

L’emprise de la technomédecine au risque de la santé

Michel Cucchi

Résumé

Le système de santé est piloté au travers d’une technostructure hospitalière dont l’activité se mesure par une production codifiée d’actes, de séances et de séjours, accordant une place prépondérante à la normalisation des pratiques, à la standardisation des protocoles et à l’automatisation des processus, se coulant toujours davantage dans le paradigme techno-industriel de la production de masse où dominant des principes de gestion fondés sur la maximisation de la production de valeur financière dans une coopération toujours plus étroite avec les entreprises du médicament, des biotechnologies et de l’Internet.

Cette contribution propose une reformulation des grandes questions de santé humaine ainsi que des missions des systèmes sociotechniques en charge de leur traitement. Comment restituer les questions de santé au débat public sans épouser les intérêts des acteurs économiques ou des professionnels du secteur ? Comment investir la technique médicale et soignante sans s’exposer à des effets qui en dénaturent l’intention ? Comment conduire le nécessaire aggiornamento des institutions de santé pour un projet de société pleinement humaine ? Pour lutter contre l’emprise techno-industrielle, la défense de la santé humaine et de la salubrité de l’environnement a besoin de sciences humaines, c’est-à-dire de sciences de la complexité et de la singularité.

La technosphère étend à la vie humaine et à la vie naturelle le modèle d'organisation propre aux machines artificielles. L'esprit de cette technologie surdétermine et est surdéterminé par la logique du profit, le gigantisme industriel, l'excès de spécialisation.

Edgar Morin, *La Méthode 2. La Vie de la Vie* [10, p. 73].

Introduction

La richesse financière privatisée extraite d'un territoire ne fait pas société. L'organisation sociale a besoin au contraire de valeurs partagées, de richesses communes par lesquelles se construire et se régénérer. Celles-ci constituent un référentiel pour l'action collective, lui confèrent sa légitimité mais lui en dessinent également certaines limites. C'est ainsi au nom du progrès social, à la fin de la Seconde guerre mondiale, pour subvenir à des besoins humains qui étaient considérables, qu'a été créée la Sécurité sociale, dont le système de santé constitue un pilier essentiel. Mais les productions de ce dernier sont entraînées en ce début du XXI^e siècle bien loin des intentions de ses fondateurs.

Le paradigme technicien

Ce système de santé apparaît aujourd'hui piloté par une technostructure hospitalière exubérante, elle-même constituée de deux bureaucraties mal ajustées l'une à l'autre, la bureaucratie professionnelle des médecins et une bureaucratie administrative, celle des gestionnaires. Sous l'effet de politiques sanitaires et sociales peu et mal adaptées aux besoins de santé de la population, les pratiques soignantes se trouvent subordonnées à un système

de décision dominé par un imaginaire technicien, fondant la valeur du soin sur la technique.

L'actualité tragique de ces derniers mois, avec cinq suicides de soignants au cours du seul été 2016 [4], nous rappelle que cette influence exerce d'abord ses effets délétères sur le personnel hospitalier le plus en rapport avec le patient et ses vulnérabilités. Comme dans d'autres services publics, à France Télécom, à EDF et ailleurs, des décisions d'ordre gestionnaire visent à orienter la production dans une direction largement étrangère aux valeurs et à l'engagement de ses personnels, privilégiant la technicité sur la disponibilité, assimilée à la flânerie des premiers âges du taylorisme, la rationalité quantitative sur l'appréciation qualitative, ou encore la souplesse des compétences, des métiers et des savoirs sur leur approfondissement. Le management hospitalier s'emploie en outre trop souvent à marquer son emprise sur les corps de métiers subordonnés en déployant et redéployant un personnel soignant indifférencié quantifié en « équivalents temps plein » au gré de restructurations largement incompréhensibles pour les soignants. Comme l'exprime le Professeur Emmanuel Hirsch, ces personnels *« ont le sentiment d'une disqualification et, pour certains d'entre eux, d'être les victimes expiatoires d'un contentieux dont ils ne maîtrisent pas les intrigues »* [7]. Pour le dire brièvement, le personnel soignant est assimilé à une main d'œuvre qualifiée dans une « usine à malades » dont le pilotage échappe à ses intentions et à ses valeurs.

L'emprise gestionnaire

Quelle est donc cette « réalité » qui devrait s'imposer à la disponibilité et à la sensibilité envers la personne vulnérable ? Elle se manifeste par une production codifiée d'actes, de séances et de séjours, accordant une place prépondérante à la normalisation des pratiques, à la standardisation des protocoles et à l'automatisation des processus.

Cette mise en chiffres de la production hospitalière a été conduite à partir des années 1980 dans tous les systèmes hospitaliers des pays industrialisés. En France, ce fut la mission PMSI, pour « Projet » puis « Programme de médicalisation des systèmes d'information » de l'hôpital [5]. Ce programme a été introduit dans un premier temps pour formaliser l'activité hospitalière de façon exacte et communicable au travers d'un langage commun, puis à tenir compte de l'activité des établissements, appréciée sur cette base commune, afin d'ajuster les ressources qui leur étaient allouées. Cette mesure a rapidement conduit à la mise au point d'un indicateur chiffré censé résumer l'effort médical et soignant, ou en d'autres termes la charge en soins. Cet Indice synthétique d'activité ou ISA, quantifié en points ISA, devait permettre aux gestionnaires de mettre en rapport une production quantifiée aux ressources allouées, dans un objectif politique d'équité entre établissements, entre territoires, par le moyen d'une concertation certes imparfaite mais qui permettait de tenir compte des situations concrètes. Mais il fallait améliorer l'efficacité du dispositif : à partir du milieu de la décennie 2000, et singulièrement à partir de la mise en place de la « tarification à l'activité » en 2007, les points ISA ont été directement convertis en euros, et les moyens directement alloués aux établissements en fonction du nombre d'actes, de

séances, de séjours et de leurs tarifs respectifs, d'autres dispositifs (missions d'intérêt général, remboursement des molécules onéreuses, forfaits divers) étant censés couvrir les dimensions autres que la seule facturation de prestations normalisées de soins [3]. Aux yeux des gestionnaires, l'activité soignante se réduit ainsi à une production de codes directement traduits en euros. Pour parvenir à ce résultat, des dizaines de nomenclatures sont établies et régulièrement mises à jour, dont la sémantique est orientée par une tarification valorisant étroitement la technique. Cette sémantique tarifante prime sur l'usage et sur les règles de l'art médical établies dans les ouvrages de référence ainsi que dans les dictionnaires généralistes ou spécialisés. Elle représente concrètement la production hospitalière « sérieuse », celle qui compte aux yeux des « décideurs ». Plutôt que de rechercher la mesure des problématiques sanitaires effectives, actuelles ou émergentes, ces codes ont tendance à se figer sur une gestuelle interne productrice de valeur afin de nourrir une chaîne de facturation devenue essentielle pour le fonctionnement régulier des établissements. Cette valeur se mesure désormais directement en euros, y compris dans les « dialogues internes de gestion ».

Les tarifs fondant la rétribution des actes et des séjours sont établis par la puissance publique selon une algorithmique obscure à partir de travaux conduits dans d'étroits cénacles, mais aussi de tractations avec une multitude de groupes de défense d'intérêts divers : professionnels de santé dominants, industriels, assureurs, etc. Cette chaîne de facturation anonyme a pris la place d'une chaîne de concertation et de décision. De nouvelles perspectives sont désormais ouvertes, telles que par exemple l'alignement des tarifs des prestations publiques et privées et la mise en concurrence des établissements et des équipes selon un critère principal de performance (ce que Jean-François

Mattéi, le ministre en charge de la santé au début des années 2000, désignait comme « la régulation par la qualité ». Dans ces conditions, les prestations les plus techniques, aux tarifs les plus avantageux, prennent le pas sur toutes les autres, le généreux dispositif de remboursement des molécules onéreuses permettant par ailleurs à l'industrie du médicament d'imposer en pratique ses prix élevés à la collectivité.

Cette codification n'entretient pas seulement une chaîne de facturation. Elle nourrit parallèlement toute une technoscience paramétrique computerisée – statistique, épidémiologie, analyse de décision, rationalisation des choix budgétaires, analyse stratégique, algorithmiques diverses, etc. – sur laquelle se fondent à la fois une recherche médicale de plus en plus exposée aux espérances de profit et une gestion hospitalière avide d'indicateurs mais peu investie dans les problématiques sanitaires effectives. Cette recherche, cette gestion inspirées par la maximisation de la production de valeur financière à court terme rétroagit par le contrôle sur la gestuelle interne des établissements, conduisant à une normalisation des pratiques, une standardisation des protocoles et une automatisation des processus qui laisse peu de place à l'intelligence, à la sensibilité et à la compassion, toutes ces formes humaines d'investissement qui ne sont pas traduites en paramètres quantitatifs et financiers.

Cette chaîne de production d'information confortant le développement de la part la plus technique et la plus valorisable de la prise en charge sanitaire se prête finalement de mieux en mieux à l'analyse quantitative pratiquée en finance, c'est-à-dire à la formalisation d'un marché où des investisseurs peuvent visualiser des actifs et gérer des portefeuilles d'activité à l'abri de

toute critique sur le fond et sur le sens des pratiques en cours. C'est ainsi qu'à l'instar de l'ensemble des services publics des États sous influence « néolibérale », sous l'effet d'une rationalisation instrumentale ahurissante, les services hospitaliers s'éloignent de la recherche du progrès humain – une valeur désormais sujette aux railleries – pour rejoindre les autres univers de la production de masse. Soumis à la course à la performance, sous le chantage permanent du déséquilibre des comptes, l'hôpital s'intègre docilement, sous le contrôle de l'État, dans un complexe techno-industriel de transformation des corps, où il s'agit encore de traiter des urgences vitales, de soulager et de réadapter, mais aussi et de plus en plus d'expérimenter de nouvelles formes d'intervention, jusqu'à transformer ce qui constitue la nature même de l'homme, c'est-à-dire les équilibres spontanés grâce auxquels il peut exprimer sa subjectivité de façon irréductible.

Le triomphe de la technomédecine

Cette technostructure hospitalière constitue la plateforme indispensable au déploiement de la techno-médecine, cette part de l'expertise et de l'intervention sur les corps que les thuriféraires du transhumanisme proposent de confier à un petit nombre de systèmes experts déployés à l'échelle planétaire. Cette dynamique n'est pas nouvelle, puisqu'elle pouvait être décelée dès les balbutiements de cette médecine efficace qui prendra son essor après la Seconde guerre mondiale grâce à la solvabilité apportée par le système des assurances sociales. C'est ainsi que dès 1942, Paul Valéry pouvait écrire dans ses Cahiers que « *la valeur du médecin diminue en raison directe des moyens d'investigations que lui donne la technique physico-biologique. Plus en dispose-t-il, plus s'efface-t-il devant eux et renonce-t-il facilement à observer*

*et à réfléchir [...] Le malade de l'avenir est une collection de fiches, de graphiques, de nombres et d'enregistrements divers. Un automate sera le médecin de l'avenir, qui sans aucune pensée, déduira de ces données un classement et un traitement »*¹. Vingt ans avant le procès d'Adolf Eichmann, et de façon étonnamment synchrone avec les faits ayant abouti à sa condamnation, Valéry ébauchait bien là cette forme de barbarie portée par l'anonymat des grands systèmes abstraits qu'a décrite Hannah Arendt [2].

Au sein des pôles d'excellence que sont devenus les centres hospitalo-universitaires, le savoir utile a été rapidement capté par une bureaucratie professionnelle restreinte en recherche de distinction par la performance. La plupart des honorables correspondants de cet étroit cénacle de leaders d'opinion ont su tirer profit de ce lieu façonné à leur avantage, et avec le développement de la chimie de synthèse, de l'appareillage biomédical, des biomatériaux et de l'informatique, l'attracteur technologique et financier qui anesthésie les sens et brouille l'intelligence n'a depuis lors cessé de se renforcer. Quant à la recherche de grande ampleur, elle se conçoit désormais quasi-exclusivement avec le soutien de ces passagers clandestins de nos établissements hospitaliers que sont les multinationales de la chimie, du médicament, de l'appareillage biomédical, et maintenant de la « biomédecine », des biotechnologies et de l'Internet.

L'ensemble de la corporation médicale, et pas seulement les médecins hospitaliers, se montrent étrangement peu sensibles à la conversion utilitariste et financière de la prise en charge de leurs patients. Mais la formation

¹ Paul Valéry, *Cahiers*, XVI, p. 738. Ecrit en 1942-1943. In Miquel P, *Fragments médicaux de Paul Valéry*. Thèse de médecine, Université de Montpellier-I, juin 1980. Cité par André Mandin [9].

médicale, conçue à partir de méthodes strictement paramétriques élaborées dans ces centres hospitalo-universitaires, comme la connivence des étudiants en médecine avec les entreprises du médicament, entretenue durant une formation d'une exceptionnelle longueur, participent de cet aveuglement.

Ainsi dopé par les grandes institutions de la modernité (la Science, l'État, le Marché), le système de santé apparaît échapper au contrôle réflexif des grands acquis de l'humanisation que sont la compassion et l'altruisme (que nous partageons avec les grands mammifères), l'éthique et la morale. Il apparaît désormais que le développement techno-industriel de la prise en charge sanitaire est en mesure d'enfoncer toutes les limites qu'impose la société à la manipulation généralisée du vivant : nous serions ainsi assis sur un « toboggan transgressif ». Il n'y aurait rien d'autre à espérer des années à venir que des déserts d'humanité dans lesquels s'épanouiraient les forces barbares de la bureaucratie, du totalitarisme et du fanatisme. Au loin apparaît déjà, derrière l'étendard du transhumanisme, le parachèvement du projet prométhéen de maîtrise du monde par la technique, une maîtrise qui stabiliserait l'espèce humaine sur la trajectoire de sa propre fin².

L'aggiornamento de la santé

Nous ne céderons évidemment pas à ce fatalisme, et pour en sortir, nous commencerons par nous réapproprier ces questions vitales de santé et d'intégrité humaines, car elles concernent toutes les personnes, toutes les

² « On est probablement un sur toboggan bio-transgressif, et nous allons préférer être trans-humains que morts, et d'ailleurs nous sommes déjà des transhumains [...], mais le meilleur est probablement pour après », selon Laurent Alexandre, le président de DNAVision [1, 50:45 - 51:25].

communautés, et maintenant l'espèce dans son entièreté, et constituent à ce titre un des principaux enjeux de la critique actuelle de la technique. Cette réappropriation conduit à un *aggiornamento* radical des formes du débat.

Il convient tout d'abord de se réapproprier le terme de santé, qui ne désigne pas principalement un secteur économique (quand on parle de santé, il est souvent question du « secteur de la santé »). Il ne correspond pas non plus à une communauté professionnelle, qui a tendance à occuper toute la scène, puisqu'elle n'est pas contredite par la société civile, et à déqualifier la parole publique comme étant une parole « profane », sensible à l'émotion, une rhétorique déjà entendue dans d'autres domaines, comme dans le nucléaire. Il ne renvoie pas davantage à un capital humain qu'il s'agit de faire fructifier, mais plutôt au bien commun, qui établit les conditions d'une existence digne des générations actuelles et futures.

Dans cette perspective, le champ de la santé est celui d'une « bataille » pour la défense de la vie, humaine et non humaine, à l'encontre des phénomènes, des puissances/pulsions/dynamiques morbides, où le soin n'est plus seulement le mode de relation constitutif du sujet dans sa communauté, mais également un élément constitutif de la communauté elle-même, ainsi que le concevait Paul Valéry. *« Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique. Cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille. Une précision constante. Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes. C'est une sorte*

d'œuvre, de poème [...] que la sollicitude intelligente compose »³. Cette conception donne évidemment à la santé une dimension planétaire, mais c'est celle qui apparaît aujourd'hui – en tous cas à mes yeux – comme la juste dimension des questions de santé, car elle permet de les relier de façon complexe à celles de sécurité⁴, de risque⁵, de vulnérabilité.

Dans ce champ de la santé, la technique s'exprime en particulier *via* la pratique médicale, l'art médical, en ne produisant pas uniformément des effets désirables ou pervers. Il existe bien sûr une dimension désirable de la technique : une habileté à faire, une attention à l'autre, une expression culturelle, une manifestation de nature anthropologique. C'est la technique « amie » dont me parlait mon maître, le professeur de médecine André Mandin, il y a quelques décennies, facteur de *securitas*, d'épanouissement, voire de convivialité⁶, qui promeut l'autonomie des personnes et qui est animée d'une éthique de défense de la vulnérabilité des hommes et de la vie. Mais il existe également un ensemble de dynamiques, de dispositifs techniques

³ Paul Valéry, *Politique organo-psychique, Œuvres*. Bibliothèque de La Pléiade, Gallimard, I, 322, 1957. Cité par André Mandin [9].

⁴ Il y a aussi une « bataille » à mener pour la défense de la sécurité, qui n'est pas principalement une sécurité physique, au sens policier ou militaire, mais qui renvoie à la *securitas* romaine, c'est-à-dire à la fois l'*ataraxia*, la tranquillité de l'âme, et l'*heirenê*, c'est-à-dire la paix du citoyen avec les institutions, avec la société dans laquelle il vit.

⁵ Il convient également de se réapproprier la notion de risque, qui n'est pas principalement un problème de quantification ou d'optimisation et n'a surtout pas vocation à être géré dans la trop fameuse gestion du risque.

⁶ Cf. Ivan Illich : « J'appelle société conviviale une société où l'outil moderne est au service de la personne intégrée à la collectivité, et non au service d'un corps de spécialistes. Conviviale est la société où l'homme contrôle l'outil » [8, p.13]. « Une société conviviale est une société qui donne à l'homme la possibilité d'exercer l'action la plus autonome et la plus créative, à l'aide d'outils moins contrôlables par autrui » [8, p.43].

extérieurs à la vie vécue, susceptible d'y renforcer parfois des intentions désirables et des actions bénéfiques, mais qui est surtout en mesure d'y produire des effets adverses non intentionnels, ou encore de donner pleine puissance à des processus morbides éventuellement intentionnels (des dangers au sens propre).

Les institutions de santé, aujourd'hui assimilables aux technostructures décrites plus haut, sont ainsi appelées à intégrer la cité, non pas principalement comme un outil parmi d'autres de gestion du flux des indésirables, comme les hôpitaux l'ont été pendant de nombreux siècles, non pas davantage comme un terrain d'exercice et d'expérimentation de la science biomédicale au bénéfice de quelques multinationales, mais comme un service voué au traitement collectif des questions vitales, un soutien à « *l'humanité* » dans un projet de société pleinement humaine [11].

L'exploration de la place respective de la technique et de la santé dans notre société a enfin besoin de davantage de science. Sans doute pas davantage de celle qui quantifie et asservit l'homme comme l'ensemble du vivant, mais de sciences humaines capables de réhabiliter auprès des professionnels de la santé comme de l'ensemble des citoyens ce qui fait l'unité de l'homme et son irréductible singularité. La réhabilitation du sujet et de son essentielle « *irremplaçabilité* », comme l'exprime Cynthia Fleury [6], renforce la vie sociale, entretient et protège les valeurs que nous mettons en action dans nos services collectifs et protège finalement la société elle-même. Cette science nouvelle est indissociablement biologique, sociale et politique, elle appelle à un resserrement des liens entre tous les professionnels qui défendent la vie.

Références

1. Alexandre L, *La techno-médecine*. Conférence « USI, Le rendez-vous des geeks et des boss », 6 septembre 2013,
<https://www.youtube.com/watch?v=ObzCCBmUEyo>
2. Arendt H, *Eichmann à Jérusalem*. Paris : Gallimard, collection « Folio histoire », 1997. Première édition originale : *Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil*. Londres : Faber and Faber, 1963.
3. Cash R, *Tarifification à l'activité*. Éditions Infodium, 2013.
4. Cordier S, La frustration gagne les infirmiers, appelés à se mobiliser. *Lemonde.fr*, 14 septembre 2016.
5. Dubois-Lefrère J, Coca E, *Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI*. Éditions Berger-Levrault, 1992.
6. Fleury C, *Les irremplaçables*. Paris : Éditions Gallimard, 2015.
7. Hirsch E, La dignité des soignants bafouée au nom de l'efficacité. *Le Monde*, mardi 13 septembre 2016, 20.
8. Illich I, *La Convivialité*. Editions du Seuil, 1973.
9. Mandin A, Paul Valéry et la médecine. *Histoire des sciences médicales*, tome XXVI, n°1, 1992, 35-42.
10. Morin E, *La Méthode. 2. La Vie de la Vie*. Paris : Éditions du Seuil, collection « Points-Sciences humaines », Paris, 1980.
11. Testart J, *L'humanité au pouvoir – Comment les citoyens peuvent décider du bien commun*. Paris : Éditions du Seuil, 2015.