

La revue *Santé conjugulée* est née de la fusion du *Courrier de la Fédération des maisons médicales* et des *Cahiers du GERM* (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine).

Elle parle de la santé des gens et de ce qui la détermine. Dans une approche pluridisciplinaire, elle diffuse réflexions, témoignages, recherches, projets et analyses qui touchent à la santé des personnes et des communautés.

Elle met en perspective les pratiques et les systèmes de santé dans leur inscription communautaire et sociale. *Santé conjugulée* s'adresse à toute personne qui choisit d'être acteur de la santé dans la cité. ■

Directeur de publication :

Christophe Cocu

Rédactrice en chef :

Pascale Meunier

Pilotage du dossier :

Christian Legrève

Ont collaboré à ce numéro :

Christophe Cocu, Gaëlle Chapiro, André Crismer, Marie Dagnely, Hélène Dispas, Anne Fromont, Ann-Lise Guisset, Alison Katz, Christian Legrève, Lilian Lucas, Renaud Maes, Olivier Mariage, Pascale Meunier, Marinette Mormont, Denis Porignon, Elysée Somasse, Yaëlle Vanheuverzwijn.

Coordination et production :

Corinne Nicaise

Mise en page : Aurélie Feller

Dessins : Jean-Michel Prévost

Illustrations : Musée du capitalisme

Imprimerie : Hayez

ÉDITO

RUBRIQUES

Territoires

Santé mentale et première ligne

Partag¹ du temps
de travail
Verdelen van
de werktijd

2

Fédération

Trois appels, trois signatures

5

Sages-femmes

Les enjeux d'un séjour écourté en maternité

6

DOSSIER

Introduction

10

Maisons médicales : les patients face au changement

12

Partie 1 - Contexte néolibéral

Un monde sans limite

Revenu maximal
Maximuminkomen

14

La route de la servitude intellectuelle

16

L'Europe ordolibérale

18

Partie 2 - Néolibéralisme et systèmes de santé

L'OMS, rempart de papier ?

23

Lettre ouverte au Dr Margaret Chan

28

Néolibéralisme et politique de soins de santé

32

Partie 3 - Pratique et soins de santé

Une influence délétère

36

Effets du néolibéralisme sur les services de santé
de première ligne

40

Une journée pas si particulière

44

Conclusion

Fiscalité
redistributive

48

Editeur responsable : Christophe Cocu


Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones
boulevard du Midi, 25 bte 5
1000 Bruxelles

Tél. : ++(32) 2 514 40 14

Fax : ++(32) 2 514 40 04

Mail : fmm@fmm.be

Site internet : www.maisonmedicale.org



Notre congrès Retour vers le futur, les maisons médicales en mouvement, qui se tiendra en novembre 2017, sera l'occasion de jeter un regard vers le passé afin de penser l'avenir. Mais, bien sûr, ce futur que nous souhaitons se pense à partir du présent. Pour ne pas qu'il soit juste un rêve, il est nécessaire de saisir ce qui nous détermine aujourd'hui et d'identifier les freins, les opportunités et les leviers d'une transformation à court et moyen terme. Un groupe de travail intitulé « Contexte et transition » a accepté cette mission dont le résultat se traduit dans deux dossiers publiés dans notre revue.

Dans ce premier volet, nous voulons analyser le contexte des maisons médicales. Mais c'est une question complexe, qui se situe à de nombreux niveaux. On peut se centrer sur un aspect économique, financier, politique, idéologique, relationnel, conceptuel. On peut regarder le niveau individuel, interpersonnel, celui des équipes, du mouvement, des systèmes de santé, de la pensée en santé publique. On peut prendre le point de vue scientifique, gestionnaire, celui des décideurs, des usagers, des travailleurs.

Il nous fallait un angle d'approche qui relie tous ces aspects, ces niveaux et ces acteurs, qui les éclaire d'une lumière particulière, qui fasse apparaître une logique, des tendances, des forces en relation. Qui permette de poser des hypothèses, de comprendre pourquoi c'est comme ça. Nous avons choisi l'angle du développement du néolibéralisme. On pourra dire que c'est une tarte à la crème gauchiste, qu'on ne

MÉCANISMES IDÉOLOGIE NÉOLIBÉRALE ET SOINS DE SANTÉ

parle que de ça. C'est vrai, et c'est faux. On en parle sans le questionner, et sans s'en saisir. Le système néolibéral, qui est à la fois une doctrine économique et un credo idéologique, tente de s'imposer comme une évidence, comme un donné incontestable, comme un cadre indépassable. Partant de ce constat – et voulant le mettre en doute au nom de l'esprit critique –, que peut-on observer de son impact sur la santé, sur les systèmes de santé, sur l'organisation des soins, sur les pratiques et sur les acteurs ?

Nous avons fait appel à plusieurs auteurs pour cerner ce contexte néolibéral et éclairer le rôle de l'Union européenne dans son développement. Nous avons analysé l'impact du néolibéralisme sur les institutions internationales qui orientent les systèmes de santé, en particulier l'OMS. Nous avons aussi zoomé sur l'organisation des soins en Belgique et donné la parole à des médecins. Et décortiqué les mots qui traduisent les glissements de pratiques, de comportements. Le dossier s'ouvre avec celles et ceux qui nous poussent en avant chaque jour : les patients d'hier, d'aujourd'hui et de toujours. Ils connaissent de nous quelque chose que nous ne voyons pas. Et ils vivent notre contexte à partir d'une autre place, qui nous enseigne.

La réflexion est organisée en trois parties : contours de l'angle d'approche, impact sur la conception des systèmes de santé et impact sur les pratiques. La suite viendra dans le prochain numéro de Santé conjugulée consacré à la transition, aux différentes stratégies à l'œuvre pour tendre au changement – quel changement et quelles manières d'être acteur du changement.

Curieusement il n'existait pas de musée du capitalisme, pas avant

qu'un collectif de jeunes adultes bénévoles s'empare de l'idée et en ouvre un en Belgique en 2014. Son but ? Permettre au public de mieux comprendre le système qui l'entoure, en connaître les origines, les espoirs, les limites et les alternatives, créer un espace de réflexion et de discussion, s'outiller pour s'affirmer au mieux dans sa citoyenneté. Sous une formule itinérante, près de 10 000 personnes l'ont visité. Au terme d'une aventure qui a duré trois ans, ce petit musée a aujourd'hui fermé ses portes. Mais avant cela, il a contribué à la réalisation de ce numéro de Santé conjugulée, lui insufflant un petit ton gauchiste... Les illustrations – rouages et engrenages qui nous broient ou nous entraînent, c'est selon – sont issues de sa collection.

Le groupe Contexte et transition :
Hélène Dispas, médecin généraliste et permanente politique, **Christian Legrève**, responsable du programme Education permanente, **Pascale Meunier**, rédactrice en chef de *Santé conjugulée*, **Elysée Somassè**, responsable du programme Études et recherche, **Yaëlle Vanheuverzwijn**, coordinatrice de l'Intergroupe bruxellois des maisons médicales.

Maisons médicales : les patients face au changement

Marinette Mormont, journaliste à l'Agence Alter.

Le contexte des maisons médicales évolue et celles-ci aussi. Quel regard les patients portent-ils sur les mutations en cours ? Éléments de réponse en compagnie de quelques-uns d'entre eux.

Yves Gabriel, Suzanne Chaumont, Louis Pesesse et Jeanne-Marie Delvaux sont de longue date des patients de maisons médicales de la région liégeoise. Pour la plupart, cette démarche relevait d'un choix, qu'il soit politique ou qu'il porte sur la manière dont les soins sont organisés et délivrés. « *Cela fait vingt-cinq, trente, ans que je suis patiente dans une maison médicale*, précise Suzanne. *À l'époque, la maison médicale était aménagée de bric et de broc. Puis c'est devenu plus chic. Dans la salle d'attente, on attendait parfois longtemps, mais tous les patients disaient que c'était sympathique.* » Jeanne-Marie : « *Je me suis tournée vers les maisons médicales pour le dialogue, pour son côté multidisciplinaire. La prise en charge y est plus cohérente, cela apporte plus de sécurité.* » Louis, son mari, opine du chef : « *Dans la maison médicale, j'existais en tant que personne.* »

Hier : conviviale maison médicale

La collaboration en équipe, une prise en charge globale intégrant le contexte psychosocial, un désintéret financier dans le chef des médecins... S'il y a une chose qui revient par-dessus tout pour expliquer leur fidélité à leur maison médicale, c'est la qualité de la relation et la convivialité. « *J'ai été épaté par le travail de groupe qui s'est opéré autour d'elle, autour de moi. Nous avons vraiment été soutenus pendant deux ans.* » La convivialité s'exprime dans la prise en charge, dans l'environnement, dans la salle d'attente. Le travail réalisé sur la fonction d'accueil ou le développement de la santé communautaire y sont sans doute pour quelque chose. Les patients rencontrés évoquent des relations d'une « très grande qualité », « une honnêteté », « une franchise ». « *Des sentiments d'attachement se créent*, témoigne Jeanne-Marie. *Quand mon*

généraliste a pris sa pension, j'ai eu besoin de lui dire des choses fortes. Cela relevait du sentiment. On a été 'en croissance' l'une et l'autre, on s'apprenait des trucs...» Des liens qui peuvent se renforcer davantage encore du fait d'être « un patient impliqué » dans la maison médicale.

Aujourd'hui : les changements de société colorent les maisons médicales

Du point de vue des patients, la relation avec les professionnels de la santé semble intacte. Mais certains soignants le ressentent et le disent : leur travail s'est modifié. La charge de travail est plus pesante, les procédures exigées se multiplient. Une certaine « industrialisation des soins », caractéristique de la médecine hospitalière et spécialisée, toucherait désormais les centres de santé intégrés. La patientèle s'est paupérisée. « *La population dans la salle d'attente a changé. Aujourd'hui il y a des personnes qui ne sont plus acceptées nulle part* », remarquer Yves. Le développement de la santé communautaire et de l'accueil sont insuffisamment financés. « *Aujourd'hui on soigne autrement, on soigne beaucoup plus large* », dit Louis. Le développement d'un certain formalisme est peu perceptible pour les patients mais Louis note toutefois une tendance à la fonctionnarisation, à une approche plus gestionnaire que relationnelle. « *Les maisons médicales n'ont pas changé*, précise-t-il. *Mais la société autour, oui.* » Car selon les patients rencontrés, le contexte dans lequel manœuvrent les maisons médicales déteint forcément sur ce qui s'y passe. Exemple : « *J'ai réalisé que je ne finirais pas ma vie avec mon médecin généraliste*, explique Jeanne-Marie. *Il y a plus de turnover chez les soignants. C'est un élément nouveau qui n'existait pas.* » Il y a à l'heure actuelle plus de mobilité professionnelle

et la médecine n'y échappe pas. Si cela peut insécuriser certains patients, pour d'autres, il y a « un noyau », « un esprit » qui demeure : « ce sentiment que les jeunes ont la même approche que les anciens ».

Autre illustration : l'ouverture des maisons médicales le samedi. Confort des travailleurs, féminisation de la profession et développement des temps partiels... cette plage horaire est de plus en plus remise en question. « L'image du médecin qui travaille jusqu'à 11 heures du soir ? Il n'y a plus grand monde qui aime faire ça », commente Yves. C'est aussi la salle d'attente qui a changé. « Les gens sont plus fermés les uns vis-à-vis des autres. Plus individualistes. Ils sont tous sur leur smartphone », témoigne Louis. « Je pense que la charge de travail, l'équilibre entre la vie en groupe et le maintien de la stabilité financière pompent une énergie d'enfer au détriment de la relation, dit Jeanne-Marie. On est moins dans l'idéologie. »

Et les associations de patients ?

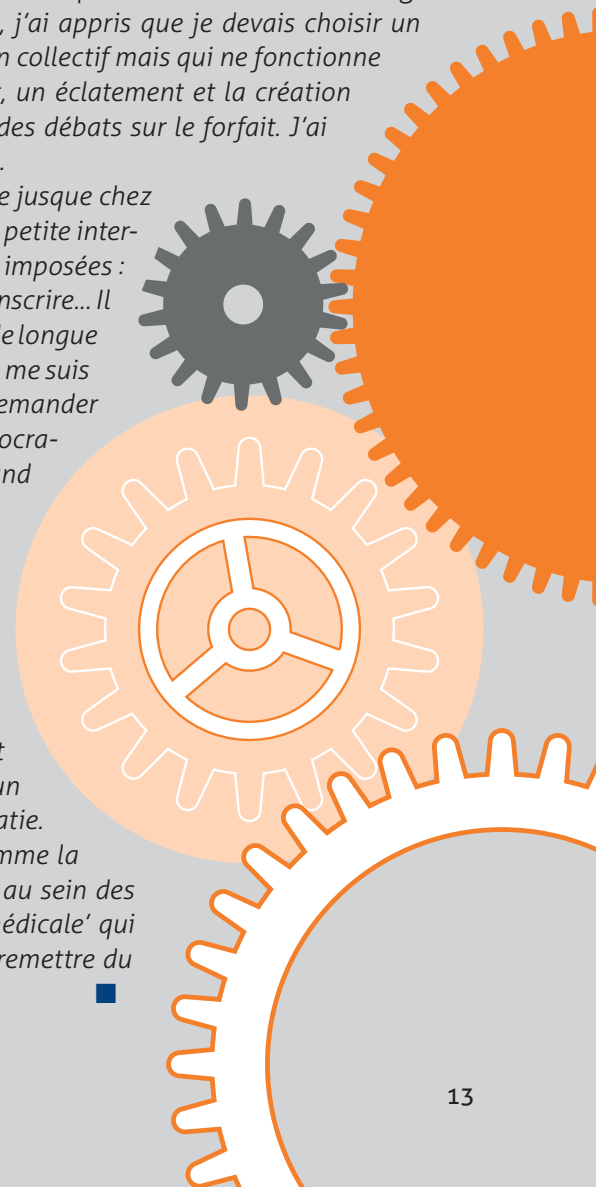
« Au début, mon médecin me parlait des activités autour de la maison médicale : je ne voulais pas en entendre parler. Et puis me voilà ici aujourd'hui ! » Yves est un patient actif de La Passerelle à Liège. Au même titre que les maisons médicales, les associations de patients sont confrontées aux évolutions de la société. Elles doivent se renouveler. « Il y a des difficultés pour toutes les associations à se regrouper autour d'une idéologie, indique Jeanne-Marie. En même temps, plein d'autres types de mouvements se créent. Ils prennent d'autres formes, ils sont peut-être plus fractionnés et attendent des bénéfices immédiats. Il faut trouver d'autres chemins... » Yves relativise les difficultés d'aujourd'hui : « C'est vrai, il y a un problème de valorisation, de reconnaissance de ce qui y est fait. Mais quand elles ont été créées, rappelle-t-il, ça ne marchait pas mieux, c'était déjà très dur de mobiliser. » ■

Une maison médicale pour la vie ?

Le choix de se faire soigner en maison médicale réserve parfois quelques surprises. C'est ce dont témoigne A. une patiente qui a choisi de rester anonyme. « Lors de mon inscription, j'ai appris que je devais choisir un médecin. Cela a été ma première confrontation : une maison médicale est un collectif mais qui ne fonctionne pas tout le temps en collectif. J'ai suivi les discussions qui s'y déroulaient, un éclatement et la création d'une deuxième maison médicale, puis un nouvel éclatement au moment des débats sur le forfait. J'ai suivi mon médecin qui a recréé une maison médicale à la fin des années 90.

On m'avait informée que si j'avais un problème, on ne pourrait pas se rendre jusque chez moi. Je n'en avais jamais eu besoin jusqu'alors mais j'ai subi récemment une petite intervention chirurgicale qui nécessitait de la kiné à domicile. Les règles se sont imposées : 8 kilomètres, c'est 8 kilomètres. Je n'ai pas eu d'autre solution que de me désinscrire... Il y a eu des discussions au sein de la maison médicale autour de cette patiente de longue date forcée de quitter la structure, pour laquelle on n'avait pas de solution. Je me suis heurtée au système et mon médecin aussi d'ailleurs. Personne n'est venu me demander ce que j'allais faire. Il n'y a pas eu d'accompagnement. Ce sont les règles technocratiques qui se sont imposées. Cet épisode semble anecdotique mais c'est quand même quelque chose de changer de médecin après quarante ans... »

Son projet aujourd'hui : ouvrir une maison médicale dans son quartier. « Les maisons médicales restent un lieu d'accueil pour toute la population, pour des personnes que d'autres médecins essaieraient d'éviter. Ce ne sont pas des consultations 'guichets', on n'est pas juste 'gérés' techniquement. J'ai toujours l'impression qu'on y prend le temps et qu'il y a une bonne attention aux gens. Cela reste la référence. Mais quand on parle des maisons médicales, on fait souvent référence aux fondateurs... Or il faut que le projet continue à vivre ! Cette militance doit être redéfinie collectivement. C'est un projet remarquable qui doit être renouvelé en évitant le piège de la technocratie. Comment se positionne-t-on face à des questions de santé plus larges comme la place des assurances santé, l'évolution de l'assurance chômage ? Il y a eu au sein des maisons médicales un resserrement vers un positionnement 'technique médicale' qui m'ennuie. Nous évoluons dans un courant de résignation générale. Il faut remettre du politique dans le projet. » ■



Saisir ce qu'est le néolibéralisme, qui utilise le terme, comment il s'impose à nous.

Un monde sans limite

Pour comprendre le néolibéralisme, on s'est dit qu'il fallait cerner ce qu'est le capitalisme. Mazette ! Rien que ça !

Le groupe de travail **Contexte et transition** et **Marie Dagnely**, de l'asbl Musée du capitalisme.

Oser dire quelque chose, de notre place de non spécialistes. Mais pourquoi pas, après tout ? D'autres ont eu ce culot, et qui sont des gamins. Alors, on s'est inspiré de leur travail. Nous avons visité le Musée du capitalisme. Leur approche sans œillère et sans complexe nous a enthousiasmés. Nous avons essayé, avec Marie Dagnely, de nous en inspirer pour construire notre approche du concept de capitalisme. Il y a une difficulté fondamentale à cerner ce qu'est le système capitaliste. Sa complexité, bien sûr, mais surtout le fait d'en faire partie. Comment tu fais pour prendre du recul sur ce dans quoi tu baignes ? Déjà, tu ne t'y colles pas tout seul. Nous avons partagé ce que chacun sait, comprend et en pense. On réalise vite à quel point on est déterminé par des représentations, par notre expérience, et ça nous aide à décaler le point de vue.

Première question : Le capitalisme est-il naturel ? Ou plutôt, y a-t-il un capitalisme naturel ? Ou quelque chose de naturel dans le capitalisme ? Parmi nous, certains pensent que le besoin de posséder les choses nous serait naturel. Ça répondrait à une sorte d'angoisse fondamentale. On aurait besoin de se rassurer sur le fait qu'on pourra subsister et maintenir un certain confort. Mais ce besoin n'explique pas l'accumulation systématique et sans limite qui est au cœur du projet capitaliste. D'autres pensent que cette angoisse est entretenue par les institutions du système. Par exemple, le taux de chômage élevé découlerait d'un choix politique, qui entretient un climat d'insécurité peu favorable aux revendications sociales.

Est-ce que les enjeux démographiques sont un défi ou une opportunité pour le capitalisme ? Dans la mesure où il a pour principe l'accumulation sans fin, l'extension

à de nouveaux marchés, il sera enthousiaste à proposer des solutions techniques pour repousser les limites physiques de la planète. L'enjeu démographique serait plutôt une bénédiction pour le capitalisme.

Nous nous sommes ensuite interrogés sur l'aspect politique du capitalisme. En constatant d'abord que, depuis l'écroulement du bloc soviétique, il est devenu plus difficile de penser le capitalisme parce qu'il n'existe pas de mise en œuvre à grande échelle d'une alternative. Les régimes communistes pratiquaient une gestion économique planifiée qui s'oppose au principe de concurrence et à l'économie de marché, qui est le principe de base du capitalisme. Notre système économique est non seulement dominant, mais encore totalisant. On ne peut plus penser en-dehors de ce cadre.

Est-ce que capitalisme et démocratie vont de pair ? Le collectif du Musée lie totalement le capitalisme au système de valeurs du libéralisme politique, à la liberté d'expression et à la démocratie représentative. La montée de l'individualisme dans la société semble un phénomène que tout le monde reconnaît. Du coup, une question est devenue centrale à l'approche du capitalisme, celle de l'articulation entre l'individu et la société. Comment concilier l'intérêt, la liberté, la créativité de l'individu et l'intérêt commun ? Est-ce que le capitalisme permet ça ? Le facilite ? Le libéralisme est une idéologie basée sur la valeur de liberté individuelle et qui peut s'appliquer à l'économie, à la vie sociale. Et le capitalisme est un système d'organisation de l'économie qui se réfère au libéralisme. Il y a pourtant un paradoxe à avoir un système qui prône la liberté mais dans lequel l'immense majorité de la population n'est pas libre.

La question particulière de la propriété a sa place ici. Qu'est-ce que la propriété ? La propriété privée est le fondement du profit, au cœur du système capitaliste. Pourtant, c'est un concept discutable, en lien avec des représentations. Par exemple, le mouvement des enclosures en Angleterre aux XVI^e et XVII^e siècles a fait passer les terres agricoles d'un régime de propriété commune d'usage (la terre appartient à tous et la récolte à ceux qui la cultivent) à un régime privé de propriété de marché. La notion de propriété est parfois abstraite, comme dans le cas de la propriété intellectuelle. La monétarisation de la nature et le prix d'une espèce en voie de disparition posent encore d'autres questions sur la solidité de ce concept.

Au terme de cette discussion, le groupe s'interrogeait encore sur le refus de la passivité, sur la nécessité de passer de l'impuissance à l'action. Pour sortir de l'évidence de ce que nous connaissons aujourd'hui comme système économique, pour déceler comment agir, ce qui peut changer, on pourrait essayer de comprendre comment le capitalisme a évolué dans le temps. Et, pour raccrocher au fil du dossier, que représente le néolibéralisme dans cette évolution ? Qu'a-t-il de nouveau ? Il y a eu une évolution du support du capitalisme. Il a d'abord été agraire, la richesse résidant dans la propriété foncière, puis industriel, et enfin financier. Pour autant, le profit fondé sur la richesse foncière n'a pas disparu, non plus le profit industriel. Le néolibéralisme apparaît un moment dans cette histoire sans que sa nature, entre doctrine philosophique et système économique, soit claire.

« *Maintenant je sais. Je sais qu'on ne sait jamais.* » Cette citation de Jean Gabin est la seule qui peut nous servir de conclusion. Nous voilà armés de questions sur ce qui constitue notre angle d'approche : le néolibéralisme. Des questions qui ne nous empêchent pas d'avancer, qui éveillent chez nous une vigilance critique bienvenue et nous engagent à collecter ce que disent des plus savants que nous. ■



ECONOMIE ECONOMIE

La route de la servitude intellectuelle

Renaud Maes, rédacteur en chef de *La Revue nouvelle*.

Cet article, dont nous reprenons des extraits, a été publié le 1^{er} avril 2016.

Par cartes blanches interposées, Corentin de Salle, directeur scientifique du centre Jean Gol, a réagi à la sortie de Manuella Cadelli, présidente de l'Association syndicale des magistrats. Une joute autour de cette question : « Le néolibéralisme est-il un fascisme ? ». Et l'occasion pour Santé conjuguée d'analyser la pertinence du concept de néolibéralisme.

[...] Voilà donc qu'une magistrate, Manuella Cadelli, qualifie de « fascisme » le « néolibéralisme »¹. Et voilà que les réseaux sociaux s'emballent. L'affaire est grave puisque buzzante, il faut dès lors en débattre. Grâce à l'intervention quasi instantanée de Corentin de Salle, intellectuel explicitement au service du pouvoir gouvernemental, on apprend ainsi que le néolibéralisme n'existe pas². Quel est l'argument décisif de l'acte de non-existence du néolibéralisme ? Tout simplement, qu'aucun auteur ne s'en revendiquerait – à l'exception, nous apprend le commentateur, de l'économiste protectionniste Maurice Allais, de Jacques Rueff et de... John Maynard Keynes, dont évidemment l'évocation peut sembler cocasse lorsqu'on envisage d'analyser les politiques « libérales » d'aujourd'hui. Dès lors, il s'agirait d'une pure création d'intellectuels « antilibéraux ». Et la messe est ainsi dite. Le *fast-thinker* peut remballer ses produits et aller commenter ailleurs, par exemple sous les ors des salons de l'Académie où l'on s'esbaudit apparemment de tant d'érudition.

Pour autant, les choses ne sont pas si simples, et l'on gagnerait beaucoup pour la qualité du débat public à éviter tant le piège de la condamnation par analogie historiquement questionnable, que celui, bien plus dangereux, de croire qu'il existe une doctrine libérale unifiée. Justement, s'il faut reconnaître une qualité profonde à la pensée libérale, c'est la richesse conceptuelle des débats qui l'animent et la puissance intellectuelle formidable déployée dans ceux-ci³. [...]

1. M. Cadelli, « Le néolibéralisme est un fascisme », *Le Soir*, 3 mars 2016.

2. C. de Salle, « "Le néolibéralisme un fascisme ?" Mme Cadelli, le néolibéralisme n'existe pas », *Le Soir*, 3 mars 2016.

3. Comme en témoignent les commentaires de Mill contre Bentham, les échanges entre Hayek et Eucken, ou encore entre Nozick et Rawls.

Le néolibéralisme comme rupture

[...] C'est la volonté de sortir le libéralisme de l'ornière, dans un contexte de montée en puissance des idées antilibérales portées très largement par les partis fascistes, qui se concrétisa notamment par le célèbre colloque Walter Lippman, qui rassembla entre le 26 et le 30 août 1938, à Paris, vingt-six économistes et intellectuels libéraux. Ce mouvement donna par ailleurs naissance, après la Seconde Guerre mondiale, à la Société du Mont-Pèlerin, fondée en avril 1947 par Hayek, et qui regroupe des ordo-libéraux, des tenants de l'école austro-américaine et, bien sûr, des tenants de l'école de Chicago. Il convient de se pencher sur ces deux événements pour tenter d'identifier les points de convergence de cet ensemble de penseurs : pour résumer au risque de caricaturer, tous – en ce compris Hayek – se proposent de définir un interventionnisme étatique propre au libéralisme, et en particulier des mécanismes mieux construits d'établissement de la concurrence. Il n'est plus là question de laissez-faire absolu, il ne faut plus « laisser agir la nature », mais activement construire le cadre de la concurrence. Une métaphore est utilisée par Louis Rougier lors du colloque Lippman, explicitant parfaitement cette rupture : « être libéral, ce n'est pas comme le 'manchestérien', laisser les voitures circuler dans tous les sens, suivant leur bon plaisir, d'où résulteraient des encombrements et des accidents incessants ; ce n'est pas, comme le 'planiste', fixer son heure de sortie et son itinéraire ; c'est imposer un Code de la route [...] ». Cette métaphore sera reprise plusieurs fois, par nombre de penseurs néolibéraux à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale, en ce compris Hayek, dans *The Road to Serfdom*⁴.

4. F. A. Hayek, *The Road to Serfdom*, New-York, Routledge Classics, 2006 (Première ed. 1944), p. 78.

Nous avons là des moments clés, des regroupements affinitaires, l'explicitation d'une rupture, une institution née de ce regroupement, bref, de quoi justifier sans doute l'idée d'une certaine « communauté de pensée » dont il n'est dès lors pas forcément infondé de la désigner par une étiquette. Et, puisqu'elle entend s'inscrire dans la pensée libérale, on peut sans doute suggérer qu'elle est « néolibérale ». Bien sûr, le « néolibéralisme » se compose effectivement d'écoles très divergentes et connaît en son sein des oppositions d'importance... [...]

Le néolibéralisme comme projet constructiviste

Mais on manquerait une dimension à circonscrire le néolibéralisme à cette simple convergence doctrinaire, bref à le réduire à un « fil idéologique commun » datant de la première moitié du XX^e siècle. Le « grand tournant » des politiques publiques, amorcé dans les années 80 avec la montée en puissance du néoconservatisme, mais aussi et bien plus largement, des logiques de désinvestissement public à la suite du ralentissement de la croissance et à l'apparente inefficacité des politiques keynésiennes de relance dans ce contexte, a en effet concrétisé une part de cette doctrine, tout en lui donnant un autre tour.

Nous n'avons pas l'espace ici pour expliciter le processus par lequel, par la confrontation des différents courants du néolibéralisme et par le jeu des applications politiques notamment au sein des diverses instances internationales (Organisation de coopération et de développement économiques, Fonds monétaire international, etc.), l'ordolibéralisme allemand a largement réussi à imposer son optique « constructiviste » visant à fabriquer jusqu'à la subjectivité individuelle au travers de réformes des institutions, là où l'école austro-américaine a quant à elle pu justifier des politiques d'imposition de décision impopulaires⁵ et d'éloge de l'individu-entrepreneur.

Mais ce qu'il faut précisément noter, c'est que la jonction entre la perspective constructiviste et la promotion de l'« esprit d'entreprendre » cher notamment à Schumpeter implique la mise en place, pour reprendre l'expression foucauldienne, de la fabrique d'une subjectivité particulière, subjectivité qui n'est absolument pas réductible à la seule dimension économiste : il s'agit en effet d'étendre une logique de concurrence à l'ensemble du monde social, quitte à ce que l'État puisse servir de vecteur de légitimation de cette logique. C'est ainsi que l'on peut comprendre comment les théories managériales

5. On se souviendra en particulier de la préférence d'Hayek pour une « dictature libérale » à une « démocratie totalitaire » (voir « The principles of a liberal social order »).

des années 70, qui se fondent précisément sur cette logique de concurrence, ont par la suite été largement diffusées au travers de l'action des institutions publiques : l'externalisation permet d'organiser le concours entre les sous-traitants, le désinvestissement des politiques sociales permet d'augmenter la compétition entre les travailleurs sans emploi, etc. L'école prend également un rôle particulier, puisqu'elle doit préparer les individus à devenir les « entrepreneurs » de leur propre carrière, en proposant des « produits » permettant à chaque instant de se « positionner » par rapport aux « besoins du marché ».

Comme le note Wendy Brown⁶, « si la rationalité néolibérale met le marché au premier plan, elle n'est pas seulement – et n'est même pas d'abord – centrée sur l'économie ; elle consiste plutôt dans l'extension et la dissémination des valeurs du marché à la politique sociale et à toutes les institutions, même si le marché conserve sa singularité [...]. Le néolibéralisme est un projet constructiviste ; pour lui, la stricte application de la rationalité économique à tous les domaines de la société n'est pas un donné ontologique ; il œuvre donc [...] au développement, à la diffusion et à l'institutionnalisation de cette rationalité ».

On aurait tort, comme pourrait le laisser entendre une lecture rapide de la carte blanche de Manuella Cadelli, de réduire le néolibéralisme à une extension infinie de l'économie par simple effet de « contamination » d'un champ à un autre ou par un assujettissement de tous les champs au champ économique : il s'agit au contraire avant tout de construire la concurrence et pour ce faire, d'ancrer les schèmes de raisonnements propres à la logique concurrentielle dans l'ensemble des champs structurant la société. Mais cette construction repose sur un principe d'efficacité qui se veut non-moral : en tant que tel, le néolibéralisme se veut une rationalité ou plutôt un régime de rationalité, et non une idéologie – contrairement, d'ailleurs, au néoconservatisme, qui quant à lui est explicitement moral⁷. ■

6. W. Brown, *Les habits neufs de la politique mondiale. Néolibéralisme et néo-conservatisme*, coll. « Penser/croiser », Paris, Les Prairies ordinaires, 2007, p. 50.

7. On peut tout à fait douter de la pertinence de considérer le néolibéralisme comme rationalité, et considérer qu'il s'agit plutôt d'une idéologie partant d'une série d'axiomes déconnectés du réel – comme l'acteur rationnel, l'efficacité du market signal ou encore le principe « de ruissellement ». Ce que nous souhaitons avant tout pointer, c'est qu'il ne s'assume en tout cas pas comme tel.

L'Europe ordolibérale

Lilian Lucas, journaliste
spécialiste des questions
européennes.

Depuis une trentaine d'années, la construction européenne est fortement imprégnée des principes du néolibéralisme anglo-saxon. Mais sa matrice est avant tout l'ordolibéralisme allemand, qui a accouché d'une « Europe de la règle », encadrant strictement les politiques budgétaires et contribuant à déresponsabiliser les responsables politiques.

« **A**vant, on recevait surtout des migrants. Maintenant l'écrasante majorité est constituée de Grecs qui n'ont plus de couverture médicale. Ou qui en ont une mais qui ne peuvent payer le tiers payant : essentiellement des retraités et des professions libérales », témoignait en janvier dans *La Libre* Nadia Kouloumbis, une endocrinologue œuvrant dans un dispensaire médical ouvert dans la ville de Patras, en Grèce. Plus loin, Maria, une patiente, expliquait que faire vacciner ses enfants « serait très difficile sans le dispensaire. Il faudrait que je me prive, de nourriture par exemple. Tout le reste pour nous est déjà du superflu ». Cet exemple est un parmi des milliers d'autres qui illustrent le prix considérable payé par la population grecque aux mesures drastiques d'austérité prises par les gouvernements successifs, à Athènes, en contrepartie de l'aide financière des créanciers publics du pays : l'Union européenne (la Commission et les États membres de la zone euro), la Banque centrale européenne (BCE) et le Fonds monétaire international (FMI).

La vérité oblige à rappeler que la corruption, le clientélisme, l'incurie administrative et la gabegie budgétaire (avec la complicité du système financier et le laisser-faire de l'Union européenne) des autorités grecques (de gauche comme de droite) ont précipité leur pays vers le précipice financier, la déroute économique et, partant, la catastrophe sociale.

Il n'empêche que la gestion par l'Union européenne de la crise de la dette grecque n'en a pas moins été brutale, au point d'avoir un impact sévère sur les droits fondamentaux, sacrifiés sur l'autel de la reprise économique. De plus, le remède de cheval appliqué à la Grèce, mélange d'austérité budgétaire, de hausse d'impôts et de programme de libéralisation, s'est

largement montré inefficace, en raison de ce qu'on peut considérer comme un aveuglement idéologique des créanciers du pays. Six ans après le lancement du premier plan d'aide de 110 milliards d'euros – complété par un second plan de 140 milliards en 2012, puis d'un troisième de 86 milliards en 2015 –, la dette grecque s'élève encore à plus de 170% du produit intérieur brut. Les dirigeants européens ont également cherché, et sont parvenus, à « mater » le gouvernement grec dirigé par le parti de gauche radicale Syriza, après que celui-ci a soumis le programme d'austérité des créanciers à la population, qui l'a rejeté par référendum en juin 2015. Aussi, la façon dont l'Europe a traité, et traite encore, le cas grec – et la manière dont elle a traité les cas portugais, irlandais, espagnol et chypriote – a accrédité l'idée que l'Europe poursuit avec zèle un agenda néolibéral, dicté par le monde de la finance et des grandes entreprises, qui limite le champ d'action du politique et mine l'État-providence.

Un projet politique d'abord centré sur l'économie (de marché)

Le reproche, exprimé avec vigueur depuis les années 80, n'est pas neuf. Le thème de « l'Europe néolibérale » avait notamment été porté en France, en 2005, par une partie des opposants au traité constitutionnel européen, finalement rejeté par référendum avant de renaître sous la forme de son avatar, le traité de Lisbonne, entré en vigueur fin 2009.

Faut-il pour autant considérer que l'Union européenne est effectivement l'un des bras politiques armés du néolibéralisme ? La réponse à cette question appelle quelques nuances. Dans l'esprit de ses fondateurs chrétiens-démocrates et socialistes, la construction

européenne est un projet politique visant à « l'union sans cesse plus étroite » des pays appelés à y participer. La première pierre de ce projet est cependant économique : la mise en commun des ressources des six pays fondateurs (Allemagne, Belgique, France, Italie, Luxembourg et Pays-Bas) dans le cadre de la Communauté européenne du charbon et de l'acier (CECA) en 1951, puis la création du Marché commun et de la Communauté économique européenne (CEE) par le traité de Rome, en 1957.

Présente dès les origines, la philosophie libérale de la construction européenne s'est accentuée dans les années 80, plus ou moins à la même époque où s'imposait au niveau mondial la doctrine proprement néolibérale promue par le président américain Ronald Reagan et la Première ministre britannique Margaret Thatcher. Sous l'impulsion de la Commission, alors présidée par le socialiste français Jacques Delors, l'Acte unique européen a été signé en 1986. Ce traité établit les règles de la concurrence non faussée – ce qui, entre autres, limite la possibilité d'accorder des aides d'État aux entreprises et entrave la mise en place d'une véritable politique industrielle européenne. L'Acte unique pousse à la privatisation des entreprises publiques en vue de les soumettre aux « lois bénéfiques de la concurrence » – ce qui s'est entre autres traduit par les processus de libéralisation des entreprises postales, de télécoms et celui, toujours en cours, des chemins de fer. Le traité encourage également la dérégulation, pour « libérer les forces du marché ». Tout cela avec l'assentiment des forces politiques de droite, mais aussi de gauche.

L'Europe n'est pas pour autant soumise à la règle de la jungle économique et du chacun pour soi. La politique de libéralisation s'accompagne en effet de la mise en place d'une politique dite de cohésion économique, sociale et territoriale, financée par le budget européen, dont elle est aujourd'hui le poste principal – 451 milliards d'euros pour la période 2014-2020. Cette politique de cohésion est principalement déclinée par le développement des fonds structurels dont le Fonds de cohésion et le Fonds européen de développement régional, dont l'objectif est d'aplanir les disparités sociales et économiques et de promouvoir le développement durable. Ceux-ci s'ajoutent au Fonds social européen dont les moyens sont concentrés depuis 1960 au soutien de l'emploi et à la cohésion sociale. Par ailleurs, la Politique agricole commune, l'une des plus importantes de la construction européenne, continue de s'appuyer sur un système de subventions, d'aides directes, voire des interventions sur le marché – même si elle s'est

« libéralisée » au cours des dernières décennies, faisant la part belle aux grandes exploitations.

La chute du Mur de Berlin en 1989 et l'effondrement du bloc communiste dominé par l'Union soviétique ont validé la « supériorité » du libéralisme économique sur les doctrines interventionnistes. « Depuis les années 90, la Commission européenne est devenue très perméable à l'idéologie dominante anglo-saxonne, à partir des directions générales régaliennes : Concurrence, Ecfin, Marché intérieur et Commerce », commente Pierre Defraigne, ancien haut fonctionnaire de la Commission, aujourd'hui directeur exécutif de la Fondation Madariaga-Collège d'Europe. De nos jours encore, « la Commission accorde beaucoup de place aux marchés, à la politique de l'offre, partant du principe que les bénéfices de la croissance se répartiront sur tous par ruissellement », complète-t-il.

L'Europe de la règle

Le traité de Maastricht de 1992, qui transforme la Communauté économique européenne en Union européenne, et qui prévoit la création d'une monnaie unique européenne, l'euro, poursuit la trajectoire libérale tracée par le traité de Rome et l'Acte unique. Pour pouvoir adopter la monnaie unique, un État membre doit notamment contenir son déficit public inférieur à un niveau inférieur 3% du produit intérieur brut (PIB) et sa dette publique à un ratio inférieur à 60% du PIB. Indépendante, la future Banque centrale européenne (BCE), installée à Francfort, se verra quant à elle assigner comme principal objectif d'assurer la stabilité des prix, en luttant contre l'inflation.

Conséquences : la marge de manœuvre dans la définition des politiques économiques et budgétaires se réduit considérablement pour les pays qui ont adopté l'euro. Ces politiques sont en effet très encadrées par des commandements venus des traités : les critères de Maastricht, puis, en 1997, le Pacte de stabilité et de croissance inscrit dans le traité d'Amsterdam qui prévoit une surveillance multilatérale des politiques budgétaires et une procédure en déficit excessif. Plus que du néolibéralisme proprement dit, la doctrine économique et monétaire européenne est fortement imprégnée des concepts l'ordolibéralisme allemand et de l'économie sociale de marché. Cette doctrine repose sur le principe que le libéralisme est le meilleur système, mais qu'il doit être installé, surveillé et protégé par l'État. L'ordolibéralisme préconise par ailleurs la stricte rigueur budgétaire, l'équilibre des comptes publics étant l'objectif à atteindre. Pour l'anecdote, on rappellera qu'en allemand le mot *Schuld* désigne à la fois « faute » et « dette ». L'entrée dans l'ère de

Maastricht est donc celle du passage à « l'Europe de la règle », imposé par l'Allemagne au reste de l'Union économique et monétaire en contrepartie de l'abandon par Berlin de son cher *Deutsche Mark* pour la monnaie unique.

L'application des règles du Pacte de stabilité et de croissance (PSC) est relativement lâche, dans les premières années de l'Union économique et monétaire – l'Allemagne du social-démocrate Gerhard Schröder et la France de Jacques Chirac ont été les premières à les bafouer ouvertement, sans conséquences pour Berlin ou Paris. La crise de la dette dans la zone euro a changé la donne. Echaudés par l'explosion en apparence soudaine de la dette et du déficit publics grecs, les Européens décident, sous l'impulsion de l'Allemagne, de renforcer la gouvernance économique de la zone euro. Adoptés en 2011 et en 2012, les paquets législatifs dits *six-pack* et *two-pack* encadrent les politiques budgétaires et macro-économiques des États membres de la zone euro. Le nouvel arsenal législatif donne à la Commission un droit de regard sur les projets de budgets nationaux avant même leur adoption par les parlements nationaux. La surveillance budgétaire est complétée par celle, également *ex ante*, des politiques macroéconomiques et structurelles – l'évolution des salaires, par exemple – en vue d'éviter les déséquilibres.

Cette gouvernance économique renforcée s'incarne dans le semestre européen¹, un cycle annuel de surveillance et de coordination des politiques budgétaires, macro-économiques et structurelles des États membres. Dans le cadre de ce nouveau processus, la procédure préventive du PSC renforcé amène les États membres à opérer les corrections nécessaires sur base des recommandations de la Commission. La procédure répressive est, elle, durcie et peut en théorie aboutir jusqu'à des sanctions financières contre l'État qui n'est pas en mesure de respecter les objectifs budgétaires et macroéconomiques fixés par le Conseil (les États membres) sur proposition de la Commission. Le Parlement européen, seule institution européenne au sein de laquelle sont directement représentés les citoyens, est partie négligeable dans ce processus.

Comme si cela ne se suffisait pas, vingt-cinq des vingt-huit États membres ont ratifié le traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance (TSCG), ou Pacte

budgétaire européen² qui s'inscrit dans la droite ligne de l'ordolibéralisme allemand. Ce traité intergouvernemental (et non européen) vient en complément des *six-pack* et *two-pack* : les États signataires s'engagent à respecter la « règle d'or » et à opérer des corrections automatiques en cas de dépassement du seuil de 0,5 % du PIB de leur déficit structurel ainsi qu'à réduire leur dette à un rythme constant pour revenir sous le seuil de 60% du PIB.

On entre de plain-pied dans le régime du fédéralisme tutélaire. D'autant que le transfert de souveraineté économique et budgétaire n'a pas été accompagné d'un transfert de souveraineté politique. Les États membres cèdent leurs pouvoirs aux institutions indépendantes et soi-disant apolitiques que sont la Commission, la Cour de justice de l'Union européenne et la BCE qui interprètent, appliquent et/ou veillent à l'application des traités et la législation secondaire. En d'autres mots : l'Europe de la règle a renforcé le pouvoir d'une élite technocratique qui a contribué à dépolitiser la politique, dont les options budgétaires, économiques et sociales sont strictement encadrées par les règles. « *Toute la réussite de la construction européenne est d'avoir produit un ordre institutionnel où, sur fond de néolibéralisme [auquel on préférera le terme ordolibéralisme, NDLA], droite et gauche paraissent aussi étonnamment substituables* », écrivaient en 2009 François Denord et Antoine Schwartz, auteurs de *L'Europe sociale n'aura pas lieu*³.

Les petits pas de l'Europe sociale

La réalisation d'une véritable Europe sociale reste quant à elle un vœu pieu. Le traité de Rome ne comportait que quelques dispositions sociales, corollaire à la libre circulation des travailleurs instaurées par le traité. Il énonce « *que les États s'engagent à promouvoir 'l'égalisation dans le progrès' des conditions de vie et de travail* » et précise que cette « *évolution résultera tant du fonctionnement du marché commun, qui favorisera une harmonisation des systèmes sociaux que [...] du rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives* ». Mais, dans les faits, l'Europe d'alors se préoccupe peu du social, considéré comme un domaine réservé des États membres. Ce qui ne signifie pas qu'aucune avancée en matière sociale n'a été enregistrée depuis lors à l'échelon européen. Ni qu'il n'existe pas de modèle social européen qui, bien

1. Le Semestre européen http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/index_fr.htm

2. Le pacte budgétaire http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=URISERV:1403_3&from=FR

3. F. Denord et A. Schwartz, *L'Europe sociale n'aura pas lieu*, Ed. Raisons d'agir, 2009.

que disparate, ne se distingue pas moins des modèles sociaux américain, russe ou chinois.

L'Acte unique européen de 1986 introduit de nouvelles dispositions prévoyant des clauses minimales en matière de santé et de sécurité au travail que tout État membre doit respecter. Il définit également le rôle des partenaires sociaux dans la négociation d'accords et introduit un nouveau titre consacré à la cohésion économique et sociale au sein de la Communauté. Le Traité de Maastricht de 1992 (qui transforme la CEE en Union européenne) intègre la promotion d'un niveau d'emploi et de protection sociale élevé parmi les objectifs de la Communauté. Cinq ans plus tard, le traité d'Amsterdam fait explicitement référence à la Charte sociale européenne de 1961 et à la Charte des droits sociaux fondamentaux des travailleurs de 1989. La réflexion sur l'Europe sociale se poursuit dans les années 2000, mais avec des accents plus libéraux, insistant notamment sur le fait que social et compétitivité doivent aller de pair. L'accent est ainsi fortement placé sur le concept de flexisécurité et sur la question de l'adaptation des salariés et des entreprises à la mondialisation.

En revanche, de larges pans de la protection sociale n'entrent pas dans le champ de la législation communautaire : la formation des salaires, les négociations collectives, le salaire minimum, le droit d'association et de grève, la sécurité sociale... « *L'Europe ne peut être que ce que les États membres en font* », a rappelé le social-démocrate allemand Martin Schulz, au moment de quitter la présidence du Parlement européen. Si l'harmonisation des politiques sociales reste à la traîne, c'est parce que les États membres l'ont voulu ainsi... pour des raisons parfois opposées. Ni le très libéral Royaume-Uni, ni les pays scandinaves à la protection sociale élevée ne sont favorables à une réelle harmonisation sociale. Les premiers de peur d'avoir à relever leurs standards sociaux, les seconds d'être contraints de les abaisser. Et comme les domaines liés aux politiques sociales se décident à l'unanimité au sein du Conseil des ministres de l'Union, il est illusoire d'attendre des progrès spectaculaires dans les années à venir.

Persiste également l'idée prégnante à l'échelle de l'Union européenne que les politiques sociales constituent un frein à la compétitivité. Aussi, la conséquence logique de ce manque d'harmonisation sociale est que les États membres de l'Union se retrouvent en situation de concurrence sociale, alimentée par des mesures de dérégulation et des baisses des charges sociales. Autrement dit, par Antoine Vauchez, dans son



ouvrage *Démocratiser l'Europe*⁴ : « *L'Europe sociale ne parvient à s'imposer comme enjeu au sein de la Commission qu'à condition de s'inscrire dans les politiques de renforcement de la compétitivité économique* ».

La compétition fiscale, poison européen

Un élément encore explique l'emprise de l'idéologie libérale sur l'Union européenne : l'absence d'harmonisation fiscale, qui ouvre le champ à une concurrence entre États, induite par le principe de libre circulation des capitaux dans l'Union européenne. Cette absence d'harmonisation fiscale est une aubaine pour les particuliers fortunés et les entreprises multinationales, mais aussi pour le secteur bancaire, qui a fait de l'optimisation fiscale une niche d'activité. Le big business a alors beau jeu de pratiquer un chantage à la délocalisation d'emplois et de réclamer aux États des cadeaux fiscaux.

Comme l'écrivait le journaliste Éric Walravens dans son ouvrage *Dumping fiscal, enquête sur un chantage qui ruine nos États*⁵ (publié avant qu'éclate le LuxLeaks), les États membres (Belgique, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas et Royaume-Uni au premier chef) établissent des régimes fiscaux très favorables aux multinationales, avec pour effet que ses États piquent dans l'assiette fiscale de leurs voisins en appâtant les fortunes et les chiffres d'affaires par un impôt attractif. Le lieu de taxation n'étant pas nécessairement celui du profit, les États se voient privés (ou se privent eux-mêmes) d'importantes recettes fiscales. Dont coût : 240 milliards d'euros par an, selon l'OCDE, alors même qu'ils doivent répondre aux contraintes budgétaires définies à l'échelon européen. Le cercle est vicieux.

Faut-il espérer en un sursaut européen ?

Plusieurs instruments pourraient corriger, du moins atténuer, les effets néfastes du paradigme ordolibéral européen. Un système de mutualisation des dettes publiques des pays de la zone euro – idée toujours dans les limbes, faute de volonté politique – permettrait de desserrer la contrainte budgétaire qui pèse sur les États. À défaut, ou en complément, la zone euro pourrait se doter d'un budget qui servirait à amortir les chocs économiques asymétriques dont sont victimes les États membres et constituerait un réel élément de solidarité européenne. Les politiques bud-

gétaires des États membres devraient quant à elles être libérées du carcan de l'extrême rigueur prônée par l'orthodoxie ordolibérale et orientées vers l'investissement dans les grands projets d'infrastructures – plus résolument que ce qui est actuellement proposé dans le plan d'investissement européen dit *plan Juncker*, lancé en 2015.

L'harmonisation de la fiscalité européenne, à tout le moins celle de l'assiette commune consolidée pour l'impôt des sociétés, permettrait d'accomplir un pas décisif dans la lutte contre le dumping fiscal. Les politiques sociales devraient, enfin, être envisagées non plus seulement sous l'angle de l'emploi et de la compétitivité, mais comme instrument visant à la mise en place d'un vrai modèle social européen. Les institutions européennes semblent en avoir pris conscience et la Commission est censée faire des propositions, en mars 2017, pour l'établissement d'un socle des droits sociaux européens.

Enfin, pour retisser un lien de confiance entre l'Union européenne et des citoyens qui s'en défient, non sans raison, la re-politisation des politiques européennes et des transferts de souveraineté démocratique répondant au transfert de souveraineté économique sont deux étapes indispensables. Il ne peut plus être question d'asséner aux Européens le leitmotiv néolibéral : « *Il n'y a pas d'alternative* » aux politiques actuelles.

C'est plus vite écrit que fait, d'autant que le contexte politique n'incite pas à l'optimisme et que les dirigeants européens actuels ne se distinguent pas par leur audace. Mais peut-être les deux puissants chocs qu'ont constitué le référendum sur le Brexit et l'élection de Donald Trump à la présidence des États-Unis, et la crise, en sommeil, de la zone euro, obligeront-ils les Européens à repenser la façon dont l'Union européenne fonctionne et à la doter d'une véritable dimension sociale. Ils n'ont, à vrai dire, pas vraiment le choix. ■

4. A. Vauchez, *Démocratiser l'Europe*, Ed. Seuil, coll. République des idées, 2014.

5. E. Walravens, *Dumping fiscal, enquête sur un chantage qui ruine nos États*, Ed. Les Petits matins de Paris, 2014.

Mettre en évidence comment la vision néolibérale influence la conception des systèmes de santé – et d’abord l’OMS, qui est la référence.

Christian Legrève, responsable du programme Education permanente.

L’OMS, rempart de papier ?

Pour analyser le fonctionnement de l’OMS, on peut partir de son organisation financière. Le budget programme de l’OMS est l’outil qui énumère les résultats escomptés et les crédits budgétaires nécessaires aux activités de l’organisation. Il couvre des périodes de deux ans et est doté par une combinaison de contributions fixées et de contributions volontaires.

L’auteur remercie Jean-Pierre Unger, professeur à l’Institut de médecine tropicale d’Anvers, sur les nombreux travaux et recherches duquel il s’appuie.

Plongée dans les secrets du « vieil homme malade de l’ONU »¹. Les contributions fixées sont les cotisations de base que les pays versent à titre de membres de l’OMS. Le montant que chaque État membre doit payer est calculé en fonction de sa fortune et de sa population. Les contributions volontaires proviennent d’États membres (en supplément de leur contribution fixée) ou de divers partenaires publics ou privés². Ces dernières années, les contributions volontaires ont représenté plus des trois quarts du financement de l’OMS. Elles sont donc indispensables à son existence-même.

Les contributions volontaires de base sont des fonds dont la destination est totalement libre au niveau du budget programme. C’est une composante importante du modèle de financement de l’OMS. Elles permettent à des activités moins bien financées de profiter d’un meilleur flux de ressources et de réduire les blocages qui se produisent au niveau de la mise en œuvre faute de financement immédiat. Mais la plupart des versements volontaires sont à objet clairement désigné. Le donateur indique explicitement le programme auquel est destinée sa contribution, à l’exclusion des autres. Or, pour l’exercice 2014-2015, seulement 7 % des donations volontaires ont été faites au compte des contributions volontaires de base. Ça signifie que le

programme d’action de l’OMS est très majoritairement déterminé par les donateurs, qu’ils s’agissent d’États ou d’autres acteurs.

Dépendance

Cette dépendance à l’égard des donations volontaires montre la faiblesse de l’OMS et explique largement (outre des problèmes de structure) sa difficulté à agir efficacement. L’organisation n’est pas en mesure de réallouer rapidement ses fonds en cas d’urgence – ni même, en temps normal, de décider d’emblée à quel poste affecter une somme importante. « *Sa directrice générale [Margaret Chan] a une marge de manœuvre très limitée face aux grands défis sanitaires mondiaux, vu le peu de maîtrise qu’elle a de son budget* », confirme Steven Hoffman, avocat et chercheur en santé mondiale à l’université d’Ottawa³. Cette situation a servi et sert encore de justification aux donateurs pour ne pas soumettre leurs financements à ses orientations.

Il en découle des déséquilibres de financement à l’intérieur même du budget. Certains programmes sont sur-financés (au-delà de l’estimation des ressources nécessaires !) au point que, par le passé, il a fallu (mais pourquoi fallait-il ?) adopter des modifications ultérieures du budget de certains postes. Par contre, le niveau actuel de financement concernant les programmes de base est compris entre 55 % pour les maladies non transmissibles et 83% « *pour promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie* ». Le niveau de financement du Programme de gestion des situations d’urgence sanitaire n’est quant à lui

1. « L’OMS, le vieil homme malade de l’ONU », in *Courrier international*, décembre 2014. <http://www.courrierinternational.com/article/2014/12/27/l-oms-le-vieil-homme-malade-de-l-onu>

2. Organisations philanthropiques, organisations liées à l’ONU, ONG, organisations intergouvernementales, banques de développement.

3. *Courrier international*, op cit.

que de 56%. Ceci montre les disparités du financement entre les catégories⁴. Trois types de domaines programmatiques sont sous-financés :

- les domaines dans lesquels le budget a été relevé pour répondre à des besoins nouveaux ou croissants, notamment le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire et la résistance aux antimicrobiens ;
- les domaines pour lesquels le sous-financement est chronique, dont les maladies non transmissibles, les déterminants sociaux de la santé et la sécurité sanitaire des aliments ;
- les domaines dont le financement a considérablement baissé car les contributeurs ne peuvent pas maintenir le niveau existant (notamment la contribution de l'Onusida à la lutte contre le VIH et contre l'hépatite).

Le budget programme pour 2016-2017 s'élève à 4 545 milliards de dollars⁵. La situation au 31 décembre 2016 met en évidence :

- des contributions fixées de 929 000 \$;
- des contributions volontaires de base pour 128 795 \$;
- des contributions à objet spécifié pour 3 159 011 \$;
- des prévisions de contributions pour 356 355 \$.

Golden Gates

Sur les presque 3 milliards de contributions volontaires à objet spécifié, les fondations philanthropiques apportent 448 millions, dont 419 proviennent de la Fondation Bill&Melinda Gates, créée en 2000 et dotée de 37 milliards de dollars. Le fondateur de Microsoft, qui en a quitté la direction pour se consacrer à sa fondation, s'est imposé comme l'un des plus puissants acteurs en matière de santé publique mondiale. « *En matière de santé publique, il n'y a pas un donateur plus influent, à part le gouvernement américain* », remarque James Love, le directeur de l'ONG américaine Knowledge Ecology International (KEI)⁶. Marie-Paule Kieny, sous-directrice à l'OMS, y voit un apport primordial à la santé mondiale ces dernières années. « *Jamais il n'y a eu autant de financements consacrés au développement de nouveaux vaccins et de nouveaux médicaments pour les pays pauvres* », dit-elle.

4. Dialogue sur le financement de l'OMS, Situation financière de l'OMS au 30 septembre 2016, <http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/financing-dialogue/financial-situation-20160930-fr.pdf?ua=1>

5. <http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Financing>.

6. <http://www.rts.ch/info/3145916-bill-gates-donateur-generoux-et-parfois-derangeant.html>

Depuis 2000, la Fondation Bill&Melinda Gates, qui compte 927 employés, a dépensé 24,81 milliards de dollars pour de nombreux programmes de santé dans les pays en développement. Elle agit principalement dans le domaine de maladies que l'on peut prévenir par la vaccination comme la pneumonie et la poliomyélite. Environ 1,3 milliard de dollars ont été alloués à cette dernière pathologie, avec comme objectif de l'éradiquer de la surface de la Terre. Parmi les priorités figure également la lutte contre la tuberculose, le sida et le paludisme. Plus de 55 millions d'enfants ont pu être vaccinés. Outre ses dons à l'OMS, la fondation verse chaque année 100 millions au Fonds mondial contre le sida, le paludisme et la tuberculose. Elle a offert 750 millions de dollars à GAVI, un partenariat public-privé créé en 2000 réunissant les principaux acteurs de la vaccination et du soutien aux systèmes de santé et agissant dans 72 pays en développement. Elle contribue au budget d'Onusida. De nombreux soutiens à des programmes de recherche mais également des aides à des laboratoires pharmaceutiques, à des ONG et aux médias sont distribués. La Gates subventionne ainsi le blog du *Guardian* sur les questions de développement et les programmes santé de la télévision américaine ABC News. À l'OMS, l'aide de la Gates se concentre sur le contrôle des maladies. Elle délaisse les programmes de crise (1,2 %) et les programmes plus structurels comme les politiques nationales de santé (0,4%), les systèmes de santé, information et preuve (0,2%), les services de santé intégrés orientés patients (0,1%), la sécurité alimentaire (0%), participant de la sorte à leur sous-financement.

Une stratégie, pas un hasard

La branche scientifique de l'OMS est censée guider les orientations des programmes et les garantir des exigences infondées de certains milieux politiques et donateurs en lui fournissant des éléments tangibles pour justifier ses choix politiques. Mais, ici aussi, l'organisation jadis à la pointe de la recherche médicale est devenue « *un acteur médiocre du secteur* ». « *Ses recommandations ne vont pas toujours dans le sens des données disponibles les plus fiables* », souligne Steven Hoffman. Et quand l'organisation n'est pas à la hauteur dans un secteur, d'autres acteurs s'engouffrent dans la brèche. C'est parce qu'il s'est avéré que les statistiques de l'OMS laissaient à désirer que l'Institute for Health Metrics and Evaluation de l'université de Washington a été créé en 2007, grâce à des fonds de la Gates.

Pour comprendre les rapports de force qui déter-

7. *Courrier international*, op cit.

minent les orientations mondiales en matière de santé, le budget de l'OMS (4,5 milliards de dollars pour deux ans, rappelons-le) est encore à comparer aux quelque 7 milliards dépensés en 2014 par les seuls Centers for Disease Control, principale agence de santé publique des États-Unis (voir encadré). Arrêtons-nous au nom de cette agence, il n'est pas anodin. Surtout si on le met en perspective avec la définition historique de la santé de la charte de l'OMS. Pourquoi une agence de santé publique se limite-t-elle au contrôle des maladies ? Pour comprendre l'expansion de cette conception de la santé publique, il faut remonter à 1993. Cette année-là, le Groupe de la Banque mondiale⁸ a jeté, dans son rapport annuel sur le développement dans le monde, les bases d'une réorientation complète du financement des systèmes de soins de santé, d'une révolution au sens propre du terme⁹. On peut voir émerger là une doctrine construite pour adapter les systèmes de santé aux nouveaux choix en matière de politiques publiques, et les ouvrir au marché. Cette

8. Le groupe de la Banque mondiale est composé de cinq institutions : la Banque internationale pour la reconstruction et le développement (BIRD), l'Association internationale de développement (AID), la Société financière internationale (SFI), l'Agence multilatérale de garantie des investissements (MIGA) et le Centre pour le règlement des différends relatifs aux investissements (CIRDI). La BIRD et l'AID constituent à elles deux la Banque mondiale.

9. <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/581581468174893634/Rapport-sur-le-developpement-dans-le-monde-1993-investir-dans-la-sante>

doctrine est basée sur des présupposés. D'abord, pour soutenir les politiques monétaristes, les dépenses publiques doivent être réduites dans tous les domaines. Il faudra donc, à l'avenir, organiser des systèmes de santé publique dans un cadre budgétaire réduit. Les politiques publiques devront être orientées résultats, dans une recherche absolue du meilleur rapport coût-efficacité. Ensuite, pour pallier les défaillances du financement public, il faut donner aux acteurs privés une place sur le marché de la santé qui tienne compte de leurs contraintes, indiscutables.

En tête du rapport du Groupe de la Banque mondiale, un chapitre intitulé « Rôles respectifs de l'état et du marché dans le domaine de la santé » plante le décor :

«L'une des raisons qui font que le marché de l'assurance privée peut ne pas fonctionner de manière satisfaisante est que les variations du risque de santé tendent à inciter les compagnies d'assurances à refuser d'assurer ceux-là mêmes qui ont le plus grand besoin d'assurance maladie – ceux qui sont déjà malades ou qui risquent fort de l'être. Une autre relève de l'aléa de moralité : un assuré est moins porté à se montrer prudent face au risque et à la dépense et médecins et hôpitaux peuvent se sentir incités, puisque la possibilité leur en est offerte, à donner aux patients plus de soins que leur état ne le justifie. Une troisième raison tient à l'asymétrie de l'informa-

Histoire des Centers Disease Control (CDC)

Aux États-Unis, les institutions militaires ont joué un rôle important en matière de santé et surtout d'épidémiologie. D'abord en assurant le suivi et l'étude de la santé des soldats. Ensuite, par l'étude des épidémies comme armes du bioterrorisme ou comme armes de destruction massive. La prévention contre les maladies infectieuses a gagné du terrain au XX^e siècle, avec la lutte contre la tuberculose et une grande campagne contre la fièvre jaune à Cuba entamée en 1898. Des campagnes contre les maladies sexuellement transmissibles ont été développées durant la Première Guerre mondiale, puis contre la grippe après la pandémie de 1918. La lutte s'est étendue à d'autres maladies tropicales que la fièvre jaune, notamment le paludisme durant la Seconde Guerre mondiale. Les États-Unis créeront un organisme spécial afin de développer des outils et stratégies adaptées aux flambées de cette maladie chez les soldats, qui deviendra le Communicable Disease Center (nom initial des CDC). Dans les années 50, un corps épidémiologique d'élite sera fondé pour répondre à la menace du bioterrorisme entretenue par la Guerre froide et des conflits locaux, notamment dans le Pacifique.

Il existe également un Centre européen de contrôle et de prévention des maladies* fournissant des données de surveillance et des avis scientifiques sur une cinquantaine de maladies et affections transmissibles à déclaration obligatoire, sur les épidémies et les menaces pour la santé publique. Cette agence tire son expertise et ses connaissances de ses propres experts, des réseaux paneuropéens sur les maladies et des organismes nationaux de santé publique.

*. https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_fr

tion entre prestataire de soins et patient touchant le résultat de l'intervention. Le prestataire conseille le patient sur le choix du traitement et, lorsqu'il n'est pas désintéressé, ce conseil peut conduire à un excès de traitement. Il résulte de ces deux dernières observations que, lorsque le marché de l'assurance privée n'est pas réglementé, les coûts s'envolent sans que la santé du patient y gagne beaucoup. Les gouvernements ont donc un important rôle à jouer à cet égard, soit en réglementant le marché privé de l'assurance maladie, soit en pourvoyant à la mise en place de formules alternatives, comme l'assurance sociale, afin de réaliser une protection aussi large que possible de la population et d'empêcher les coûts de monter indûment. [...] Un bon moyen de mesurer ce que l'on obtient pour l'argent dépensé en services de santé est de considérer le rapport coût-efficacité de plusieurs interventions et actes médicaux – c'est-à-dire le ratio gains de santé/dollars dépensés (AVCI gagnées). »

On est en 1993 et tout est dit ! Au cas où on en douterait, Jean-Pierre Unger et ses coauteurs confirment : « Ces politiques sont néolibérales en cela qu'elles promeuvent la marchandisation et la privatisation »¹⁰. Sur ces bases idéologiques, le rapport construit des propositions stratégiques fondées sur la séparation des institutions de santé entre publiques et privées et celle des interventions entre soins de santé et contrôle des maladies. Le rapport définit ce que pourraient être des services cliniques de première nécessité, qui devraient être les seuls pris en charge par les services publics des pays à revenu faible ou modéré. « Les gouvernements des pays en développement devraient dépenser beaucoup moins – environ 50 % de moins en moyenne – pour des interventions d'un moins bon rapport coût-efficacité et, au contraire, doubler ou tripler ce qu'ils dépensent en programmes de santé publique de base, comme les vaccinations et la prévention du sida, et en services cliniques de première nécessité. Un ensemble minimum de services cliniques de première nécessité comprendrait soins aux enfants malades, planning familial, soins prénatals et d'accouchement, ainsi que traitement de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles. »

Le conseil ne s'adresse pas aux pays où le contexte permet d'offrir au secteur privé, réputé plus efficace, les garanties financières (privées ou publiques) de ses profits. « Parce que la qualité peut y gagner et que cela peut faire baisser les coûts, les gouvernements devraient favoriser la concurrence et la diver-

10. J.-P. Unger, P. De Paepe, K. Sen, W. Soors, *International Health and Aid Policies, The Need for Alternatives*, Cambridge university press, 2010.

sité dans la production de services et de facteurs de santé, notamment de médicaments, de fournitures et d'équipement. Ceci pourrait comprendre, quand ce sera possible, des services de soins de santé financés par l'État ou par l'assurance sociale. »¹¹

Jean-Pierre Unger conteste le bien-fondé du modèle « services cliniques minimum » de la BM : « les modèles mathématiques montrent que, pour être efficaces, les programmes de contrôle des maladies doivent être intégrés à des dispositifs de santé dans lesquels l'ensemble des patients constitue une population cible pour la détection précoce et la continuité des soins. Malheureusement, les programmes de contrôle des maladies réduisent l'accès effectif aux soins dans ces dispositifs quand ils sont implémentés à travers des mécanismes divers [organisés verticalement, par pathologie] ».¹²

La critique d'Unger réaffirme ce que l'OMS avait établi à Alma-Ata en 1978 et que la Banque mondiale foule aux pieds en 1993 : les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre l'objectif de la santé pour tous dans le monde.

Concernant l'option de la marchandisation, on peut, avec le recul, examiner les résultats de l'étude scientifique des systèmes de santé dans divers pays et leurs résultats en relation avec la mise en application des recettes de la Banque mondiale. La Colombie, un pays qui applique entièrement la recette néolibérale pour la couverture sanitaire universelle (stratégie UHC), a, contrairement à ses prévisions, des résultats catastrophiques¹³. Le Chili, qui l'applique à moitié et qui maintient des services publics décentés bien que fragmentés et largement municipalisés, parvient à assurer à sa population un accès correct et une bonne qualité des soins¹⁴. Ce système est cependant totalement inéquitable : les 14 % de Chiliens qui ont une assurance privée consomment 50 % des dépenses de santé du pays. Enfin, le Costa Rica n'appliquait pratiquement pas la stratégie UHC et ses résultats étaient spectaculaires : en dépit de dépenses de santé neuf fois moindres que celles des États-Unis, ce pays faisait jeu égal avec eux en matière de mortalité maternelle, d'espérance de vie et de mortalité infantile en 2002... avant que ne commencent à y être appliquées des

11. <http://documents.banquemondiale.org/curated/fr/581581468174893634/Rapport-sur-le-developpement-dans-le-monde-1993-investir-dans-la-sante>

12. J.-P. Unger, P. De Paepe, K. Sen, W. Soors, op cit.

13. T. De Groote, P. De Paepe, J.-P Unger, « Colombia : In vivo test of health sector privatization in the developing world », in *International Journal of Health Services*, Vol. 35, n°1, pp. 125–141, 2005.

14. J.-P. Unger, P. De Paepe, G. Solimano Cantuarias, O. Arteaga Herrera, *Chile's Neoliberal Health Reform : An Assessment and a Critique*, PLoS Medicine, avril 2008.

politiques néolibérales visant à démanteler le secteur public¹⁵.

La marche du marché

On l'aura constaté, malgré ces critiques, l'approche initiée par la Banque mondiale s'est depuis lors largement imposée. Toutes les grandes organisations internationales appliquent les mêmes recettes et les imposent aux pays en développement ou en difficulté, en subordonnant les aides et les prêts aux mesures structurelles prescrites. Partenariats public/privé, marchandisation et privatisation sont devenus les principes incontestables de la marche vers la prospérité et le bien-être universel, même face aux faillites et aux crises du système que nous avons connues. On ne voit pas bien d'où peut venir la contestation de cet ordre mondial. Les organisations non gouvernementales sont un ensemble hétérogène dont une partie seulement s'applique à mettre en question ce paradigme.

Les nombreux traités commerciaux qui ont été conclus ces dernières années ou qui sont en discussion entre diverses parties du monde ne cherchent rien moins qu'à inscrire structurellement ces options dans les relations internationales et à ouvrir les marchés de tous les pays au commerce des soins de santé, avec les conséquences catastrophiques que l'on peut maintenant décrire.

Bien entendu, le poids grandissant au sein de l'OMS des acteurs privés comme la Fondation Bill&Melinda Gates mais aussi d'acteurs nationaux (États-Unis, Allemagne, France) ou intergouvernementaux (Commission européenne) pleinement acquis à la même doctrine que le FMI et la BM empêche totalement l'OMS de constituer le rempart qu'elle pourrait élever face à cette contre-attaque d'ordre purement politique. Les difficultés de l'Organisation sont une bonne affaire pour ces acteurs. On est en droit de penser que son sabotage interne ne doit rien au hasard. Mais nous, citoyens, soignants, scientifiques, n'avons pas d'autre rempart contre la déferlante néolibérale. Par conséquent les critiques qui mettent en question son existence même doivent être analysées avec la plus grande attention. ■

15 J.-P. Unger, P. De Paepe, R. Buitrón, W. Soors, « Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy », in *American Journal of Public Health*, novembre 2007.



Lettre ouverte au D^r Margaret Chan

Alison Katz, sociologue, membre du People's Health Movement et de Independent WHO, ancien haut fonctionnaire de l'OMS.

Les contradictions relevées résonnent aussi à l'intérieur de l'organisation. Cette lettre ouverte a été adressée à la directrice générale de l'OMS le 22 janvier 2007, soit juste avant le déclenchement de la crise financière. Avec le recul, la mise en garde a quelque chose de prémonitoire. Extraits.

Chère D^r Chan,

Vous avez été élue directrice générale de l'OMS, après deux décennies bien décourageantes durant lesquelles l'OMS a été soumise progressivement à la pression de minorités puissantes, détournée de son devoir envers les peuples qu'elle doit servir, et divertie de sa mission de santé publique. Bref, l'OMS est tombée victime de la mondialisation néo-libérale – comme la plupart des institutions sociales et économiques censées servir l'intérêt public. Un certain nombre de personnes dans le staff, dans des positions de responsabilités plus ou moins importantes, ont lutté contre les pires excès de ce processus, mais les dommages sont très étendus.

En plus de la tragédie (et du scandale) que constituent des morts et des maladies évitables, l'OMS a perdu des amis parmi les personnes qu'elle sert et elle a gagné de nouveaux et puissants partenaires à la recherche de nouvelles zones d'influence. Très certainement les peuples du monde vont la forcer à revenir à l'objectif de justice sociale et économique, et aux principes d'Alma-Ata dans la santé, principes eux-mêmes fondés sur un nouvel ordre économique international.

La Santé pour tous est devenu le slogan de l'OMS à la fin des Trente Glorieuses (1945-1975) – trente années de vrais progrès vers un monde plus juste et équitable et donc plus sain. Ce fut une ère de décolonisation ; la nécessité d'une redistribution du pouvoir et des richesses était admise, comme le droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, à contrôler leurs richesses naturelles, et il y avait un engagement fort pour des services publics universels. Cet optimisme était pleinement justifié car le monde avait (et a toujours) lar-

gement assez de ressources pour assurer la paix, la sécurité et le bien-être de tous. La santé pour tous n'est pas une utopie – même s'il s'agit d'un objectif bien plus ambitieux que les Objectifs du Millénaire pour le développement qui sont vraiment des demi-mesures, définies et délimitées par le G8. Si trente années correspondent à la durée des cycles de progrès et de régression, avec un progrès social pour les peuples qui arrive toujours à dépasser un peu les régressions dues aux puissantes minorités s'efforçant de maintenir leur privilèges, nous sommes actuellement à la veille d'embarquer dans un nouveau cycle de progrès. Et votre mandat de cinq ans comme directrice générale de l'OMS coïncide avec ce nouveau cycle de progrès.

Avant de partir, j'aimerais commenter quelques remarques excellentes que vous avez faites lors de vos discours depuis votre élection, confiante que votre vision – fussiez-vous mettre en œuvre même une partie sans embûches, renforcera et accélérera ce progrès.

1. L'inégalité, plutôt que la pauvreté et l'insécurité, doit être l'objet de notre attention

[...] Vous dites que « *la santé est intrinsèquement liée à la fois au développement et à la sécurité et donc à l'harmonie* ». Une approche de justice sociale irait plus loin en disant que la paix et la sécurité ne peuvent pas être obtenues sans la justice, et la santé ne peut pas être atteinte sans un développement équitable et émancipateur. Notre attention devrait se concentrer aujourd'hui sur l'inégalité plutôt que sur la pauvreté, non pas par préférence pour le relatif plutôt que pour l'absolu, mais parce que des rapports de force déséquilibrés sont les causes profondes de la pauvreté et de l'insécurité, et parce que l'inégalité, plus que tel

niveau de richesse ou de privation, est néfaste pour la santé autant que pour la stabilité, la sécurité ou la cohésion d'une société. [...]

2. Le moment est venu d'aller à la rencontre des pauvres et de concentrer son attention sur les riches

Il est devenu à la mode de concentrer toute son attention sur les pauvres tandis qu'on ne rencontre que les riches, et de ne former des partenariats qu'avec ces riches. Afin de corriger ce problème central qu'est l'inégalité, cette tendance doit être inversée. Le moment est venu de concentrer son attention sur les riches parce que ce sont les riches et les puissants qui sont des experts en mécanismes de pouvoir inégal et ce sont les architectes des politiques et des stratégies qui produisent, renforcent et accélèrent les inégalités. Ces systèmes doivent être examinés de près, décortiqués en public et contrôlés démocratiquement. Pour clarifier, il ne s'agit pas ici d'un discours sur le bien et le mal ; ce qui est en jeu c'est un système profondément antisocial et violent, et non pas l'utilisation de ces systèmes par une poignée d'individus voraces. Les pauvres ne participent pas aux sommets du G8, aux réunions du Comité exécutif du Fond global contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ou à celles des « fondations philanthropiques », et encore moins au Forum économique mondial de Davos où des grands PDG de corporations transnationales se voient offrir des accès encore plus privilégiés aux leaders politiques qu'ils connaissent déjà. Mais les gens pauvres tiennent aussi des meetings et ils sont représentés, même imparfaitement, au Forum social mondial (ainsi que dans les forums régionaux et nationaux), dans les réunions syndicales, les mouvements sociaux et politiques, et ailleurs. [...] Votre présence au prochain Forum social mondial [...] et à d'autres événements de même type [...] représenterait un véritable espoir et une source d'inspiration pour les peuples du monde et un contrepoids essentiel à ces meetings de haut niveau avec les leaders des gouvernements et leurs conseillers et suppôts du secteur privé – qui sont de plus en plus les mêmes personnes

3. Des partenariats publics privés (PPP) ou une base fiscale solide et équitable ?

Vous notez que « le tableau de la politique de la santé publique a l'aspect complexe d'un puzzle avec un grand nombre de joueurs, avec un nombre grandissant d'initiatives pour la santé » et vous nous rappelez que l'OMS a « mandat de par sa constitution d'agir comme l'autorité qui coordonne et qui dirige dans le domaine de la santé ».

Comme vous le savez, les PPP sont maintenant considérés comme la façon de mettre en œuvre la politique de santé même si ce sont en fait des arrangements qui auraient été interdits il y a trente ans pour des raisons évidentes de conflit d'intérêt. Les agences et les organisations qui ont des responsabilités publiques forment des « partenariats » avec le secteur privé pour la seule raison que ces PPP sont devenus (ou au moins on le croit) la seule source de financement. Cette situation s'est développée parce que, sous des régimes économiques néo-libéraux, la base fiscale a été systématiquement minée et détruite et les budgets du secteur public coupés. Ce développement est le résultat de l'influence même des compagnies transnationales qui exercent une influence prépondérante sur les gouvernements, de concert avec les institutions financières internationales. La solution à ce problème n'est pas, pour les organisations publiques, d'aller mendier au secteur privé ni chez les philanthropes célèbres, qui ont toutes sortes d'intérêts dans ces activités. La solution c'est la justice économique y compris une base fiscale adéquate nationale et internationale pour financer les services publics et les institutions publiques comme l'OMS à travers des budgets réguliers pour qu'elles puissent accomplir leur mission internationale sans l'ingérence des grandes compagnies. Vous rapportez que « le montant de l'argent mis à disposition par les Fondations, les agences de financement et les gouvernements donateurs est sans précédent ». Ce sera vraiment un atout si vous êtes à même d'utiliser ces fonds pour poursuivre votre vision et vos priorités, comme c'est de votre droit et de votre devoir. On pourrait même argumenter que si l'OMS avait pu remplir son mandat juste sur le budget régulier, même avec un personnel très réduit mais dévoué à la cause de son mandat constitutionnel, beaucoup plus de progrès vers la santé pour tous auraient été accomplis. Comme vous le dites « les soins de santé primaires » sont vraiment la première pierre pour construire des systèmes de santé capables. Ils sont aussi les centrales pour le développement de la santé et la sécurité des soins communautaires. Les soins de santé primaires resteront lettre morte s'ils ne sont pas soutenus par une base fiscale équitable et d'autres formes de justice redistributive (annulation de la dette et réparations, commerce équitable, abolition des paradis fiscaux, contrôle démocratique des activités des transnationales, etc.). L'OMS elle-même a besoin d'établir des objectifs pour le niveau de budgétisation centrale, peut-être de l'ordre de 70% des dépenses totales, et que ce pourcentage aille croissant tous les ans jusqu'à ce que toute influence indue soit éliminée. Le secteur privé n'a pas sa place dans l'élaboration d'une politique de santé publique tant au niveau national que

global. Cela bien sûr n'exclut pas des interactions responsables spécifiques comme par le passé, mais cela exclut les partenariats car des partenaires doivent partager les mêmes objectifs.

4. Les connaissances pour le bien public – le monde ne peut pas se permettre la science des corporations

L'OMS est l'autorité technique, mondiale dans le domaine de la santé, c'est l'un de ses quatre atouts principaux, vous le dites et vous ajoutez : « nous pouvons être tout à fait sûrs de nous dans notre direction », [...] que « l'OMS doit influencer l'agenda de la recherche et développement ». Le rôle de l'OMS comme autorité technique mondiale est son atout maître. A ce titre, il est d'autant plus important qu'elle se préoccupe de la crise actuelle dans le monde scientifique et se réapproprie les systèmes de connaissance pour le bien public.

La commercialisation de la science et les liens étroits entre l'industrie et les institutions académiques¹ devrait être un sujet d'inquiétude centrale pour l'OMS. A cet égard le public a tout à fait le droit de demander que les récents rapports de l'OMS sur les effets sanitaires de Tchernobyl et la sécurité des aliments génétiquement modifiés aient été recherchés, développés et produits par une vaste consultation de scientifiques indépendants sans conflits d'intérêt. [...] Etant donné le niveau élevé de morbidité et de mortalité évitable, le retour et l'émergence de maladies infectieuses respectivement anciennes et nouvelles, et les effets dévastateurs de la dégradation de l'environnement et de l'appauvrissement en ressources sur la santé des populations, le monde ne peut pas se permettre de s'appuyer sur la science « corporatiste »/privée. En tant que l'autorité technique en matière de santé, l'OMS doit être le leader d'un mouvement pour transformer la façon dont est conduite la recherche scientifique y compris ses sources de financement, ainsi que l'acquisition et l'utilisation des connaissances...

5. Les valeurs éthiques des fonctionnaires internationaux

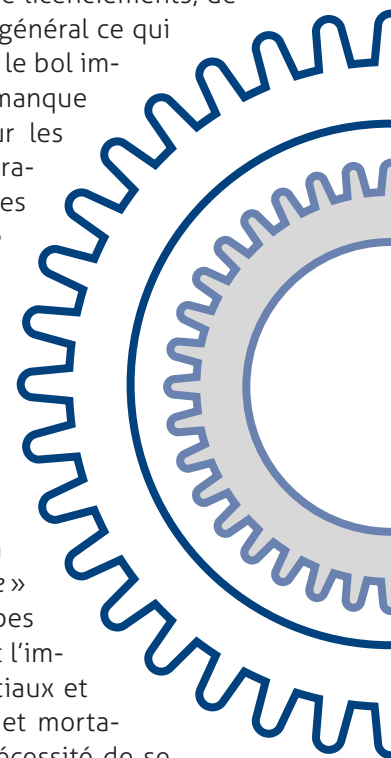
Vous dites que « nous partageons les fondations éthiques des professions de santé. Elle est prévenante, soigne, est scientifique de nature vouée à la prévention et au soulagement de la souffrance humaine. Cela nous donne une autorité morale et un système des plus nobles

1. Cette section est inspirée par la Convention sur la connaissance, Institut sur la science dans la société. <http://www.i-sis.org.uk/conventiononknowledge.php>.

de valeurs éthiques. » Il n'a pas toujours été facile pour le staff de rester fidèle au mandat de l'OMS ni de maintenir le respect pour des valeurs éthiques en tant que fonctionnaires pendant les années néo-libérales. La pression a parfois été extrême lorsque l'indépendance des fonctionnaires internationaux a été de plus en plus remise en cause. Comme vous le savez, les relations entre le personnel et l'administration ce sont dégradées jusqu'à produire la première action massive (débrayage de 700 membres du personnel en novembre 2005) dans l'histoire de l'organisation. Le personnel a débrayé en dépit de menaces de sanctions disciplinaires y compris de licenciements, de la part du bureau du directeur général ce qui a montré non seulement un ras le bol immense du staff mais aussi un manque de respect extraordinaire pour les règlements internationaux du travail de la part d'une agence des Nations Unies. Ce débrayage n'aurait pas dû être déploré, lamenté ou sanctionné. Ce fut un signal d'alarme envers les membres constituants et l'audience plus large de l'OMS que des changements radicaux étaient nécessaires. Le personnel qui a lutté contre les tendances néo-libérales a été souvent jugé « coupable » de trop s'attacher aux principes de Alma Ata, qui, reconnaissant l'importance des déterminants sociaux et économiques de la morbidité et mortalité évitables, soulevaient la nécessité de se confronter avec les structures de pouvoir internationales, et insistaient sur une approche large de la santé publique qui prennent en compte ces déterminants. Ces grévistes rejoignaient un vaste mouvement des organisations de la société civile qui demandent un retour aux valeurs et aux principes de Alma Ata ; mouvement à l'origine de la création de la Commission de l'OMS sur les déterminant socio-économiques de la santé. [...]


6. La Santé pour tous est un projet politique qui comporte des valeurs explicites de justice sociale

En discutant des questions ci-dessus avec des collègues, on m'a souvent dit qu'avec ma perspective je devrais travailler pour une ONG, que mon point de vue est « politique » et que l'OMS n'est pas une agence qui « met en œuvre ». A la première observation, je



réponds que le personnel de l'OMS devrait être plus attaché aux valeurs et aux principes d'Alma-Ata que le personnel de n'importe quelle autre organisation, de la même façon que le personnel des Nations Unies devrait être sur le devant de la scène dans la défense de la Charte des Nations Unies. Ma réponse au deuxième commentaire c'est que la santé est un sujet hautement politique, que l'approche des soins de santé primaires et de *la Santé pour tous* a été et reste un projet politique – et que l'approche néolibérale de la santé et des systèmes de santé est, elle aussi, politique. [...] Ma réponse au troisième commentaire est que finalement, même si l'OMS n'est pas une agence de mise en œuvre, elle a un devoir clair d'identifier et de promouvoir des politiques et des stratégies sur la base de sciences sérieuses qui ont fait leurs preuves pour subvenir aux besoins fondamentaux pour la santé, entre autres.

7. Des loyautés en conflit



Pendant les décennies néolibérales, le personnel s'est trouvé dans une position inconfortable avec un devoir de loyauté au mandat constitutionnel de l'OMS et à la Charte des Nations Unies d'un côté, et de l'autre côté – puisqu'il s'agit d'une agence intergouvernementale – des obligations vis-à-vis des États membres (ou plutôt de certains États membres) et aux dirigeants actuels et leur interprétation particulière de ce mandat. [...] L'OMS a failli dans son devoir de dénoncer les politiques néolibérales telles que des règles de commerce injustes, la dette odieuse, la libéralisation à outrance des économies, la privatisation des services publics, le pillage des ressources nationales, malgré le fait que nous avons toutes les preuves possibles de l'effet dévastateur sur la santé des populations de ces politiques, des effets sur la pauvreté et les inégalités, que cela empêche les peuples de se procurer de l'eau et de la nourriture de façon adéquate, et que cela maintient plus de la moitié de la population du monde dans un état scandaleux de misère. [...] Le staff devait-il choisir la loyauté aux occupants actuels de postes de responsabilité et envers certains États membres, plutôt que la loyauté envers les peuples du monde qui sont souvent si mal représentés par leurs gouvernements ? Devraient-ils par respect les Droits de l'Homme, faisant confiance à leur propre jugement moral, faire pencher la balance dans ces conflits de loyauté ?

8. Peut-être des réponses exceptionnelles sont requises pour une époque exceptionnelle

« *La façon dont les citoyens des pays riches vivent leur vie actuellement est, dans l'ensemble, moralement acceptable.* »² Reconnaître que « le préjugé favori de quelqu'un » est foncièrement un tort est quelque chose de fondamental dans la lutte pour la justice sociale et *la Santé pour tous*. Le staff de l'OMS et d'autres organisations des Nations Unies peut être mal informé (en omettant de se renseigner auprès de sources alternatives) et être sujet à désinformation (en acceptant la pensée unique des sources conventionnelles dominantes). Il n'empêche que les fonctionnaires internationaux ne peuvent pas prétendre « ne pas savoir ». Le moment est venu de se poser la question : est-ce que la façon dont les fonctionnaires internationaux remplissent leurs fonctions répond à la Charte des Nations Unies et à la constitution de l'OMS, et est moralement acceptable ? Ou bien est-ce une forme de croyance dans « notre préjugé chéri » ?

D^r Chan, la vision que vous avez articulée est exemplaire et une inspiration pour le staff. Mais vous aurez besoin que le personnel ait le courage de ses convictions, qu'il se tienne debout face à une opposition puissante et qu'il reste fidèle au mandat de l'OMS, s'ils doivent vous assister dans sa réalisation. ■

2. T. Pogge., *World Poverty and Human Rights*, Polity Press, 2002.

Néolibéralisme et politique de soins de santé

Propos recueillis par **Hélène Dispas**, médecin généraliste et permanente politique de la Fédération de maisons médicales.

Qui oriente réellement les politiques de santé ? C'est la question posée à Denis Porignon et à Ann-Lise Guisset. Ils déclinent leur réponse à trois niveaux : global, national et individuel. Cet entretien, qui pose le décor et débusque certains travers de l'aide mondiale, sera suivi d'un second axé sur des initiatives et mécanismes correcteurs, à paraître dans le prochain numéro de Santé conjuguee.

Ann-Lise Guisset et Denis Porignon sont experts en systèmes de santé à l'OMS (Genève). Denis Porignon est également expert en politiques de santé à l'Université de Liège. Les opinions qu'ils avancent sont personnelles et ne correspondent pas nécessairement à celles de l'institution.

Quelle est l'influence de la Banque mondiale (BM), du Fonds monétaire international (FMI) et de l'Organisation internationale du commerce (OIC) ?

Denis Porignon : Au niveau international, les secteurs sociaux sont de plus en plus au cœur des considérations économiques, soit comme agents de croissance par l'activité qu'ils génèrent, soit comme source de dépenses des deniers publics permettant d'assurer les soins aux populations. Cette contribution des secteurs sociaux au développement social et économique des pays se fait sous l'influence, entre autres, d'un certain nombre de partenaires clés que sont la BM, le FMI ou l'OIC. Depuis longtemps, les pays et leurs secteurs sociaux ont été influencés par les politiques, notamment d'ajustements structurels, mises en place par les grands organismes financiers internationaux. Ces derniers prônent à la fois une réduction du rôle de prestataire par les gouvernements (ce qui est encore le cas dans de nombreux pays à revenus faibles ou moyens) et le développement d'un secteur privé. Malheureusement, trop souvent le secteur privé fonctionne sans la régulation nécessaire permettant de garantir un accès équitable de tous aux soins de santé. Il est pourtant communément admis que les sociétés plus équitables ont un niveau de santé meilleur. Dans les pays d'Afrique subsaharienne, mais aussi dans les pays riches, une plus grande inégalité de revenus s'accompagne d'une mortalité et d'une morbidité plus élevée. Ce phénomène est malheureusement en constante progression. En outre, par les pratiques de conditionnalités ou d'engagement des

pays dans des programmes sociaux reposant sur des prêts qui se chiffrent souvent en dizaines de millions de dollars, nous constatons que les états receveurs s'engagent la plupart du temps dans une dynamique où le remboursement de la dette pèse lourdement sur les budgets nationaux et oblige les pays à mettre en place des politiques de recouvrement des coûts qui s'avèrent délétères pour les populations.

Ann-Lise Guisset : C'est un phénomène global qui n'a cependant pas la même incidence partout. Quelques pays d'Asie et d'Amérique latine défendent des politiques plus sociales et ont fait des avancées encourageantes. Je pense au Brésil, au Chili, ou encore à la Thaïlande et la Turquie.

DP : Les décisions prises au sein de ces grands organismes restent peu transparentes et relativement peu redevables de l'impact à long terme. Ceci s'explique en partie par le nombre croissant d'intervenants et d'interactions de plus en plus complexes qui rendent toute attribution des résultats – ou des non-résultats – extrêmement difficile. Il y aurait lieu de pousser les pays à mettre en place des mécanismes inclusifs impliquant les différents acteurs, des mécanismes de coordination pour mettre à plat et faire connaître à tous les citoyens les résultats des politiques mises en œuvre. En d'autres termes, qu'ils aient un droit de participation et de contestation. Des choses de ce genre, sous forme de forums nationaux pour la santé par exemple, ont été récemment mises en place en Tunisie, au Togo ou encore en Moldavie, pour n'en citer que quelques-unes.

Comment ces organismes se sont-ils immiscés dans la politique ?

DP : Ils ont été créés après la Seconde Guerre mondiale pour stimuler la reconstruction européenne. La BM a reçu le mandat d'être un banquier, le FMI de veiller à assurer une stabilité économique globale et donc à ce que les pays dépensent leur argent au mieux... Evidemment la manière dont on dépense l'argent est fortement influencée par des considérations d'ordre philosophico-politique. La manière dont ces organismes poussent à la dérégulation, la nécessité d'obtenir des résultats immédiats, la non reconnaissance des processus de planification ou d'élaboration de politiques sectorielles ainsi que les échanges basés sur des termes monétaires (financement basé sur le résultat, dépenses par nombre de vies sauvées, etc.), peut limiter la souveraineté des États par rapport aux décisions qu'ils prennent et aux sommes qu'ils allouent aux différentes priorités sanitaires. Les contraintes imposées pour le recrutement du personnel dans les secteurs sociaux en sont une belle illustration.

L'OMS est elle-même financée par ces grands organismes, n'est-ce pas problématique en termes d'indépendance ?

DP : Avant tout, il convient de préciser ici que l'OMS agit en tant que secrétariat pour ses États membres. A ce titre, ce sont eux qui décident, lors de l'Assemblée mondiale, du programme budgétaire. Reste ensuite à le financer. Et c'est là que des tensions peuvent apparaître. En effet, l'OMS est financée en grande partie par « fonds volontaires » qui peuvent être dédiés à certains programmes spécifiques ou non. Cela peut créer une distorsion. Je tiens également à préciser qu'en tant qu'organisme international l'OMS reçoit de l'argent de certains partenaires internationaux (Fonds mondial, GAVI-l'Alliance du vaccin, Fondation Bill & Melinda Gates) pour mener des actions stratégiques dans la lutte contre certaines maladies mais la BM, le FMI ou l'OMC ne participent pas directement au financement de l'OMS (en tant que secrétariat). Par contre, sur le terrain, l'OMS est engagée en appui aux États membres aux côtés d'autres organismes tels que la BM. Que ce soit dans son rôle normatif ou en appui aux pays, l'OMS promeut une approche globale permettant aux pays de couvrir l'ensemble des pro-

blèmes de santé et de le faire avec une participation la plus équitable possible. Les valeurs de l'OMS sont la solidarité, la participation, l'inclusion des acteurs, l'équité. Maintenant c'est clair qu'une distorsion en matière de mise en œuvre des programmes est créée par l'allocation de ressources plus ou moins généreuses à certains programmes par rapport à d'autres et qu'au sein même de l'OMS il y a des contradictions. C'est d'ailleurs l'une des critiques qu'émettent certains États membres : il y a encore énormément d'argent qui va à la vaccination, au sida et à la tuberculose, et pas assez vers les systèmes de santé pourtant considérés comme la condition nécessaire pour asseoir des services de santé durables et de qualité.

L'OMS subit l'influence de ceux qui tiennent les cordons de la bourse et ces gros bailleurs (États membres, Fondations ou organismes multilatéraux) ont de manière quasi systématique une approche plus verticale, plus organisée autour d'un nombre restreints de maladie ou de problèmes de santé.

ALG : La gouvernance globale et nationale de la santé pose également des difficultés. Trop souvent, on considère la santé davantage comme un objet de dépense que comme un acteur à part entière du secteur économique et social dans un pays. Ceci entraîne souvent une position de relative faiblesse du ministère de la Santé. Mettre en avant le bénéfice économique d'un système de santé performant et une population en bon état de santé permettrait plus facilement de convaincre le ministère des Finances d'allouer au secteur de la santé les ressources dont il a réellement besoin. En outre, au niveau international, l'augmentation des ressources et les montants alloués par les pays riches sont encore trop souvent dirigés vers la lutte des maladies, au gré de la reconnaissance médiatique et de la possibilité de montrer des résultats tangibles immédiats, plutôt que vers le bien commun qu'est le système de santé pour envisager de manière durable son renforcement. En effet, la plus grande partie de ce nouvel argent va vers la lutte non intégrée contre les maladies. Les augmentations budgétaires de ces dernières années ont été allouées de manière très préférentielle vers la malaria, la tuberculose et le sida. C'est aussi une forme d'inégalité assez fondamentale à mon sens vis-à-vis de tous les autres patients qui méritent tout autant des soins de santé de qualité.

« Une plus grande inégalité de revenus s'accompagne d'une mortalité et d'une morbidité plus élevée. »

Pourquoi les états sont-ils de plus en plus dépendants ?

ALG : Cette dépendance aux fonds extérieurs n'est pas neuve et nous en sommes conscients. Pour moi, il y a une question essentielle : qui mène réellement la politique de la santé ? Est-ce le ministre de la Santé ou le ministre des Finances ? Qui prend les décisions en matière d'investissements ? On observe souvent des incohérences entre les décisions prises aux différents niveaux.

DP : Il y a un consensus clair pour cibler en priorité les populations les plus vulnérables. Mais il y a moins d'accord sur les moyens d'y arriver. Certaines solutions visant le court terme peuvent à long terme avoir un effet négatif sur les plus vulnérables en sapant le système. En effet, on constate dans des pays que certains acteurs, par souci d'efficacité et d'immédiateté dans l'obtention des résultats, imposent une sorte de privatisation de fait au travers d'opérateurs privés, des universités, des sociétés fiduciaires des acteurs bilatéraux et même des organisations non gouvernementales nationales. Ces opérateurs mettent alors en place des mécanismes de mise en œuvre et de suivi et d'évaluation qui leur sont propres. Par nécessité de montrer leur efficacité, ils ont tendance à mettre en place des mécanismes non soutenant des structures

nationales existantes. Le plus bel exemple est l'approvisionnement en médicaments. Des mécanismes parallèles sont montés au détriment des structures locales sous prétexte qu'elles sont non fonctionnelles. Dans des centres de santé, on trouve dès lors un stock de médicaments donnés par exemple par le Fonds mondial que l'on va distribuer gratuitement à la population, affaiblissant du coup le système national. Dans certains cas, cela peut se justifier mais souvent cela se fait au détriment de la construction ou du soutien aux entités nationales qui devraient être renforcées et non mises de côté. Forcément, on va atteindre les plus vulnérables. Mais, en même temps, il y a un stock de médicaments similaires achetés par l'établissement sanitaire qui tente de son côté de constituer un fond de roulement et de construire une activité durable. Quand le stock du partenaire international ne sera plus là, il n'y aura plus rien...

ALG : De manière générale, lorsqu'on met en place des réseaux parallèles pour les services de santé (pour les consultations, les tests diagnostiques, etc.) on crée un cercle vicieux. On attire des ressources rares (médicaments, professionnels de la santé) dans ce réseau bien mieux doté financièrement et on crée petit à petit un système à deux vitesses : on sape le système principal qui devient perçu pour les plus pauvres, qui est sous financé, peu efficace et donc mal vu.

« Le néolibéralisme suggère que le bien-être de l'être humain repose essentiellement sur la libéralisation et le renforcement des initiatives individuelles dans un contexte institutionnel caractérisé par des droits forts à la propriété privée ainsi que par la liberté des marchés et des échanges. »

D. Harvey, *A Brief History of Neoliberalism*.
Oxford University Press, Oxford, 2005.

Quel est l'impact de la privatisation au quotidien pour les populations dans les pays à faible et moyen revenu ?

ALG : Ce que nous constatons dans les pays, c'est que la santé gagne en complexité en termes de problèmes et de réponses. Dans certaines régions, Afrique et Moyen-Orient notamment, le secteur public est trop faible pour que la couverture sanitaire universelle soit atteignable rapidement sans la mobilisation de tous les acteurs. Comment utiliser toutes les ressources disponibles ? Et donc aussi celles du secteur privé. On ne peut pas faire sans lui. Toute la difficulté est d'y introduire une approche de santé publique, de le mobiliser et de le réguler. Cela nécessite beaucoup de tact. En Tunisie, 80 % des gynécologues travaillent dans le secteur privé et 80 % des accouchements se font dans le secteur public...

DP : La part que les ménages payent de leur poche pour les soins de santé va, au mieux, de 20-25 % à... 70-80 %. Plus le pays est pauvre, plus cette proportion d'*Out of Pocket Payments* est importante. La participation des bénéficiaires s'est toutefois considérablement améliorée au cours des vingt ou trente dernières années. C'est un effet, il faut le reconnaître, de l'action de certains de ces nouveaux acteurs, notamment des GHIs, qui ont réussi à impliquer, concernant le sida par exemple, les associations de patients au cœur de la lutte contre la maladie au niveau mondial. Mais il reste beaucoup à faire.

Quel est le meilleur type de fonctionnement à l'heure actuelle ?

DP : Dans un certain nombre de pays, il ne faut pas le cacher, il y a de gros problèmes de corruption et de manque de confiance. Est-ce que le type de financement va les résoudre ? Je ne le crois pas. Revoir les modes de financement est nécessaire mais non suffisant. Dans la plupart des pays avec lesquels je travaille, il y a une volonté de faire les choses autrement, d'ajouter une certaine dose de redevabilité sociale. Je pense que le problème de corruption existe parce que non seulement le secteur privé est présent (favorisant l'éclosion d'un système à deux vitesses souvent basé sur l'accessibilité financière) mais également parce que le rationnement implicite (en termes de qualité ou d'accessibilité) dans le secteur public ouvre la porte à des comportements non éthiques. Le financement par le résultat accorde des incitants aux professionnels de santé, c'est un outil à double tranchant. Côté négatif : les professionnels de santé donnent inévitablement préférence à une activité financée plutôt qu'à une

« Qui mène réellement la politique de la santé ? Est-ce le ministre de la Santé ou le ministre des Finances ? »

autre qui ne l'est pas. Encore une fois, si cela n'est pas régulé, la relation entre les professionnels et les populations en pâtira.

ALG : Dans le financement par le résultat, on essaye d'introduire plus de variables que dans le financement à l'acte simple par exemple. Certes, il représente un danger s'il s'applique aveuglement et s'il est perçu comme la solution à tous les problèmes. Mais tout type de financement (à l'acte ou au forfait ou per capita) induit des comportements ; il faudrait aller vers des méthodes plus mixtes. Tout dépend aussi de la manière dont il est organisé, du contexte et des valeurs sur lesquelles il se base. Comme prérequis, la question de la rémunération digne des professionnels de santé reste capitale. Il y a donc la question du « comment » mais également celle du « combien ». Est-il raisonnable de payer moins de 100 dollars par mois un infirmier travaillant seul et ayant la responsabilité de la santé de plusieurs milliers de personnes ? Il y a aussi la question du « pour quoi ». Quels types de soins, quels modèles d'organisation des services veut la population ? Comment assurer la coordination des soins alors que le paysage épidémiologique au niveau mondial est de plus en plus dominé par les maladies chroniques ? ■

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 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

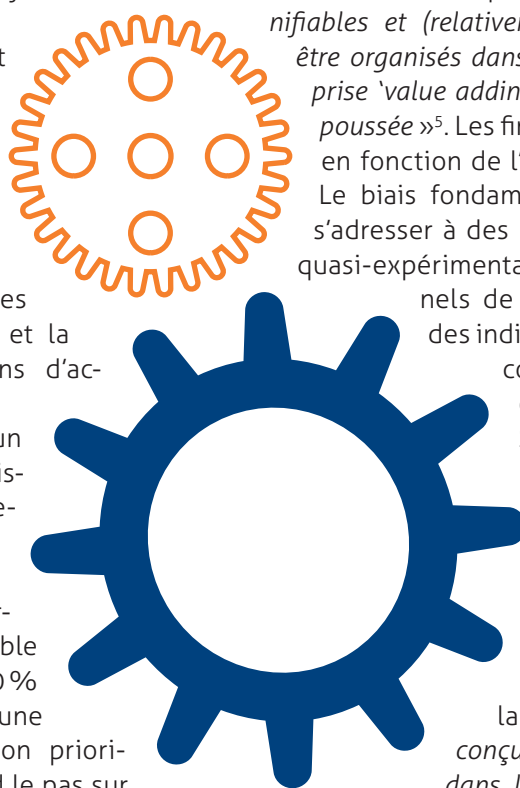
La rationalisation ne se limite pas à la réduction des lits ou des effectifs ; elle touche aussi les pratiques. L'utilisation de protocoles standardisés, où le juge-

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.



Effets du néolibéralisme et services de santé de première ligne

André Crismer, médecin généraliste au centre de santé Bautista Van Schowen.

Un des attraits de la médecine générale est ce poste d'observatoire de la société qu'elle offre. Celle-ci change de plus en plus vite, ainsi que ses habitants, porteurs de nouvelles jouissances et de nouvelles souffrances que nous rencontrons en consultation.

Cet article explore l'influence du néolibéralisme dans ces changements culturels profonds, du côté de l'homme et du côté de notre environnement de travail. Il est nourri de lectures de textes de sociologues, anthropologues, philosophes et psychanalystes qui se rejoignent dans des propos qui ont fait écho dans ma petite tête de soignant de terrain. Je reconnais avoir plutôt retenu les effets négatifs de ces changements qui sont surtout ceux que l'on rencontre au quotidien dans nos maisons médicales.

Le sujet autonome est au cœur des soins de santé, mais l'autonomie, une des trois valeurs de la branche européenne de l'OMS, est un aboutissement plus qu'un point de départ. L'approche centrée sur le patient est un critère de qualité des soins de santé primaires. Or, nous sommes dans une période de mutation profonde du sujet. Avec l'avènement de l'argent et de la marchandisation, les marchés financiers imposent leurs lois aux États, la finance et la spéculation dominant tous les domaines de l'économie, les entreprises se lancent dans des démarches guerrières et destructrices, les multinationales se renforcent et les syndicats s'affaiblissent. On comprime les services publics. On privilégie la performance, la compétition plutôt que la coopération. Nombreux sont les exclus du monde de l'emploi ; ceux qui restent sont surmenés, flexibles, auto-évaluables. Tout se marchande, y compris la rencontre...

En résulte un individualisme effréné (jusqu'à la privatisation de la mort qu'on gère désormais soi-même). On pourrait parler aussi d'égoïsme grégaire, avec une massification des modes de vie, des comportements formatés (un milliard de personnes ont suivi l'enterrement de Michael Jackson). Le look prend de l'importance

(exhibition des paraître), on glorifie le corps, mais à condition qu'il soit parfait (sans poils, odeurs, rondeurs). « *Le corps a été moins libéré que conformé* »¹, et les gens sont de moins en moins satisfaits du leur.

Des institutions à bout de souffle

Le temps (c'est de l'argent) est programmé : il y en a moins pour les relations humaines, et « *on veut maintenant mourir comme jadis il ne le fallait pas : vite* »². La culture est remplacée par des modes successives, l'Histoire par l'immédiateté événementielle. « *A force de sacrifier l'essentiel pour l'urgent, on finit par oublier l'urgence de l'essentiel* », écrivait Edgar Morin. On inonde d'informations plutôt que d'analyser.

Le nouveau Dieu, le divin marché dit aux troupes postmodernes : « *Ne pensez pas, dépensez* »³ Mais plus je dépense, plus je jouis, moins je suis. « *La société de consommation, contrairement aux tyrans, agit par la séduction, par la création de désirs et de besoins exogènes de plus en plus addictifs* »⁴ On tente de réduire l'individu à son fonctionnement pulsionnel, à son amour de soi, à l'exploitation débridée de la libido. La domination agit autant dans le champ de la consommation que de la production. Il ne suffit plus d'exploiter la main d'œuvre, mais de maximaliser la consommation du prolétaire postmoderne.

Avec l'essor du marché, on assiste à une désaffection

1. P. Bruckner, *Le Paradoxe amoureux*, Grasset et Fasquelle, 2009.
2. Ph. Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en Occident*, Seuil, 1975.
3. D.-R. Dufour, *L'Individu qui vient... après le libéralisme*, Denoël, 2011.
4. M. Rahmena, J. Robert, *La Puissance des pauvres*, Actes Sud, 2008.

des institutions à bout de souffle, qui perdent ainsi leur pouvoir d'instituer : la religion, le politique, la famille. Le doute se généralise par rapport aux idéologies. Les lieux habituels de socialisation sont dévalorisés. La famille, communauté à l'intersection du biologique et du social, valorisée dans les sondages, est pourtant malmenée. « Une famille désormais, c'est un groupe qui partage le même frigo. »⁵ Des troubles nouveaux apparaissent chez les enfants, dus aux modifications des relations intrafamiliales. On vante le statut des nouveaux pères, mais ceux-ci disparaissent de nombreuses familles. En France, les familles monoparentales sont passées de 79 000 en 1979 à 2 millions en 2002, augmentant de 2531 %. La structure démographique des cités ressemble aux états de guerre où les hommes sont partis au front. L'école se porte mal, où il est devenu plus difficile d'enseigner, de transmettre la culture. Précarisation et décrochages scolaires se multiplient dans nos quartiers. Les jeunes immigrés sont souvent moins scolarisés que leurs cousins restés au pays. « Faut-il encore multiplier les recherches sur l'éducation, accroître le nombre de pédagogues, de psychologues, pédopsychiatres, psychomotriciens, orthophonistes, rééducateurs ? »⁶ La destruction des bases du monde ouvrier contribue au vide de transmission.

La télévision, « le chewing gum de l'œil », selon Robert Redeker, est devenue le troisième parent devant lequel les enfants peuvent passer plus de temps qu'à échanger avec leurs parents. C'est dans la salle à manger, si pas la chambre à coucher, que les tyrans viennent désormais. On regarde les mêmes émissions, qui formatent les consciences et participent à la misère symbolique. On connaît ce commentaire du directeur de TF1 : « Nos émissions ont pour vocation de rendre le cerveau du téléspectateur disponible, c'est-à-dire de le divertir, de le détendre pour le préparer entre deux messages. Ce que nous vendons à Coca-Cola, c'est du temps de cerveau humain disponible ». Un enfant américain avale 40 000 spots de publicité par an. Aux États-Unis, on estime le pouvoir d'achat annuel des enfants à 30 milliards de dollars.

Ces phénomènes entraînent perte de transmission des valeurs entre générations, perte de confiance dans le monde adulte, insécurité émotionnelle et mésestime de soi. La croyance en un progrès continu, à la raison triomphante, en un avenir radieux fait place au doute. La menace remplace la promesse. Les modèles des jeunes ne sont plus des écrivains ou des poètes, mais

5. P. Van Meerbeeck, J.-P. Jacques, *L'Inentendu. Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné*, De Boeck, 2009.

6. A. Naouri, *Les Pères et les mères*, Odile Jacob, 2004.

des joueurs de foot. Les chances ont diminué, de vivre mieux que ses parents. « La génération précédente rêvait d'ascension sociale pour ses enfants, celle-ci espère qu'ils ne tomberont pas en prison. »⁷ Il y a perte de confiance en l'avenir, les dirigeants, les experts, mais « un monde sans espoir est irrespirable »⁸.

Des repères qui s'évanouissent

Le doute sur la cohérence du monde s'accompagne de certitudes identitaires. Les clivages identitaires remplacent les clivages idéologiques. « Aucune société avant la nôtre n'avait tenté de faire vivre ensemble des individus partageant si peu d'absolu, de dogme, de croyance sur la nature du bien commun. »⁹

Les repères perdent de leur stabilité. Les limites s'effacent entre le normal et l'anormal, entre le bien et le mal, entre les sexes et les genres, les générations (des grand-mères enfantent le fils de leur fille), entre la vie et la mort (fécondation avec du sperme de pères morts), entre les espèces (des programmes TV ou des cimetières pour animaux), on parle des droits des robots...

L'existence ne s'inscrit plus dans le long terme. Le sujet s'englué dans le tout tout de suite. La promotion du présent et la jouissance immédiate passent avant les projets au long cours. Les emplois sont flexibles, les engagements professionnels, amoureux, militants se raréfient ou sont ponctuels, les votes sont nomades. On recherche l'épanouissement personnel. Les ouvrages pour venir en aide à soi-même abondent. En 2005 aux États-Unis, les livres de self help ont représenté un budget de 700 millions de dollars.

L'individualisme, la perte de croyances communes, la destruction des structures collectives, la perte de repères relationnels entraînent un délitement du lien social, la perte du sens du bien commun, un individu déconnecté, une dévalorisation systématique de l'action collective. « Le néolibéralisme est... un programme de destruction des structures collectives », écrivait Pierre Bourdieu¹⁰. Le sujet-citoyen s'efface. « Notre société est un grand hall d'aéroport où la foule des hommes courent, pressés, indifférents les uns des autres. »¹¹ « La conjonction du modèle individualiste et

7. P. Jamouille, *Des Hommes sur le fil*, La Découverte, 2005.

8. J.-Cl. Guillebaud, *Une Autre Vie est possible*, L'Iconoclaste, 2012.

9. J.-Cl. Guillebaud, *La Refondation du monde*, Seuil, 1999.

10. P. Bourdieu, « L'essence du néolibéralisme », *Le Monde diplomatique*, mars 1998.

11. R. Kapuscinski, *Cet Autre*, Plon, 2009.

du fanatisme du marché a changé non seulement l'image que les gens avaient d'eux-mêmes et leurs préférences, mais aussi leurs rapports entre eux. »¹² On privilégie les expériences personnelles à la participation à des tâches collectives. Or, le lien social, loin de s'opposer au sujet autonome, le constitue. C'est le lien social et non l'individu qui s'oppose à la masse. « *L'esclave est celui qui n'a pas de lien* », disait Aristote. « *L'autonomie du sujet affranchi du lien social ne devient-elle pas son tombeau ?* »¹³ Les nouveaux médias connectent les solitudes plus qu'ils ne renforcent les liens sociaux. L'association de patients de notre centre de santé a du mal à trouver sa place et à survivre dans ce contexte contemporain.

La croissance des inégalités est un sujet connu. Morgan, théoricien du capitalisme, disait dans les années 20 qu'un patron ne pouvait gagner plus de vingt fois le salaire d'un ouvrier : le rapport est maintenant de 1 à 8 000 ! La précarité et l'exclusion sociale, mécanismes de fracture ou de destruction sociales, se répandent. Plus que de manque à avoir, il s'agit de mal-être, de manque à être. A la perte de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir, s'ajoute la perte de capacité de se révolter, et même de se prendre en charge. Les travailleurs sociaux ne peuvent se contenter d'orienter les gens, ils doivent maintenant les accompagner à travers les services sociaux et administratifs. D'autres effets où le néolibéralisme est à l'œuvre sont les migrations importantes, qui ont rendu nos salles d'attentes multiculturelles, et les dégradations écologiques et climatiques, dont les pires effets sont à venir.

Ce système qui fait la promotion d'un nouvel ordre fondé sur le culte de « *l'individu libre, mais seul* »¹⁴, « *démuni et désorienté* »¹⁵ ne laisse pas intact l'individu-sujet qui devient le patient de notre consultation. Le sujet, étymologiquement, c'est celui qui est soumis ; mais s'il n'est plus soumis, que devient le sujet ? Il devient autoréférentiel et la question de l'autonomie devient plus pertinente que jamais. Le culte de l'autonomie oblige à devenir soi, mais il n'a jamais été aussi difficile d'être soi, de se retrouver comme sujet ayant un projet. Le sujet seul face à lui-même, sans réfé-

rence, face à l'emprise de la marchandise, n'est-il pas plus abandonné que libre ? L'individu n'est plus encadré ou porté par le lien social mais livré à lui-même. « *Une liberté qui ne reçoit aucun cadre pour se déployer est un abîme.* »¹⁶

Consommer, consommer...

La société des pères a fait place à une société des pairs. Mais la religion du père n'a-t-elle pas été remplacée par celle du fils abandonné ? Le patriarcat a été remplacé par une injonction à la jouissance par le marché. « *Mai 68, avec le recul, épargne les patrons, mais non l'instituteur, laisse libre cours à l'industrie du sexe, démantèle la famille et laisse l'individu nomade et flexible, adapté au capitalisme mondialisé, l'exaltation du moi se retrouve en miroir dans le néolibéralisme libéral et libertaire* », écrivait Denis Collin¹⁷. Peut-être qu'il y a quelque chose de cela dans les tensions actuelles entre l'Orient et l'Occident...

La domination du surmoi a fait place à celle du ça. La névrose est remplacée par d'autres pathologies. On souffrait jadis de culpabilité, on souffre à présent d'impuissance, de perte de sens, de sensation de vide intérieur (qui pousse à la recherche de sensations à tout prix), de dépression, d'anxiété, d'angoisse par rapport au futur, de honte de ne pas être à la hauteur ou d'être exclu. La honte peut être plus destructrice que la culpabilité : « *On n'est pas honteux pour ce qu'on fait, mais pour ce que l'on est* »¹⁸.

Les manques de repères favorisent l'éclosion des états limites et des addictions. La vulnérabilité alimente le consumérisme : malbouffe, alcool ou tout autre produit. Dans la toxicomanie, le désir incontrôlable est remplacé par le besoin contrôlable. La drogue ne répond pas à « qui suis-je ? », mais fait oublier la question. Le manque de produit remplace le manque de soi. Le dealer peut être considéré comme celui qui a réussi. « *Jadis, on était dominé,*

12. J. Stiglitz, *Le Triomphe de la cupidité. Les Liens qui libèrent*, 2010.

13. J.-Cl. Guillebaud, *Le Goût de l'avenir*, Seuil, 2003.

14. P. Bourdieu, « L'essence du néolibéralisme », *Le Monde diplomatique*, mars 1998.

15. G. Balandier, *Le Grand dérangement*, PUF, 2005.

16. D. Le Breton, *En souffrance. Adolescence et entrée dans la vie*, Métailié, 2007.

17. D. Collin, *Morale et justice sociale*, Seuil, 2001.

18. V. de Gaulejac, *Les Sources de la honte*, Desclée de Brouwer, 2008.

mais protégé, névrosé, mais structuré. »¹⁹ L'absence de repère, la perte d'influence des parents, la dictature de la publicité, la perte d'image de soi poussent à la recherche de l'estime des pairs plutôt que celle des aînés. Cela favorise le pouvoir des marques, les bandes, les gangs, les sectes, qui offrent un sentiment d'appartenance. L'absence de sens rend les gens accessibles aux supermarchés des offres spirituelles de tous poils, au fondamentalisme. Ces nouvelles souffrances favorisent la délinquance, les passages à des actes de désespoir dus à la honte plutôt qu'à la misère, une sensation de toute puissance ou d'impuissance, une « souffrance liée aux écarts entre l'expérience du vide interne et celle de l'excès des stimulations »²⁰.

La mutation anthropologique et symbolique, dont le néolibéralisme est un acteur majeur, pourrait être bien plus profonde que la crise économique dont on nous rebat les oreilles. Kant écrivait : « *Tout a un prix ou a une dignité.* »²¹ « *Autrefois, ce qui avait de la valeur n'avait pas de prix ; aujourd'hui, ce qui n'a pas de prix n'a pas de valeur* », ajoutait Patrick Viveret. Godelier écrivait : « *Nous sommes en effet dans une société dont le fonctionnement même sépare les individus les uns des autres, les isole dans leur famille, et ne les promeut qu'en les opposant les uns aux autres. Nous sommes dans une société qui libère, comme aucune autre ne l'a fait, toutes les forces, les potentialités qui sommeillent dans l'individu, mais qui pousse aussi chaque individu à se déso-lidariser des autres tout en se servant d'eux.* »²² Balandier soulignait le déficit de l'action civilisatrice de la modernité mondialisante, qui se lance dans «...des chantiers de plus en plus inouïs sans avoir d'idée claire de l'ensemble à construire [...]. Sommes-nous civilisés à la mesure des moyens inouïs dont nous disposons ? »²³.

Notre système de santé est construit sur le paradigme de la lutte contre les maladies infectieuses, mais ce qui remplit maintenant nos consultations, ce sont les conséquences de ce mal-être et d'un consumérisme mal contrôlé (alimentation, tabac, alcool, drogues). Le système de santé global change aussi. Il faudrait plus d'espace pour approfondir cette question. Les hôpitaux avec qui nous travaillons au quotidien ont subi les effets de regroupements et de fusions impressionnants : là, il s'agit d'augmenter la productivité, le pro-

fit, la rationalisation, voire le rationnement (souvent à l'encontre de la rationalité). On assiste à une industrialisation des soins de santé. Dans nos centres de santé aussi, on se plaint d'une augmentation de la charge de travail.

Un de nos gestes les plus fréquents est la prescription de médicaments, souvent produits par de gigantesques firmes pharmaceutiques multinationales, acteurs majeurs de ce néolibéralisme dont nous parlons et qui nous influencent. « *Le fait que des millions de personnes soient sous antidépresseurs ne peut être considéré comme insignifiant par ceux qui s'intéressent à la pensée de la liberté.* »²⁴ Le quotidien des thérapeutes se remplit de procédures à appliquer, qui rapprochent leur métier de celui du comment plutôt que du pourquoi, avec risque de perte de sens. L'informatique, dont Guillebaud disait qu'elle était au néolibéralisme ce que les chaussées romaines étaient à l'Empire romain, influence nos comportements, jusqu'à nos relations avec les patients et entre collègues et contribue à l'augmentation des inégalités...

Nous ne pouvons soigner sans prendre en compte de ces changements profonds. Les soignants doivent s'associer aux penseurs qui réfléchissent à ces mutations sociétales et anthropologiques et à ceux qui tentent d'autres formes de vivre ensemble. « *Le probable est la désintégration, l'improbable, mais possible est la métamorphose* », écrivait Edgar Morin²⁵. Il reste des raisons d'espérer, il y a de multiples pistes et des mouvements en cours. « *Qu'est-ce que je peux faire ? Rien. Qu'est-ce que nous pouvons faire ? Beaucoup.* »²⁶ ■

La version en ligne de cet article contient la liste exhaustive des ouvrages auxquels l'auteur se réfère.

À lire sur www.maisonmedicale.org/-Sante-conjuguee-.html

19. A. Ehrenberg, *La Société du malaise*. Odile Jacob, 2010.

20. R. Kaës. « Fractures de lien social, Quelques conséquences sur les fondements de la vie psychique ». Dans M. Sassolas (sous la direction de), *Les Soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social*. Eres, 1997.

21. E. Kant. *Fondements de la métaphysique des mœurs*, 1785.

22. M. Godelier. *L'Enigme du don*. Flammarion, 1996.

23. G. Balandier. *Le Grand dérangement*. PUF, 2005.

24. A. Ehrenberg, *La Fatigue d'être soi, dépression et société*, Odile Jacob, 1998.

25. E. Morin, *La Voie pour l'avenir de l'humanité*, Fayard, 2011.

26. M. Rahmena., J. Robert, *La Puissance des pauvres*, Actes Sud, 2008.

Une journée pas si particulière

Hélène Dispas, médecin généraliste, et **Christian Legrève**, responsable du programme Education permanente à la Fédération des maisons médicales.

Nous avons le projet d'écrire ensemble, de décrire la réalité à partir de deux points de vue distincts pour mieux la comprendre. L'une, soignante, raconte une journée de travail. L'autre, travailleur de santé non-soignant, jette un œil sur son récit.

Le froid soleil d'hiver se lève et je descends à vélo le long des trottoirs du boulevard du Midi. Malgré le vent qui bat mon visage, j'aperçois le mouvement sous les couvertures, les mains émergentes de ceux qui ont passé la nuit dehors. Et des visages d'enfants. Chaque fois, mon cœur se serre, mais que pourrais-je faire ? Je ne peux pas les inviter chez moi. Je ne suis pas responsable de leur situation. Je m'installe confortablement dans mon bureau, à la maison médicale. Je soupire un peu en apercevant la longue liste de patients qui s'affiche dans mon agenda. Entre ceux que j'apprécie et ceux qui ont l'art d'absorber mon énergie, la journée va être bien remplie. Est-ce que j'aime mon métier ? Ce n'est pas le moment d'y penser. Je suis médecin, « *j'ai de la chance* », on n'en parle pas.

Les uns sont malades de ce qu'ils mangent ou fument, les autres de ce que la vie leur a apporté de malheurs. Certains de leur égo blessé, de maltraitance, de leur place de femme, d'autres encore de leur logement insalubre. Beaucoup souffrent de leur absence de place dans notre société, de leur étiquette de chômeur, de psychotique, de dépendant de l'aide sociale.

Paradoxalement, certains semblent la réclamer, cette place de victime : « *Vous devez me faire un papier pour les allocations du handicap* », « *Je ne suis pas capable de travailler je veux un certificat* », « *Arrêter les snacks ? Non, donnez-moi un médicament...* ». Je m'efforce de voir les choses sous le prisme systémique. J'ai bien appris la leçon, les déterminants non médicaux de la santé sont bien plus importants que ma petite consultation et je sais que ce n'est pas de leur faute. Mais la faute à qui alors ?

Mon esprit vagabonde. Comment trouver un juste équilibre entre « responsabiliser » et « défendre » nos patients ? Comment leur faire comprendre ? D'un côté, ils sont le produit d'un monde qui empoisonne nos assiettes et appauvrit nos esprits en nous faisant confondre bonheur et consommation. Un monde qui accélère sans cesse et écrase les sujets sous la pression de la quantité : toujours plus de travail, plus d'e-mails dans la boîte, plus d'options sur le smartphone, plus de pays à visiter. D'un autre côté, nous sommes les premiers responsables de cette situation. Nous ne sommes pas obligés d'accepter ces croyances, de consommer, de vouloir plus. Mais les patients que je côtoie ont-ils l'occasion de faire cette critique ? Il me semble que les plus faibles sont les plus mal placés pour prendre conscience. Coincés entre famille nombreuse, pression financière, travail précaire, manque d'instruction, l'occasion est peu présente de s'arrêter, de réfléchir, de changer. A tel point que certains en arrivent à se complaire dans cette situation de victime, peut-être pour la rendre plus acceptable à leurs propres yeux. Est-ce que les révolutions débutent chez ceux qui ont le luxe de pouvoir réfléchir, de choisir ? Chez ceux qui « ont de la chance », et donc peut-être moins de raisons vouloir changer le système ?

Mais peut-être suis-je en train de diviser ce qui ne l'est pas. Ma vision est teintée de misérabilisme, comme me l'a dit un jour un ami et collègue kiné. Mon point de vue est binaire, comme s'il y avait « les chanceux » et « les malheureux » et que les classes sociales étaient déterminantes. Il me suffit de penser au nombre de bourgeois malheureux et de pauvres heureux que j'ai vu défiler dans mon cabinet depuis quelques années pour que tout s'effondre... Alors qui est notre ennemi commun ? L'égo, l'individualisme,

les multimilliardaires de ce monde, le temps... ? Et quel est notre espoir ? Ne doit-on pas aller vers une métamorphose, comme le suggère Edgard Morin, plutôt que s'enliser dans la contestation ?

Je suis interpellée de voir des gens de mon âge ou de celui de mes parents dans des états de santé qui les vieillissent de dix ans. Monsieur T. me demande une prolongation de ses trois mois d'incapacité de travail pour son mal de dos. En signant le papier, je pense à mon père, médecin, qui travaille malgré son importante hernie discale. Oui mais lui, « *il a de la chance* »... il n'était pas au travail dans les chambres froides d'un supermarché. L'ambivalence m'envahit, même mes discours internes sont contradictoires. Madame N., 47 ans, arrive à bout de souffle après avoir marché quelques dizaines de mètres. Son corps n'est que douleur. Elle parle mal le français. Elle a mal à la tête depuis dix ans et voudrait un scanner, cette semaine. Elle ne sait pas qui est son médecin : son premier médecin est en burn out, le deuxième vient de quitter la maison médicale pour une pratique privée et depuis elle erre de confrère en confrère. En un clic je m'aperçois du nombre incalculable d'exams qui lui ont été prescrits. De nombreuses lettres de neurologues qui disent toutes « *Madame n'a pas apporté comme demandé son calendrier de migraines* ». Et chacun y va de sa marque de médicament qui sera, on l'espère cher confrère, plus efficace que le précédent... mais Madame est-elle seulement capable de lire ? Personne ne semble s'être posé la question. Elle m'irrite... je n'y peux rien, je me sens victime. Pourquoi devrais-je, moi, prendre trente minutes de retard dans ma consultation face à une situation si complexe ? Et si je faisais comme tous les autres : changer de médicament, lui prescrire son scanner et m'en débarrasser ? Pourquoi vais-je devoir passer deux heures à lire son dossier ? Pourquoi personne ne l'a-t-il fait jusqu'à présent ? N'a-t-on pas lu le rapport social parlant de « *violences conjugales* » qui pourraient bien mieux expliquer ses souffrances que le scanner qu'elle me réclame ? Pourquoi prend-elle des anti-inflammatoires à longueur de journée alors que nous savons tous que c'est du poison ? Pourquoi avons-nous, nous médecins, été formés à exclure les diagnostics graves par une image puis filer des médicaments pour faire taire des douleurs qui veulent pourtant dire quelque chose ? Et par-dessus tout... pourquoi dois-je assumer son regard fâché car, en essayant d'être un « *bon médecin* », je fais tout le contraire de ce qu'elle voudrait ?

Je suis en colère contre des enjeux qui se jouent à une échelle bien plus haute mais se sont cristallisés dans

Les mots pour le dire

« *Ce qu'il y a, c'est simplement une production de subjectivité. Pas seulement une production de la subjectivité individualisée mais une production de subjectivité sociale qui peut se trouver à tous les niveaux de la production et de la consommation. Et plus encore : une production de la subjectivité inconsciente. À mon avis, cette grande fabrique, cette puissante machine capitaliste, produit y compris ce qui nous arrive quand nous rêvons, quand nous rêvassons, quand nous imaginons, quand nous tombons amoureux et ainsi de suite.* »¹ En quoi cette puissante machine a-t-elle produit ce qui arrive à Hélène Dispas quand elle écrit ?

Renaud Maes, dans son article met en avant l'aspect majeur de la subjectivité néolibérale : l'extension de la logique de concurrence à tous les champs de la société, jusqu'à la vision de l'être humain. De là, la conception de l'individu entrepreneur de lui-même, l'obsession de la quantification et la responsabilisation. Le témoignage d'Hélène Dispas est, de bout en bout, marqué par les caractéristiques retenues par Renaud Maes. Les gens dont elle parle sont des victimes ou des privilégiés. Ils sont « *capables* » ou « *incapables* ». Ils réussissent ou pas. Elle-même est tétanisée par le sentiment de sa responsabilité en tant que nantie et l'obligation de produire du résultat en tant que médecin. Du résultat chiffré, quantifiable. Les situations, les relations se présentent à elle sous forme de quantité : du temps passé ou restant, des nombres de situations ou de rendez-vous, de la quantité d'énergie.

Peut-on échapper à la machine ? Probablement, poser les choses comme ça est déjà un échec. « *Suis-je capable de résister ? Quel est le résultat de mes actes, de mes paroles ?* » On est probablement foutu si on se pose comme responsable de l'état du monde et de l'issue de chaque situation qu'on rencontre. Mais on peut penser qu'on est responsable, comme chaque être humain, de réfléchir sur ses propres limites et ses contraintes, ses contradictions, ses actes et ses paroles, d'en prendre conscience.

Les paroles... Le langage... De Michel Foucault à Pascal Durand en passant par Frank Lepage, les intellectuels sont nombreux à attirer notre attention sur l'importance du langage dans le débat politique.

1. F. Guatarri et S. Rolnik, *Micropolitiques, Le Seuil, coll. Les empêcheurs de penser en rond, Paris, 2007.*

Sur l'impact qu'a sur le langage le système dans lequel nous vivons. Sur l'impact des mots qu'on nous inculque sur nos représentations, sur notre pensée, sur notre vision du monde. « *Le langage n'est pas la vie, [mais] il donne des ordres à la vie ; la vie ne parle pas, elle écoute et attend.* »² Dans notre secteur particulier, on peut citer une armée de mots créés ou pervertis pour nous faire voir le monde, les gens, leur vie et nous-mêmes d'une certaine façon. Quelques exemples ? Rétablissement, auto-soins, autonomie, caseload, case management, capital humain, coaching, compétence, contrat, activation, excellence, flexibilité, gouvernance, performance, résilience, travail sur soi.

Le texte d'Hélène Dispas nous touche au plus profond. Il exprime magnifiquement, à partir de son vécu personnel, l'expérience commune du monde qui nous entoure. Pour essayer de prendre un tout petit peu de distance, de rationaliser ce qu'on peut en apprendre au-delà de ce qu'on peut en ressentir, nous pouvons souligner l'usage de quelques mots qui semblent s'imposer pour raconter le monde. Pourquoi les souligner ? Certains diraient pour les éviter, les remplacer, pour dire et penser le monde autrement. Je dirais plutôt qu'il s'agit de les mettre en lumière et d'acquérir l'habitude, au quotidien, de les utiliser en pleine conscience, en toute liberté. **C.L.**



agenda, auto-contrôle,
burn out, chance, **chiffirable**,
consommation, **dépendant**,
égo, **EMPOWERMENT**, énergie,
faute, individualisme, **plus**,
précaire, **pression**, produit,
profiter, rempli, **responsabiliser**,
retard, victime, **vite**

2. G. Deleuze et F. Guattari, *Mille Plateaux, Capitalisme et Schizophrénie*, éd. de Minuit, Paris.

une seule consultation. Et je suis en retard. Le dossier me demande si je veux envoyer son « *sumehr* », *sumarized electonic health records*³. Non, je ne veux pas. La maison médicale, mes collègues médecins le souhaiteraient. C'est que le gouvernement nous paie pour envoyer les informations des patients sur la plateforme eHealth. On améliore la continuité des soins, nous dit-on. Mais comment lui demander son consentement, à elle qui voue un culte à la technique médicale et qui va sans doute dire oui sans comprendre à quoi elle s'engage ? Est-ce cela, être « éclairé » ? Et que vais-je écrire : fibromyalgie ? dépression ? Nous savons ce qui se passera la prochaine fois qu'elle mettra les pieds dans un service d'urgences : « *Encore un cas psy... – Oh, envoie l'assistante ou fais-la attendre* ». Non, je n'en ai pas envie. Et je n'ai pas le temps. D'ailleurs, pourquoi n'ai-je jamais le temps ?

La réunion de midi se tient sur « *l'empowerment* ». Avalant vite ma tartine en écoutant d'une oreille, j'entends parler de la manière dont nous, soignants, devons modifier notre manière de communiquer pour que le patient se responsabilise. Qu'il soit « au centre » de ses soins. Qu'il comprenne ce qu'il a et que nous arrêtons de passer à côté des vraies raisons qui l'amènent. Je me sens un peu vexée (comme si je ne le faisais pas déjà) et triste (c'est bien dommage qu'on n'ait pas appris ça à l'université), mais enthousiaste de savoir que certains s'en préoccupent. J'ai quelques craintes aussi. On nous présente une vidéo d'une patiente diabétique qui gère maintenant sa glycémie avec une application smartphone. Elle a compris les chiffres, les interprète et prend très bien ses médicaments. Elle prépare ses questions à l'avance. L'infirmière de pratique l'aide à gérer son suivi. Quel bonheur pour le médecin. C'est un bon début. Mais que fait-on des mauvais élèves qui ne remplissent pas bien leur cahier de devoirs ? Ne devrait-on pas y voir une occasion d'élargir le propos, de sortir un patient du contexte de ses symptômes pour le remettre, nous tous ensemble avec nos visions et nos formations différentes, dans sa place d'humain face à une maladie ? Et pourquoi ne donne-t-on pas aussi un cahier de devoirs aux réels responsables de l'épidémie mondiale de diabète : producteurs et distributeurs

3. Résumé du dossier médical que l'on peut partager sur la plateforme informatique fédérale eHealth avec les autres prestataires de santé, moyennant l'accord du patient. Le débat sur les avantages et inconvénients de l'informatisation de données de santé est complexe et nuancé et fait l'objet de réflexions à la Fédération des maisons médicales et ailleurs.

de malbouffe, lobbyistes aveugles et politiciens silencieux ? Je voudrais que notre *empowerment* soit aussi donner la capacité aux patients de prendre conscience du système dans lequel ils vivent et leur donner les moyens d'agir en conséquence.

L'après-midi est riche encore de paradoxes : des enfants de bonne humeur, beaucoup de belles et touchantes rencontres entrecoupées de gens qui soupirent et frappent à ma porte lorsqu'ils attendent plus de dix minutes. Plus vite, plus vite ! Heureusement, ma collègue infirmière m'aide, l'assistante sociale m'envoie un mail pour donner des nouvelles positives d'une situation, le sourire de ma collègue qui nettoie me réchauffe, je me sens soutenue. Heureusement, il y a aussi le sentiment d'être dans le juste, quand un silence dans la consultation appuie un regard de confiance, quand je sens que je suis moi-même, quand je décèle de l'apaisement chez la personne qui est assise en face de moi, quand j'apprends des tas de choses intéressantes de mes patients, quand ils me remettent en question.

Le soir arrive, je complète mon tableau avec le nombre de patients vus sur la journée. La règle de la maison m'impose un nombre moyen de consultations sur la semaine. Pas de sanction à la clé bien entendu, c'est un simple autocontrôle moral. Un bon médecin, il « a » 600 patients. C'est un service rendu à la population après tout, non ? Parfois, je me dis que je préférerais en aider réellement trois plutôt qu'en « voir » dix et que je préférerais surtout m'aider moi-même en prenant le temps de respirer... Moi, la cordonnière la plus mal chaussée ? Je ne dirais pas ça. Car oui, j'ai de la chance. Oui, mon métier est plein de sens, plein de richesses et profondément humain. C'est ce que je voulais et, malgré sa difficulté, je l'aime autant que je le déteste. Oui, je rentre ensuite dans mon foyer confortable. Je possède le langage qui m'ouvre les portes, j'ai les « codes » pour fonctionner dans notre société. Je suis heureuse. Mais à bien y réfléchir, ce n'est pas mon logement ni mon langage qui me procurent ce bonheur. C'est l'air que je respire, la beauté du soleil qui maintenant se couche, la tendresse... Dommage qu'il n'est pas chiffrable, ce patrimoine immatériel, ça nous permettrait de le prescrire sur ordonnance. ■



Tarte à la crème

Le groupe de travail **Contexte et transition**

Nous connaissons nos démons ! Nous nous sommes méfiés de la bien-pensance dans laquelle nous sommes baignés. Le concept de néolibéralisme serait une tarte à la crème gauchiste. Nous l'avons mis à l'épreuve. Nous sommes allés à la rencontre de chercheurs, d'historiens, d'économistes, de journalistes, et même d'adversaires politiques. Contrairement à ce qu'affirme l'un d'eux, le néolibéralisme existe bel et bien. Perry Anderson¹ le présente simplement comme « *la déréglementation des flux financiers, la privatisation des services publics et le creusement des inégalités sociales, cette variante du règne du capital mise en place en Europe et aux États-Unis depuis les années 80* ». C'est une définition sans doute simplificatrice par rapport à beaucoup d'analyses que nous avons partagées. Elle a le mérite de permettre de relier un concept à des faits.

Nous avons pu constater que l'émergence de ce modèle répond à un projet initié de longue date. Elle n'est pas le moins du monde consécutive à des événements ponctuels, qui seraient accidentels, imprévisibles, dans le champ de l'économie. Elle n'est pas, non plus, le résultat – malheureux mais nécessaire – d'un quelconque progrès technologique. Le néolibéralisme apparaît, il y a longtemps déjà, comme le projet d'une contre-offensive politique s'appuyant sur une transformation délibérée du système capitaliste.

Cette contre-offensive s'attaque notamment aux systèmes de santé. Parce que la santé est un marché gigantesque et en croissance, mais aussi pour transformer l'accord politique sur la base duquel ces systèmes ont été analysés à l'issue de la Seconde Guerre mondiale. Nous avons pu montrer que le projet néolibéral vise – et obtient – un impact sur la manière de penser la santé, sur les systèmes de santé, sur leur financement, sur les comportements des soignants et sur les attitudes et la situation des usagers.

Comment est-ce possible, alors qu'il nuit à l'intérêt du plus grand nombre ? A travers l'exemple des soins de

santé, on constate que le projet néolibéral s'impose dans le temps par la convergence entre des actions qui impactent des niveaux différents de la réalité sociale : les mentalités, le langage, les pratiques, les règles, les structures. Il se renforce à l'occasion des crises systémiques (financières, économiques, sanitaires...).

On retrouve ici toutes les caractéristiques des stratégies décrites dans la théorie de la transition. Dans cette conception, les acteurs qui poursuivent une transformation radicale de la société ont intérêt à exploiter les fenêtres d'opportunité et à construire les convergences entre des transformations au niveau micro des *niches* d'innovation dans les pratiques (lieu opérationnel de la transition), au niveau méso du *régime* dominant, des structures (lieu tactique du changement), et au niveau macro des *paysages* (lieu stratégique des changements de paradigme).

Il n'y a pas de grand complot. Il y a un projet politique, porté par des acteurs identifiés. Nous ne parlons pas d'informations cachées, ni de sources secrètes. On peut d'ailleurs faire le parallèle avec le contexte de l'après-guerre. D'autres forces, progressistes, exploitaient le contexte pour faire aboutir dans le monde occidental le projet de systèmes publics de protection sociale. Tout ça nous conduit à considérer qu'il est possible de penser un renversement. Une stratégie de transformation du régime néolibéral. Et à considérer que la théorie de la transition peut nous y aider. Ce sera l'objet de notre prochain dossier.

Revenons, pour finir, au néolibéralisme en tant que tarte à la crème ! On pense aussi à notre compatriote Georges Le Gloupier, l'entarteur. Le site de l'internationale pâtissière énonce « sept bonnes raisons, au moins, d'entarter les pompeux cornichons ». La croisade pâtissière sert, qui plus est, d'exquis révélateur. Elle informe admirablement sur la nature profonde des gustaves enfarinés. Comme l'explique avec pas mal de chien le très distingué sociologue Jean-Claude Guillebaud dans *L'Obs* du 20 octobre 1994 : « *Fulgurante, imprévisible, la tarte à la crème est à la fois inoffensive et fatale* ». ■

1. Historien, *Le Monde Diplomatique*, mars 2017.