aucun effort de pédagogie ne serait superflu.

Un kit de survie pour la profession médicale

Les 4 principes mis à la discussion ici ont été pensés pour le médecin mais les autres professions de la santé s'y reconnaîtront peut-être. Quoi qu'il en soit, nous les proposons aux organisations médicales (déontologiques et syndicales) et aux associations de tous les professionnels de la santé ; aux organisations de patients et aux mutuelles ; aux partis qui promeuvent l'accès aux soins comme un droit humain universel ; et au monde académique qui se préoccupe d'intérêt public.

1. La culture professionnelle doit évoluer pour refléter les responsabilités médicales dont l'Intelligence Artificielle (IA) s'acquitte mal.

Pour que l'existence de leur profession se justifie face aux progrès de l'automation et à la délégation de leurs tâches aux paramédicaux, il faudrait que les médecins donnent des soins biopsychosociaux et qu'ils les négocient avec leur patient ; qu'ils contribuent au professionnalisme et à l'éthique médicale dans les services de santé; qu'ils améliorent l'organisation des soins de santé ; qu'ils agissent sur la santé publique même sans être payés pour cela, par devoir moral; et qu'ils combattent la commercialisation des soins dans leur propre pratique, leur hôpital et dans la politique de santé de leur pays. Voyons ce que cela pourrait signifier concrètement.

Pour que les responsabilités inventoriées ci-dessus se matérialisent, les frontières de la médecine clinique, de la médecine préventive et de la santé publique devraient s'effacer. En conséquence, et idéalement,

- Les cliniciens optimiseraient leur impact sur la santé publique tout en maximisant l'individualisation des soins au malade. Pour rencontrer les besoins du patient, de sa famille, et de la personne à risque, les médecins intégreraient les connaissances et l'éthique de la clinique et de la santé publique. Ils accepteraient de vacciner, d'améliorer l'environnement du patient, d'organiser les services de santé (confer infra), de coordonner les soins et de les évaluer. Qu'ils soient généralistes, gynécologues, gériatres ou pédiatres, ils participeraient au contrôle épidémiologique et à la surveillance des épidémies et des endémies. Ils s'investiraient en recherche-action. Ils pratiqueraient la médecine communautaire. En clinique, ils appliqueraient les standards des programmes nationaux de contrôle des maladies. Enfin, ils utiliseraient des guidelines cliniques indépendants (comme les directives finlandaises Duodecim, auxquelles de nombreux généralistes belges ont recours).
- En miroir, la mise en œuvre des programmes de prévention des maladies et de protection des groupes à risque (que constituent les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées) passerait par l'individualisation des soins préventifs, afin de les ajuster à la demande, aux réalités et aux besoins de chaque personne à risque de santé et de chaque famille. La médecine préventive cesserait alors d'être cette sorte de médecine vétérinaire qu'offrent les services publics de tant de pays en développement, à l'initiative de la coopération internationale d'ailleurs.¹⁶
- Les médecins contribueraient au professionnalisme sur leur lieu de travail en faisant appel, en casuistique, aux valeurs de l'éthique médicale autant qu'à l'épidémiologie clinique et à la pharmacologie; en coachant d'autres médecins et professionnels de la santé, et en assurant leur supervision technique; en s'engageant dans la formation médicale continuée ; en se coordonnant avec d'autres équipes médicales ; en organisant des stages et des démonstrations ; en animant le travail d'une équipe multidisciplinaire ; en évaluant les soins et les services de santé ; et en faisant preuve de réflexivité avec des techniques ad hoc (comme l'audit interne).

2. L'université éduque les médecins en leur donnant une culture et en contribuant à leur développement personnel - pas seulement en transmettant des connaissances scientifiques et des compétences.

L'éducation professionnelle, et celle des médecins moins que les autres, ne se satisfait pas de transmettre de la science et des 'compétences' - ainsi que le conçoivent à tort les pédagogues de l'enseignement technique et de l'administration européenne en charge de l'intégration des curricula de l'enseignement supérieur.¹⁵

S'il va de soi que la recherche médicale ait pour mission de poursuivre l'excellence scientifique, l'enseignement de la médecine doit se fonder sur des valeurs et des points de vue, et la recherche médicale doit viser aussi à l'excellence professionnelle.

Car, avec ce qu'elles ont de descriptif et de statique, les sciences quantitatives-probabilistes (comme l'épidémiologie, la pharmacologie et l'économie) et celles qui sont descriptives et interprétatives (comme la sociologie) touchent ici à leurs limites – l'aide à la qualité du geste et de la parole du médecin, et l'aide à la gestion des souffrances et des risques du patient dans ce qu'ils ont d'unique.

Mais les autorités académiques contemporaines admettent rarement que la théorie soit un moment de la pratique, que les connaissances médicales aient pour vocation de servir la pratique, et que les méthodes d'enseignement et de recherche doivent être aptes à transmettre le professionnalisme médical et à l'améliorer.^e Car si tel était le cas, l'université aiderait le médecin avec une recherche différente, une recherche médicale qui rationaliserait les décisions cliniques *partagées*, qui perfectionnerait la parole et le geste professionnel, et qui viserait à gérer les émotions. Cela n'aurait rien d'impossible puisque ces éléments appartiennent au programme des facultés qui ont adopté les principes de l'enseignement basé sur les problèmes ('Problem-Based Learning) - des institutions qui restent, reconnaissons-le, très minoritaires.

En attendant, les médecins-chercheurs 'publient pour ne pas périr', pour ne pas perdre leur emploi ; ils s'engagent toujours plus nombreux en recherche biomédicale et biochimique, pour produire de l'impact factor avec efficacité ; et ils négligent leur excellence professionnelle par soucis d'excellence scientifique.

3. Pour que sa finalité soit sociale et professionnelle, la gestion des services de santé a besoin d'un financement public, exclusif et suffisant, parce que le financement commercial des soins de santé pousse au management industriel des soins et à la déprofessionnalisation de la médecine

Pour autant que leur mission soit sociale, les services publics ont vocation à assurer l'accès universel à des soins professionnels sur un territoire donné, et donc à y promouvoir le professionnalisme. A contrario, la mission commerciale des services de santé les pousse à produire industriellement les soins, pour gagner en efficacité et transformer les services de santé en débouchés des partenaires industriels des banques-assurances. Parce que ces mécanismes sont lents à se mettre en place, c'est aux Etats-Unis que l'on voit le mieux l'horizon sanitaire et social de ces politiques: son système de santé a eu le temps d'évoluer suffisamment pour que soit privatisée la totalité du financement des soins de santé, à l'exception de ceux qui ne sont pas rentables (les soins aux personnes âgées, aux pauvres et aux malades chroniques). Et ce que ce système de santé montre, c'est qu'il est le plus coûteux et le moins efficace ; que le travail des médecins et des professionnels de santé y est mécanisé ; que la culture professionnelle et l'éthique hippocratique s'y détériorent; et que l'accès aux soins de santé est aux Etats-Unis le pire qui soit dans les pays industrialisés.¹⁷

^e Ceci vaut d'ailleurs pour la psychologie, l'éducation et l'exercice de la justice

En réalité, les missions de la gestion des soins, des services et des systèmes de santé à finalité publique s'opposent en tous points à celles de leur gestion lorsque la finalité est privée, et ceci a une insigne conséquence épistémologique: il n'y a pas une mais deux sciences de la gestion de la santé. La finalité de la première est sociale et professionnelle, et celle de l'autre est commerciale et industrielle :

- La première traite les professionnels comme des agents *suffisamment* libres pour prendre des décisions éthiques et comme des sujets qui grandissent avec l'expérience.
 - L'autre réduit l'autonomie des médecins en leur imposant des décisions cliniques profitables et en les traitant comme des techniciens, l'appendice humain des technologies médicales.
 - La première joue de l'identité professionnelle des médecins pour leur faire appliquer une éthique, et elle n'admet pas que la recherche d'efficacité s'exerce au détriment du professionnalisme et de la nature biopsychosociale et négociée des soins.
 - L'autre, avec le 'managed care', joue de l'identité socioéconomique des professionnels pour améliorer la rentabilité de l'investissement.
 - La première conçoit la gestion des 'ressources humaines' à partir d'incitants matériels autant que symboliques ; elle encourage la production de connaissances empiriques dans les services ; elle décentralise l'élaboration de la jurisprudence éthique et l'intègre aux 'case reviews' des hôpitaux ; elle adopte un modèle adocratique pour l'organisation des services de santé (comme dans la Silicon Valley) ; elle n'associe pas les revenus à la prise de décision clinique ; et elle vise à améliorer simultanément la santé des individus et de la collectivité.
 - L'autre pousse à la quantification de tous les actes techniques dans l'optique d'une gestion actuarielle des risques de santé.
4. Seules les politiques de santé à finalité sociale et professionnelle garantissent le droit universel aux soins de santé.

Lorsqu'elles veulent vraiment que l'accès aux soins professionnels soit un Droit de l'Homme universel, les politiques de santé le garantissent dans un système universel. Elles entravent la commercialisation du financement des soins en raison de son iniquité, parce que les assurances segmentent socialement les systèmes de santé alors que, pour paraphraser Olof Palme, 'les services de santé pour les pauvres sont de pauvres services'.

C'est d'ailleurs ce que confirme d'ailleurs la comparaison des systèmes nationaux de santé. L'évaluation de systèmes aussi divers que ceux de la Colombie, du Chili,¹⁶ des USA, des Pays-Bas et de Suisse¹⁷ prouve que le financement commercial des services de santé est incapable de garantir le Droit aux soins de santé, qu'il est inéquitable pour les patients, inefficace pour les contribuables, et aliénant pour les professionnels puisqu'il détériore l'éthique professionnelle. C'est ainsi qu'aux Etats-Unis, le financement commercial et la gestion des soins de santé à finalité lucrative poussent les médecins au suicide - non seulement à cause des cadences de production, de l'hyper-standardisation des décisions cliniques et du caractère invasif

des tâches administratives, mais parce que les praticiens ne parviennent pas à travailler en conscience.¹⁸

A contrario, les politiques de santé qui visent à promouvoir l'excellence professionnelle en médecine évitent que le financement public des soins^f ne rémunère les services de santé à finalité commerciale, et elles garantissent un financement suffisant des praticiens et de leurs activités non cliniques. En outre, elles disent comment, avec quels incitants matériels et symboliques, elles entendent agir sur la motivation des médecins à donner des soins de santé de manière éthique.

Par ailleurs, si les politiques de coopération internationale ne voulaient se mettre en porte-à-faux avec les principes de la protection sociale qui prévalent à domicile, elles chercheraient à améliorer l'accès aux soins et le professionnalisme médical dans les pays bénéficiaires. Certes, ces objectifs demanderaient un changement de cap difficile, un virage d'autant plus complexe à négocier que la coopération internationale a été démedicalisée^g et que les services cliniques des pays à revenu faible ont longtemps été abandonnés à eux-mêmes. Mais en medicalisant ses cadres, la coopération pourrait améliorer le professionnalisme des systèmes de santé récipiendaires, et en améliorant ainsi l'acceptabilité des services de santé, elle pourrait songer à les démocratiser – alors que l'on sait qu'ils sont les premières victimes du déficit démocratique et de l'injustice sociale.

Pour que le contribuable lambda des pays industriels voit un intérêt à financer la coopération *médicale* internationale, il lui faudra réaliser que la focalisation de la coopération et celle des systèmes de santé récipiendaires sur le contrôle épidémiologique n'a pas évité que les épidémies de SIDA, de SARS et de Coronavirus ne le menacent chez lui. Et découvrir que le recentrage de la coopération sanitaire sur les soins de santé est susceptible de réduire l'inefficacité de la bureaucratie de l'aide internationale - la plus grande que la terre ait portée -¹⁹ ainsi que les migrations internationales -²⁰ qu'il semble tellement craindre.

Enfin, pour dissuader l'opinion publique de voter pour les partis politiques pilotés par les assurances commerciales de santé, les organisations médicales, syndicales et professionnelles devront découvrir qu'elles ont tout intérêt à enseigner au public une leçon des crises du Covid-19 et des opioïdes aux Etats-Unis – à savoir que la santé vaut qu'on intègre en pratique et en théorie la médecine clinique et la santé publique.

^f Le financement public des soins peut être Bismarkien, c'est-à-dire basé sur les contributions des employeurs et des travailleurs, ou Beveridgien, basé sur la fiscalité

^g Il n'y a pratiquement plus de médecins dans les organisations de coopération internationale, et ceux qui restent n'utilisent presque plus leurs connaissances et leur expérience cliniques.

Remerciements

Les commentaires de Périnne Humblet, Professeur Em. A l'ULB ont été cruciaux. Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance aux professionnels et universitaires qui ont contribué à la formation des concepts présentés ici : les professeurs P.Mercenier, H. Van Balen et I.Beghin (Institut de Médecine Tropicale d'Anvers), D. Banerji (Jawaharlal Nehru University, New Delhi), et les Drs Pangu K.A. et T. Musinde, tous deux décédés aujourd'hui; les professeurs M. Roland et P. Humblet (Université Libre de Bruxelles), A.C. Laurell (Universidad Autonoma de Mexico), A. Stolkiner (Universidad de Buenos Aires), A. Pollock (University of Newcastle), C. Schuftan (Johns Hopkins University), D. Himmelstein (Harvard University) et C. Harrington (University of California, San Francisco) ; les docteurs P. Daveloose, C. Darras et P. De Paepe (anciens de la coopération belge jadis attachés à l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers), G. De Caux et J. Unger (Université Libre de Bruxelles), A. Sow (Fraternité Médicale Guinée) ; et enfin, et surtout, mon épouse le Dr. I. Morales (directrice médicale de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, Belgique). Leur contribution est involontaire et aucune erreur ne peut leur être imputée ici.

Liste de références

1. Unger, JP., Morales, I., De Paepe, P. and M.Roland. The physician and professionalism today: challenges to and strategies for ethical professional medical practice. *BMC Health Serv Res* **20**, 1069 (2020).
<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/supplements/volume-20-supplement-2>
2. Litorp H, Kidanto HL, Röst M, *et al.* Maternal near-miss and death and their association with caesarean section complications: a cross-sectional study at a university hospital and a regional hospital in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14:244
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-244>
3. UNICEF, World Health Organization, United Nations Population Fund (UNFPA). Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. New York, NY: UNFPA; 1997.
4. Molina G, Weiser TG, Lipsitz SR, *et al.* Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. *JAMA* 2015;314(21):2263-2270. doi:10.1001/jama.2015.15553
5. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.
6. Hudson VM, Den Boer AM. Missing Women and Bare Branches: Gender Balance and Conflict ECSP Report, Issue 11, 2005
7. Guilmo CZ, 2011. Sex imbalances at birth Trends, consequences and policy implications Archived 2012-06-04 at Archive-It United Nations Population Fund, Hanoi.
8. Amisha, Malik P, Pathania M, Rathaur VK. Overview of artificial intelligence in medicine. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(7):2328-2331. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_440_19
9. Jean-Pierre U, Shelmerdine S, van der Veer C, Roland M (2016) How can GPs Best Handle Social Determinants in Practice? Application in the Brussels Environment. *J Fam Med*

Dis Prev 2016, 2:025 Volume 2, 1 <http://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-2-025.php?jid=jfmdp>

¹⁰ Quinet A, Shelmerdine S, Dessel PV, Unger JP (2015) Family Therapy in Developing Countries Primary Care. *J Fam Med Dis Prev* 1:006

<http://clinmedjournals.org/articles/jfmdp/jfmdp-1-006.pdf>

¹¹ Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725

¹² B.Guerrien. Dictionnaire d'analyse économique. Editions la découverte, Paris, 1996 (p253, 407)

¹³ David U. Himmelstein, Dan Ariely, Steffie Woodlander. Pay-for-performance: toxic to quality? Insights from behavioral economics. *International Journal of Health Services*, Volume 44, Number 2, Pages 203–214, 2014

¹⁴ Jean Baudrillard. Pour une critique de l'économie politique du signe. Collection Les Essais, n° 168, Gallimard. Paris, 1972

¹⁵ Accords de Bologne. https://ec.europa.eu/education/policies/higher-education/bologna-process-and-european-higher-education-area_fr

¹⁶ International Health and Aid Policies. Editors: J.-P.Unger, P.De Paepe, K.Sen, W.Soors. Cambridge University Press, 2010 (275 pages).

<http://www.cambridge.org/us/catalogue/catalogue.asp?isbn=9780521174268>

¹⁷ Unger, J.-P., & De Paepe, P. (2019). Commercial Health Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss Health Systems Inefficiency? *International Journal of Health Services*, 49(3), 431–456. <https://doi.org/10.1177/0020731419847113>

¹⁸ Unger J.-P. Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants). Pour un programme de contrôle de l'endémo-épidémie. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 2018, 2, 51: 169-188. ISSN 1370-074X ISBN 9782807392274

¹⁹ Il y a plus de 120 programmes internationaux de contrôle des maladies qui s'étendent, nous l'avons dit, de Bruxelles, Genève et Washington aux plus petits villages africains ou latino-américains en passant par toutes les capitales nationales et régionales du tiers-monde.

²⁰ K.Voorend. A Welfare Magnet in the South? Migration and Social Policy in Costa Rica. PhD Thesis., Erasmus University of Rotterdam, 2016