

À propos du terme «management» et de ce qu'il dissimule

L'assujettissement des psychologues et la mise à mal des psychothérapeutes par la Ministre de la Santé de Belgique

En 2016, la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales de Belgique (Madame Maggie De Block) a décidé qu'une loi de consensus en matière de santé mentale, issue d'une quinzaine d'années de discussions avec les professionnels du terrain et votée en 2014 par tous les partis - nationalistes flamands (N-VA) et extrémistes de droite (Vlaams Belang) exceptés - était «malade» (sic) et qu'elle devait la «réparer» (sic). Cette réparation thérapeutique - en réalité un anéantissement - n'était pas prévue dans l'accord de gouvernement. La ministre était simplement chargée d'élaborer les arrêtés d'application de la loi de 2014. Celle-ci avait prévu la création d'un Conseil Supérieur de la Santé Mentale et devait baliser l'exercice de la psychologie clinique et de la psychothérapie. En guise de «réparation», la ministre a supprimé la profession de psychothérapeute, l'a convertie en un acte technique praticable par certains médecins, psychologues et orthopédagogues, et a paramédicalisé de fait les psychologues cliniciens. Elle ignore délibérément l'existence des psychiatres. Plus largement, elle a réduit la pratique des professionnels de la santé mentale à un découpage de procédures quantifiables et contrôlables, effectuées par des professionnels interchangeables et peu qualifiés. L'argument de vente de la ministre repose sur la «promotion de l'accessibilité des soins», leur «qualité», leur «rigueur scientifique», sur la «traque aux abus» et sur la «lutte contre les charlatans». Son projet comporte quelques remboursements à l'acte - purement cosmétiques eu égard aux exigences de la clinique - et privilégie la pratique libérale de psychologues peu qualifiés sous la houlette de généralistes non formés. Dans de rares confidences, la ministre - elle-même médecin généraliste - a fait état de son aversion pour les psychologues. De façon générale, elle avance masquée, refuse la concertation et viole la loi sur la transparence administrative. Il lui arrive aussi de mentir frontalement. Du point de vue de la santé mentale, son projet ignore tout de la nature du terrain et ne témoigne d'aucune cohérence interne. Par contre, du point de vue idéologique ses propos ont tout leur sens. Rappelons que le propre d'un discours idéologique est de faire miroiter certaines valeurs pour servir en réalité de tout autres desseins. Tentons d'en repérer les contours.

1. Un modèle purement financier

La destruction du Service Public - et donc des solidarités collectives au profit de la marchandisation des relations humaines - passe par l'affirmation idéologique : *un hôpital est une entreprise comme une autre, de même qu'une université ou encore un palais de justice — il se doit d'être rentable*. Ce slogan se déguise couramment sous le manteau de la nécessité «sans alternative» d'un management en «bon père de famille». Et qui le refuserait pour son propre ménage ? D'autant plus que le terme «management» est le cousin étymologique du mot «ménage», et que pour l'un comme pour l'autre il s'agit de «prendre les choses en mains» (du latin : *manus*). Mais en réalité, cette assertion d'apparent bon sens prélude à l'imposition de normes qui n'ont rien à voir avec la gestion avisée par la ménagère de sa propre cuisine. Il s'agit plutôt d'une rationalisation de type «fordiste» (organisation standardisée du travail mise en œuvre, en 1908, par le constructeur automobile Henry Ford après sa visite des abattoirs de Chicago), telle qu'illustrée dans «Les Temps Modernes» (Chaplin, 1936) par la séquence du repas automatisé servi d'autorité sur la chaîne de montage. Il n'est que trop cohérent de transposer cet univers d'apparente fonctionnalité aux «10 minutes tout compris» consacrées à la toilette de personnes en maisons de soins.

Dans le cas du fordisme cependant, nous sommes encore dans le registre du capitalisme industriel : producteur de biens, de travail et de salaires, *ainsi que* de bénéfices servant à récompenser les investisseurs. Dans le

capitalisme financier purement spéculatif, la production (de tout et n'importe quoi) n'est plus qu'un prétexte. Elle sert *avant tout* à majorer à court terme les dividendes des actionnaires. L'impératif de qualité, qui restait cher à Henry Ford, cède donc le pas à la diminution de coûts de production dont les plus ajustables sont ceux du travail — devenu un produit jetable parmi d'autres. Car ici, les entreprises ne sont plus que les pièces d'un Monopoly dont le jeu gagne en férocité dès que, coté en bourse, il échappe à la régulation des entreprises familiales. Mis en concurrence dans le cadre précaire d'un marché mondialisé dérégulé - et jusqu'au sein de leur propre atelier - les individus travaillant sous un tel joug sont maltraités et deviennent aisément maltraitants. Le harcèlement et le suicide sur le lieu du travail se banalisent (Christophe Dejours, 1980). Le burn-out apparaît souvent comme une ultime protection. N'empêche que le travail - même modeste - reste une *valeur en soi*. Élément capital du maillage social et de toute socialité paisible, il concourt autant à la sécurité matérielle qu'à la valorisation personnelle et à la stabilité affective. Dans cette perspective, et de par son lien direct avec les registres du *stress*, de la *dépression*, et du halo de *comorbidité* qui les accompagne, le travail constitue une pierre d'angle de toute politique de la santé. Statistiquement, il s'avère une composante majeure de l'équation santé mentale-santé sociale. De même que, par-delà toute médicalisation de la souffrance sociale, le *champ de la santé mentale* apparaît capital en matière de prévention et de santé tout court.

Les souffrances évoquées ci-dessus participent des «dégâts collatéraux» du modèle désormais dominant en matière d'organisation du travail. Rien que de très connu. Mais ce qui reste insidieux, c'est la manière dont ce type de managérisme, inféodé à des *impératifs d'évaluation quantitative purement financiers* (plus de profits et/ou moins d'impôts) dissimulés sous des *exigences de qualité des soins*, impose ses *normes* et ses *modes de contrôle* à des institutions dont l'efficacité relève d'un tout autre modèle. Quel rapport en effet entre la rentabilité sociétale d'un Service Public comme le SPF-Justice, et le coût salarial d'un greffier ? Ou quel sens donner au fait qu'en Belgique 30% du personnel soignant doivent désormais recourir à des anti-douleurs, des anti-inflammatoires et des somnifères pour supporter des conditions de travail et des évaluations inadéquates, calquées sur le modèle concurrentiel d'une entreprise à finalité commerciale (sondage *Het Laatste Nieuws*, 12 mai 2018). La bonne gestion d'un hôpital public est évidemment essentielle, mais pas plus que la justice elle ne correspond à un management de ce type. Se soumettre à ce modèle unique, c'est avaliser à court terme le modèle délétère de «la médecine à deux vitesses», et plus largement la volatilisisation du Service Public. Sans compter que les états qui ont privatisé totalement leurs assurances de santé ont vu exploser tout aussitôt leurs dépenses annuelles globales en la matière (comme l'attestent, par exemple, les statistiques officielles des Pays-Bas entre 2006 et 2011 reprises en annexe).

2. *Dénaturer pour réglementer*

Si l'on veut inscrire la pratique de la psychologie clinique et de la psychothérapie dans le champ des *professions de la santé*, il importe de ne pas réduire ce champ aux seuls paramètres de la techno-médecine des organes, et de nier par là l'identité même des psychologues et des psychothérapeutes. D'un côté en effet, une multitude de données expérimentales attestent la spécificité d'un champ où le contexte et la relation apparaissent aussi essentiels que peu mesurables dans les processus de guérison (*effets placebo et nocebo*). De l'autre, l'équation *santé mentale-santé sociale* se voit constamment attestée, tant par la recherche sociologique que par les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé (corrélation marquée notamment entre la dépression - premier facteur d'invalidité au monde - et le chômage). Ces faits donnent à entendre que le champ professionnel de la santé mentale implique par nature l'interdisciplinarité, de même que les pratiques des psychologues relèvent de conditions de *formation*, d'*organisation* et d'*évaluation* différentes de celles de la techno-médecine des organes. Si déjà en médecine il semble aventureux de privilégier l'application de procédures standardisées «*evidence based*» (basée sur des faits probants) au détriment du colloque singulier, en psychologie clinique cela peut s'avérer carrément désastreux. S'il importe en effet de se référer à un modèle scientifique consistant, il est tout aussi important de recadrer chaque symptôme dans l'espace individuel et social dont il est le produit. En psychologie autrement dit, le ciblage thérapeutique sur le symptôme le plus commun ne peut faire l'impasse sur la souffrance à chaque fois singulière où il s'inscrit. Il s'ensuit que la mise en place d'un véritable *Conseil fédéral des professions de la santé mentale*, constitué de représentants des professions multiples du terrain réel ne serait pas un luxe (il s'agirait non seulement de psychologues, de psychothérapeutes, de psychiatres et de médecins généralistes, mais aussi d'infirmiers, d'éducateurs, de pédagogues, d'enseignants, de policiers — et bien sûr de travailleurs sociaux). Dans cette foulée, s'imposerait la création d'un *chapitre III* - «*Les professions de la santé mentale*» - au sein de la loi du 10 mai 2015 (ex-arrêté royal 78) sur «l'exercice des professions des soins de santé». Il s'agirait tout simplement de tenir compte des impératifs spécifiques d'un champ capital en matière de *prévention* (qu'on pense aux comorbidités accompagnant les états dépressifs) et dont le profil ne se peut calquer sur celui – hétérogène et complémentaire – de la techno-médecine des organes.

Adopté par l'ensemble des partis politiques belges (*Vlaams Block* et *NV-A* exceptés), le projet de loi Onkelinx-Muylle du 4 avril 2014 (réglementant les professions des soins de santé mentale) avait commencé à œuvrer dans ce sens. La fin proche de la législature n'avait pas donné le temps de mettre en œuvre les arrêtés d'exécution. Après les élections, et plutôt que de mener à bien un chantier validé par son propre parti (VLD), la nouvelle Ministre de la Santé a déclaré la loi «malade» et a préféré - pour la «guérir» - en saccager et l'esprit et la lettre. Ce faisant, elle n'a tenu aucun compte de la quinzaine d'années de concertation - entre tous les intervenants du terrain - qui avait débouché à la Chambre sur le vote - pratiquement unanime - de la loi de 2014. En réalité, la Ministre de la Santé n'a retenu que le *nom* de l'actuel *Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale*. Mis à part son côté non représentatif, cette instance en effet n'est orientée par aucune politique en matière de santé mentale. Même le terme n'est pas défini. Le Conseil en réalité ne sert qu'à baliser le champ professionnel respectif des psychologues, des médecins généralistes et des orthopédagogues — une profession plutôt latérale dans le champ de la santé mentale. Bien qu'appelé à réfléchir en priorité sur l'exercice de la psychologie clinique et de la psychothérapie, il ne comporte en son sein la présence obligatoire d'aucun psychiatre ni d'aucun psychothérapeute. Non choisie par ses pairs, la présidente a été nommée d'autorité. Pour d'obscures raisons, le fonctionnement du Conseil est soumis à un huis-clos du style «secret-défense». Le choix des associations ayant pu présenter des candidats s'est avéré par ailleurs totalement arbitraire. Ainsi, alors qu'il s'agissait prioritairement de délibérer en matière de psychothérapie et de psychologie clinique, la seule fédération professionnelle de Belgique constituée exclusivement de psychologues cliniciens psychothérapeutes s'est vue écartée car «trop spécialisée» (sic). L'association des médecins psycho-gériatres a par contre pu présenter des candidats. Une telle incohérence, un tel arbitraire, ne relèvent d'aucune logique en matière de santé mentale. Lors de l'élaboration de la nouvelle loi et malgré une demande réitérée, la ministre a refusé de recevoir l'Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique. Mais devant la Commission Santé de la Chambre, elle a prétendu avoir reçu l'APPPsy. Sa porte-parole a même précisé qu'il y avait eu deux rencontres (sic).

Avec constance la ministre avance masquée, sans concertation ni connaissance du terrain. Néanmoins, à l'absence de projet spécifique en santé mentale vient se substituer *une logique qui ne dit pas son nom*. Tout se passe en effet comme si - prioritairement - il fallait à terme libérer la gestion de la santé de la pesanteur et du coût du Service Public. Dans un certain cadre de pensée, on l'a rappelé, un hôpital, un palais de justice, une université, sont «des entreprises comme les autres» — à la différence que ces institutions non marchandes «coûtent cher» au denier public. Pour des raisons idéologiques, les voilà donc priées de se plier désormais aux contraintes d'un managérisme axé sur l'optimisation financière plutôt que sur le souci du bien commun. Dans cette logique, héritée d'un type de gestion visant l'augmentation des dividendes plutôt que le bien de l'entreprise, il s'agit en même temps d'augmenter les profits et de réduire l'impôt. Des *procédures simples d'évaluation quantitative des prestations et des coûts* apparaissent donc capitales — même s'il s'agit d'activités qui ne sont pas ou peu directement quantifiables, relèvent de la solidarité collective, et requièrent donc d'autres types d'évaluation. En techno-médecine des organes, il est certes possible d'élaborer des *guidelines* renvoyant à de «bonnes pratiques» *evidence based* en matière, par exemple, de gestes et de laps de temps pour la pose d'un cathéter. Mais outre que le respect craintif des procédures et des évaluations peut mener à de grandes violences sur le corps des patients, comment appliquer de pareils standards à la meilleure thérapeutique connue de la *dépression* (une association judicieuse de pharmacodynamie et de psychothérapie), étant donné la durée non déterminée d'une psychothérapie de fond et l'impact de l'état dépressif sur la vie économique et sociale dans son ensemble — vu le degré d'invalidité qu'il entraîne, et le cortège d'affections somatiques auxquelles il ouvre la voie ? De même, comment standardiser et rendre quantifiable le trajet thérapeutique de vingt anorexiques aux symptômes et au profil apparemment comparables, sans éluder le fait que - s'agissant d'une souffrance relationnelle de fond, qui a trouvé dans l'anorexie sa *solution de moindre mal* - c'est individuellement qu'il faut la déconstruire. Chasser le symptôme par divers artifices expose ici à le voir resurgir sous d'autres formes. Ce n'est pas toujours le cas : dans certaines phobies, l'allègement des symptômes peut suffire à l'auto-guérison. Mais qu'en est-il alors - si elles échappent au diagnostic d'un psychologue dit de «première ligne» - de ces phobies qui constituent un rempart ultime contre des états psychotiques ? En tout état de cause, la seule utilité manifeste de l'*evidence based medicine* en matière d'anorexie mentale, c'est de pouvoir établir un rapport taille-poids en dessous duquel le gavage est la seule alternative à la mort. Mais nous ne sommes évidemment plus dans le domaine de la santé mentale.

Dans son communiqué de presse du 5 février 2016, commentant sa «guérison» de la *Loi relative aux professions des soins de santé mentale* adoptée en 2014, la Ministre de la Santé déclarait : «*Cette mesure nous permet d'encore mieux garantir la qualité des soins de santé mentale à nos patients.*» Cette assertion mérite d'être nuancée. D'une part, la loi en question ne se préoccupe pas de santé mentale (le thème n'est jamais défini) mais de certains actes techniques des médecins, des psychologues et des orthopédagogues, ainsi que de leur hiérarchisation au profit des médecins. Sans formation ces derniers ont le droit, rappelons-le, de pratiquer tous

les actes de la psychologie clinique, tandis que les psychologues et les orthopédagogues peuvent pratiquer l'«acte psychothérapie» sur base d'un simple apprentissage à l'université — et en tant que «petites mains» des médecins prescripteurs. D'autre part, le langage de la ministre est codé. Quand elle dit «qualité», il faut entendre «quantité» : transformation opérationnelle de la relation clinique en procédures formatées aux fins d'évaluation quantitative permettant un contrôle facilité. On annonce d'ailleurs la création conjointe d'un Conseil supérieur de la Qualité et d'un Conseil supérieur de Contrôle. En l'absence de politique propre en matière de santé mentale, le leitmotiv de la ministre s'énonce dans la «traque aux abus» et dans la «chasse aux charlatans». Mais en réalité, son démantèlement de la profession de psychothérapeute et de la formation personnelle qu'elle implique (au profit d'un complément de cursus académique non encore élaboré) ouvre une large porte aux charlatans diplômés. Le champ spécifique de la psychologie clinique, son enracinement dans l'ensemble complexe de la psychologie, sa complémentarité sans subordination avec l'exercice de la médecine, semblent ne pas exister. Les modalités propres d'*organisation*, de *formation* et d'*évaluation* des professions de la santé mentale sont délibérément ignorées. Il est regrettable, bien que compréhensible, que des psychologues en surnombre, au statut précaire et au futur incertain, perçoivent comme une chance cette négation de fait de leur identité et cette mise à mal programmée de leur avenir. Il est plus regrettable encore que des patients aux troubles réputés «légers» - mais qui en jugera ? - soient livrés en «première ligne», pour 11 €, à des psychologues cliniciens et à des généralistes à la formation incertaine. Dans le cadre interdisciplinaire d'un Service de Santé Mentale (SSM) ou d'un centre de consultation comparable, les plus démunis auraient obtenu la gratuité pour rencontrer un professionnel réellement formé dans un cadre budgétaire parfaitement contrôlé par les pouvoirs publics.

3. L'identité des psychologues mise à mal

Il reste que la seule logique perceptible dans l'ignorance délibérée dont témoigne la ministre, réside dans sa volonté de réduire les multiples facettes du travail interdisciplinaire en santé mentale à un ensemble formaté de procédures, exécutables par des praticiens interchangeable et selon des modalités aisément quantifiables. Dans cet univers du contrôle où l'idéologie managériale tient lieu de politique, la transposition du modèle de l'*evidence based medicine* à l'exercice de la psychologie clinique semble faciliter les choses. Il devient clair alors que le formatage des procédures de soin et l'interchangeabilité des praticiens au détriment de la *rencontre clinique*, trouvent leur cohérence dans la perspective espérée d'un transfert «clef sur porte» de notre actuel système social vers des *réseaux privés d'assurance-santé*. Les systèmes de contrôle constituent évidemment à ce niveau un enjeu prioritaire et la pratique de la psychologie en fait les frais. Il n'est évidemment pas question pour autant de remettre en cause la nécessité d'évaluations rigoureuses, surtout quand il s'agit de financement public. Ce qui est en jeu, c'est la mise en œuvre créative de critères d'évaluation adaptés à la spécificité de leur objet, plutôt que l'adaptation mutilante de celui-ci à des grilles managériales d'évaluation standard. En d'autres termes, l'accompagnement du burn-out, de la toxicomanie ou de la dépression ne s'évalue pas de la même façon que le traitement de l'hépatite B. L'argument «scientifique» n'est en fait ici qu'un trompe-l'œil : un discours idéologique confondant le rigoureux avec le quantifiable, et dissimulant une profonde aversion pour le service public. Prendre au sérieux les données expérimentales sur *l'effet placebo* et ce qu'elles nous révèlent de la relation clinique, ouvrirait scientifiquement un tout autre champ en matière d'espace thérapeutique — mais ce n'est pas au programme. Dans un cadre bien délimité, l'*evidence based medicine* garde certes sa pertinence mais de plus en plus de médecins plaident pour sa refondation (voir notamment : Trisha Greenhalgh et alii, «Evidence based medicine : a movement in crisis ?», in *British Medical Journal*, 2014, 348, g3725). Déroutée par les multi-pathologies et parasitée par les enjeux commerciaux, l'*evidence based medicine*, en privilégiant les procédures au détriment du colloque singulier, serait en passe de déprofessionnaliser le médecin et de lui faire oublier le patient. Si cela peut s'avérer préoccupant en médecine générale, ce l'est plus encore en psychiatrie, en psychologie clinique, en psychothérapie, et dans l'ensemble du champ de la santé mentale : là précisément où il s'agit d'accueillir des souffrances qui rendent malades plutôt que de soigner des maladies qui font souffrir.

Un dernier mot sur l'assurance-santé. Certains pensent que sa privatisation entraînerait plus de souplesse, plus de qualité et moins de dépenses tant pour l'État que pour le citoyen. Or, les statistiques de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) disent tout le contraire. La Belgique étant parfois tentée de s'inspirer des Pays-Bas, il est bon de savoir que si, en 2006, ce pays a totalement privatisé ses assurances de santé, en sept ans ses dépenses globales en la matière ont, de son propre aveu, augmenté de 14,1% (coûts publics et privés confondus). En 2013, 22% des adultes se voyaient économiquement contraints de différer leurs recours à divers soins de santé. En 2014, les Hollandais bénéficiaient du système de soins le plus cher au monde après celui des États-Unis — pays d'une dualisation extrême en matière de santé et classé ex aequo, en 2005, avec le Costa Rica sur l'échelle de la mortalité maternelle. Ceci n'est pas une digression. L'action de la Ministre de la Santé est destructrice. Sans argument, elle tire un trait sur une décision votée à une majorité écrasante par le Parlement et fondée sur une quinzaine d'années de concertations avec les professionnels du terrain. Tel que

prévu, le remboursement des consultations psychologiques est un leurre qui se paie au prix fort de la qualité des soins et de l'assujettissement de la psychologie au modèle techno-médical. L'équation santé mentale-santé sociale est absente du débat. Les psychologues sont «reconnus» mais niés dans leur spécificité, subordonnés aux médecins, et entraînés dans la médicalisation de la souffrance sociale. Le secret professionnel est malmené, le soin marchandisé. La politique de santé publique cède le pas à la violence idéologique.

*Francis Martens **

* Mes remerciements à Jean-Pierre Unger, professeur et expert en médecine publique, pour ses judicieux conseils et informations.

ANNEXES

1. How to discourage a doctor ?

(excerpt : in the full text the author dramatizes his paper as a «bad dream»)

The stresses on today's hospital executive are enormous. They include a rapidly shifting regulatory environment, downward pressures on reimbursement rates, and seismic shifts in payment mechanisms. Many leaders naturally feel as though they are building a hospital in the midst of an earthquake. With prospects for revenue enhancement highly uncertain, the best strategy for ensuring a favorable bottom line is to reduce costs. And for the foreseeable future, the most important driver of costs in virtually every hospital will be its medical staff.

Though physician compensation accounts for only about 8% of health care spending, decisions that physicians strongly influence or make directly — such as what medication to prescribe, whether to perform surgery, and when to admit and discharge a patient from the hospital — have been estimated to account for as much as 80% of the nation's health care budget. To maintain a favorable balance sheet, **hospital executives need to gain control of their physicians**. Most hospitals have already taken an important step in this direction by employing a growing proportion of their medical staff.

Transforming previously independent physicians into employees has increased hospital influence over their decision making, an effect that has been successfully augmented in many centers by tying physician compensation directly to the execution of hospital strategic initiatives. But physicians have invested many years in learning their craft, they hold their professional autonomy in high esteem, and they take seriously the considerable respect and trust with which many patients still regard them.

As a result, the challenge of managing a hospital medical staff continues to resemble herding cats.

Merely controlling the purse strings is not enough. To truly seize the reins of medicine, it is necessary to do more, to get into the heads and hearts of physicians. **And the way to do this is to show physicians that they are not nearly so important as they think they are**. Physicians have long seen the patient-physician relationship as the very center of the health care solar system. As we go forward, they must be made to feel that this relationship is not the sun around which everything else orbits, but rather one of the dimmer peripheral planets, a Neptune or perhaps Uranus.

How can this goal be achieved? A complete list of proven tactics and strategies is available to our clients, but some of the more notable include the following:

Make health care incomprehensible to physicians. It is no easy task to baffle the most intelligent people in the organization, but it can be done. For example, make physicians increasingly dependent on complex systems

outside their domain of expertise, such as information technology and coding and billing software. Ensure that such systems are very costly, so that solo practitioners and small groups, who naturally cannot afford them, must turn to the hospital. And augment their sense of incompetence by making such systems user-unfriendly and unreliable. Where possible, change vendors frequently.

Promote a sense of insecurity among the medical staff. A comfortable physician is a confident physician, and a confident physician usually proves difficult to control. To undermine confidence, **let it be known that physicians' jobs are in jeopardy and their compensation is likely to decline.** Fire one or more physicians, ensuring that the entire medical staff knows about it. Hire replacements with a minimum of fanfare. Place a significant percentage of compensation at risk, so that physicians begin to feel beholden to hospital administration for what they manage to eke out.

Transform physicians from decision makers to decision implementers. Convince them that their professional judgment regarding particular patients no longer constitutes a reliable compass.

Refer to such decisions as anecdotal, idiosyncratic, or simply insufficiently evidence-based. Make them feel that their mission is not to balance benefits and risks against their knowledge of particular patients, but instead to apply broad practice guidelines to the care of all patients. Hiring, firing, promotion, and all rewards should be based on conformity to hospital-mandated policies and procedures.

Subject physicians to escalating productivity expectations. Borrow terminology and methods from the manufacturing industry to make them think of themselves as production-line workers, then convince them that they are not working sufficiently hard and fast. Show them industry standards and benchmarks in comparison to which their output is subpar. On the off chance that their productivity compares favorably, cite numerous reasons that such benchmarks are biased and move the bar progressively higher.

Increase physicians' responsibility while decreasing their authority. For example, hold physicians responsible for patient satisfaction scores, but ensure that such scores are influenced by a variety of factors over which physicians have little or no control, such as information technology, hospitality of staff members, and parking. The goal of such measures is to induce a state that psychologists refer to as learned helplessness, a growing sense among physicians that whatever they do, they cannot meaningfully influence health care, which is to say the operations of the hospital.

Above all, introduce barriers between physicians and their patients. The more directly physicians and patients feel connected to one another, the greater the threat to the hospital's control.

When physicians think about the work they do, the first image that comes to mind should be the hospital, and when patients realize they need care, they should turn first to the hospital, not a particular physician. One effective technique is to ensure that patient-physician relationships are frequently disrupted so that the hospital remains the one constant.

Richard B. Gunderman

MD, PhD, Indiana University, Chancellor's Professor of Radiology, Pediatrics, Medical Education, Medical Humanities and Health Studies. Published in *Focus Family Physician*, Summer 2016, Arizona Academy of Family Physicians

2. Explosion des coûts, accessibilité des soins

Quelques données dépourvues d'ambiguïté

1. Croissance des coûts en matière de santé aux Pays-Bas depuis la privatisation en 2006 de l'assurance-santé

- *Between 2006 and 2011, the Netherlands expenditure on health grew faster than any other European country.*

The Dutch Government estimates that the share of health expenditure in the Dutch GDP (PIB) had risen to 14.1% by 2013 which would make Holland second most expensive system per capita.

(Dutch Health Care Performance Report 2014, National Institute for Public Health and the Environment, MoH, Welfare and Sport, editors MJ van den Berg et al., Bilthoven, 2015)

- *A scientific publication considers that in 2014 the Dutch health system was the second most expensive in the world.*

(Spending on Health Care in the Netherlands : not going so dutch, P. Bakx, O. O'Donnell and E. Van Dorslaer, Fiscal Studies, vol. 37, no. 3-4, pp. 593-625, 2016)

2. Décroissance de l'accessibilité des soins aux Pays-Bas

2014 Dutch government report states :

- *« 22% of Dutch adults decided to forego health care services one or more times in 2013 because of the costs involved. No other country showed as sharp an increase in the 2010-2013 period. »*

(Dutch Health Care Performance Report 2014) National Institute for Public Health and the Environment, MoH, Welfare and Sport Editors MJ van den Berg et al., Bilthoven, 2015)
