

### Épisode 3. Peut-on « produire » de la santé ?

Comme on le verra dans cet épisode, c'est à travers des rapprochements indus entre des structures et des concepts hétérogènes que le système technicien a réussi à phagocyter notre système de santé publique.

Mais pour comprendre en quoi le système technicien n'est pas n'importe quel système, il faut d'abord rappeler en quoi il consiste.

#### Qu'est-ce que le « système technicien » ?

Ce système peut être défini comme suit : c'est un système sans sujet, qui nous instrumentalise en nous imposant son cadre et son système de valeurs, et qui poursuit ses propres fins en produisant des effets qui nous échappent.

Dans ses versions dures, on peut le comparer à un bulldozer sans conducteur, écrasant tout ce qui lui fait obstacle pour tracer un cercle géant, clos sur lui-même. D'où résulte, selon Ellul, cet « englobant technique » qui engendre la « société technicienne ».

Mais encore faut-il veiller à ne pas se tromper de cible. Le système technicien, en son essence, ne désigne pas les techniques et les objets techniques, ni même l'ensemble des techniques et objets techniques dont nous disposons. Comme l'a écrit Heidegger en parlant de l'essence de la technique moderne, cette essence n'est pas plus technique que l'essence d'un arbre n'est un arbre.

Il s'ensuit que le système technicien peut exister en l'absence de moyens techniques sophistiqués. Par exemple, sous la forme de la bureaucratie moquée par Balzac dans *Les employés*, alors que l'on ne connaissait à l'époque que la plume et le papier, mais pas l'ordinateur. On le retrouve aussi, sous des formes nettement plus angoissantes, dans les romans de Kafka comme *Le procès* ou *Le château*. La grande différence, par rapport à notre situation présente, est que le système dispose aujourd'hui des moyens de puissance, voire de toute-puissance, dont l'a gratifié le progrès technoscientifique.

On doit également se garder d'identifier le système technicien à tel ou tel type d'organisation économique, sociale ou politique. Qu'on soit en régime capitaliste, socialiste ou communiste, on le retrouve partout. Il en va de même pour les très grandes entreprises, qu'elles soient publiques ou privées. Ce sont les tares du système, toujours les mêmes, qui expliquent pour partie la catastrophe nucléaire de Tchernobyl (entreprise socialiste d'État), comme celle de Fukushima (entreprise privée).

Pour identifier les méfaits dont ce système est la cause, un petit coup de Heidegger ne nous fera pas de mal. Parce qu'il nous fournit des concepts d'apparence obscure, mais indispensables pour penser ce qui se passe.

Le premier est celui de « fonds ». Sa fonction consiste à détourner notre attention des objets techniques — ceux qui sont posés en face de nous — pour comprendre pourquoi et comment ces objets existent.

Soit l'exemple de l'avion. Il est sans aucun doute un objet technique. Mais le réduire à un objet cache ce qu'il est et la manière dont il est. Car il doit en réalité ce qu'il est à la fonction qu'il doit remplir : transporter des passagers par voie aérienne. Cette possibilité est son « fonds », qui le rend capable d'être « commis » — ce qui constitue sa « commissibilité ».

Ce concept de « commission » est également essentiel. Pour le comprendre, on peut se référer à l'avocat « commis d'office », obligé par la loi de défendre un prévenu. C'est le cas de l'avion, « commis » au transport aérien, qui est son seul usage possible (même s'il est transformé en bombe volante par des terroristes). L'avion est ce que Heidegger appelle un « instrument dépendant » — dépendant de son « fonds » —, ce qui en fait une production

typique de la technique moderne. Tandis que les objets techniques auxquels a recours la technique classique sont des « instruments indépendants » — par exemple la bêche, la pelle ou le bistouri, dont l'utilisation dépend d'un être humain dont le corps s'est fait porteur d'outils.

### **La productivité comme « fonds »**

Si nous appliquons cette analyse à notre système de santé publique, et plus particulièrement à l'hôpital, que constatons-nous ? Que dans sa structure, son organisation et son mode de gestion, ce système est pour une large part tombé sous la dépendance d'un « fonds » bien précis : la *productivité*.

D'où provient le concept de productivité ? De l'économie. Il a pour fonction d'établir le rapport en volume ou en valeur entre la production de biens ou de services et les ressources mises en œuvre. Ce rapport doit pouvoir être évalué, c'est-à-dire quantifié et calculé, en mesurant l'influence des facteurs de production sur le résultat final. Mais pour ce faire, il faut encore pouvoir comparer ce résultat à l'objectif poursuivi, lequel doit être fixé d'avance.

Est-ce parce qu'il est d'essence économique que ce concept doit être récusé en matière de santé, ou même jugé scandaleux ? Pourtant, sitôt que l'on mobilise des ressources financières et humaines, forcément limitées, il est légitime de les gérer au mieux afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles, ce qui introduit nécessairement une dimension économique.

En revanche, se contenter de la seule grille économique nous fera manquer ce qui relève du système technicien dans la crise de l'hôpital. On ne le découvrira surtout pas si l'on en reste à l'opposition entre la clinique privée, « nécessairement rentable », à l'hôpital public, « nécessairement déficitaire », au motif qu'il est contraint d'accueillir tout le monde, sans sélection. Mais c'est là une vérité partielle, qui nous rend aveugles sur la différence d'ordre systémique qui existe entre ces deux types d'établissements. Car seul l'hôpital vit entièrement sous la coupe du système technicien, ce qui explique pour une grande partie son marasme. En plus il est faux d'affirmer qu'il ne pratique aucune sélection, puisqu'il s'arrange pour en faire. Et l'on sait qu'il existe des hôpitaux privés qui assument des missions similaires à celles de l'hôpital sans pâtir des mêmes difficultés — ce dont témoignent les personnels de santé qui ont déserté le public pour passer dans le privé.

Certains préfèrent incriminer la « gestion financière » ou la « gestion comptable » de l'hôpital, qui serait la conséquence directe de l'insuffisance de l'enveloppe financière que notre pays octroie à son système de soins. Or la France consacre environ 11% de son PIB pour la santé, comme le fait l'Allemagne. Un chiffre que l'on peut donc considérer comme raisonnable. Alors que les choses se gâtent quand on apprend que le pourcentage d'administratifs par rapport au personnel dédié aux soins est de 10% inférieur à celui que l'on constate en France, et quand on compare les moyens dont disposent effectivement les deux pays (nombre de lits de soins aigus, de places en réanimation, etc.). Il en a d'ailleurs été fait état à l'occasion de l'actuelle pandémie : un classement provisoire publié récemment, qui tient compte des moyens disponibles et des procédures adoptées, place la Tchèque en tête, l'Allemagne en second, suivie par le Portugal — un pays bien moins riche que le nôtre —, la France se retrouvant en 13<sup>ème</sup> position. Quand on fera plus tard le bilan de la casse, s'il confirme ce qu'on en sait aujourd'hui, il y a fort à parier que ce sera comme au foot : « à la fin, c'est l'Allemagne qui gagne ».

Plutôt que de mettre en cause l'enveloppe globale, la vraie bonne question est donc de savoir où est passé l'argent. On a la réponse en constatant les résultats : en même temps que la partie du dispositif hospitalier consacrée se réduisait progressivement à un squelette, le système qui l'englobe et le gère se transformait en mammouth laineux, aussi obèse que celui de l'Éducation nationale. Un mammouth qu'un ministre s'est perdu à vouloir le « dégraisser », alors qu'il fallait le détruire.

Le diagnostic étant faux, fausse sera donc aussi la solution de facilité consistant à augmenter l'enveloppe financière globale. Le gâchis étant de nature systémique, ceux qui subissent la pénurie de moyens ne recevront que des miettes, tandis que le système, lui, continuera à faire du gras.

Pour repérer l'influence néfaste du système technicien sur notre système de santé publique, et particulièrement sur l'hôpital, il faut chercher ailleurs.

### **Des objectifs et des fins : quelle différence ?**

Pour commencer à y voir clair, il faut partir de la distinction essentielle entre l'idée d'objectif et celle de fin. Dans le langage courant, surtout s'il s'agit d'affaires concrètes, on peut généralement utiliser ces deux mots pour dire la même chose. Par exemple, atteindre le sommet d'une colline, pour un promeneur, est un objectif. Et la finalité de sa promenade peut fort bien se réduire à cet objectif.

Il n'en va pas de même au niveau des concepts. Un objectif, comme son nom le suggère, est ce qu'on pose devant soi au titre de projet à réaliser. Il devient alors une cible à viser et un but à atteindre, ce qui se fait en mobilisant le type d'action adéquat. Tandis qu'une fin est simplement « ce vers quoi l'on tend », ce qui n'est pas du tout la même chose. C'est vrai de tout être vivant, comme le rappelait Aristote en affirmant que « la *phusis* (la nature vivante) d'un être est son *télos* (sa finalité) ». Ce qui signifie que l'être vivant a sa fin à l'intérieur de soi, comme principe de croissance qui le fait tendre à devenir soi.

C'est vrai de la plante comme de l'animal, dont on sait cependant qu'ils pourront venir à la vie et disparaître avant d'avoir achevé leur croissance. Chez l'homme, cette fin prend une dimension éthique, selon la formule du poète Pindare, qui en faisait une injonction : « Deviens ce que tu es ! ». Mais on sait fort bien qu'il ne s'agit alors que d'une exigence intérieure, qui peut s'entendre aussi comme un appel, et que l'on a beau y tendre, on n'obtiendra jamais un résultat. Le cas type est ici celui du bonheur, qui apparaît spontanément à l'homme comme la fin à laquelle il aspire et vers laquelle il tend, alors qu'il sait aussi qu'il ne l'atteindra jamais (ou alors, ce ne sera pas le bonheur, mais une forme de bien-être, ou pire, une satisfaction illusoire, qui n'est en aucun cas le bonheur). Il en va de même en science comme en philosophie, qui ont pour fin le savoir absolu, lequel est inaccessible aux humains (sauf en se nourrissant d'illusions).

Dans le cas d'une entreprise de production d'automobiles, par exemple, les fins qu'elle poursuit sont certes multiples, car mêlées de préoccupations sociales, environnementales et autres. Mais on sait que l'on aura bien du mal à en faire des objectifs. Tandis que si l'on s'en tient à la fin primaire de l'entreprise, qui consiste à produire des voitures, il est impératif qu'elle constitue un objectif. Et il faut encore avoir fabriqué et vendu des voitures pour obtenir des résultats, à partir desquels l'entreprise pourra évaluer sa productivité.

L'entreprise est aussi constituée en système pour être dirigée, organisée et gérée, avec une hiérarchie, des bureaux, et pas seulement des usines, qui sont elles-mêmes des systèmes. Sauf que tout ce qui est système dans l'entreprise se trouve placé sous la pression constante des résultats. Quand l'entreprise fait des pertes, quand la faillite menace, un bon gestionnaire prendra les mesures de redressement qui s'imposent. Si l'outil de production n'est pas en cause, c'est le système qu'est l'entreprise qui sera réajusté — par la réorganisation des services, les restrictions en termes de personnels, etc.

Qu'en est-il dans un système de santé publique ? Comme il s'origine dans une politique, qu'il faut inscrire dans une enveloppe économique, il est contraint lui aussi de se fixer des objectifs. Mais ces derniers se traduiront-ils en résultats, comparables à ceux d'une usine d'automobiles ? Évidemment non, pour la bonne raison que l'amélioration de la santé publique, pourtant hautement souhaitable, ne peut-être qu'une fin et pas un objectif. Et encore, cette fin

sera bien difficile sinon impossible à identifier. Parce que la santé d'une population donnée s'inscrit dans le registre de la vie, où il ne peut exister qu'une grande diversité de fins vers lesquelles on tend, tandis qu'un objectif ne vaut que dans un registre bien circonscrit — celui de la relation entre moyens mis en œuvre et résultats.

En santé publique, il est donc impossible d'établir une relation directe, de cause à effet, entre les objectifs fixés *a priori*, les ressources mobilisées et les résultats, puisque ces derniers dépendent d'un mélange inextricable de facteurs et de variables échappant au contrôle du système. Car ces facteurs ne sont pas seulement d'ordre sanitaire, mais aussi d'ordre social, culturel, économique, juridique, politique, etc., auxquels il faut ajouter les accidents de parcours (épidémies, pandémies, et autres événements historiques majeurs). On pourra toujours en tirer des indicateurs spécialisés, produire des courbes, on en restera à une évaluation en tendance, limitée à une « santé publique » qui est celle de tout le monde et de personne. Situation qui fait que tout système de santé publique tend spontanément à se conformer au principe utilitariste de la « maximisation des biens » : le plus grand bien pour le plus grand nombre.

Il faut encore ajouter à cela qu'un système de santé publique est lui-même composite. Il intègre en effet un archipel de sous-systèmes aux statuts et missions extrêmement divers, qui n'ont d'unité qu'au niveau de la politique de santé. Il s'ensuit qu'il est quasiment impossible d'évaluer leur part respective dans le bilan global. C'est plutôt par les conséquences négatives engendrées par la suppression de tel ou tel organisme qu'on les constate — comme le prouve aujourd'hui celle de l'Eprus, établissement fâcheusement dissous en 2016, alors qu'il avait été créé en 2007, à la suite d'une épidémie de dengue, pour préparer notre système de santé aux menaces sanitaires graves et gérer les stocks de produits de santé.

Si l'on veut se montrer critique, ce n'est pas à une usine d'automobiles que l'on peut comparer un système de santé publique, mais à une usine à gaz.

### **L'hôpital est-il une entreprise ?**

Pièce maîtresse du système de santé publique dont il dépend, l'hôpital, lui, n'a rien de gazeux. Il se présente sous la forme d'une entité jouissant d'une unité et d'une identité bien concrètes, de sorte qu'il est bien tentant de le comparer à une entreprise. Et à sa manière il en est une : il dispose de bâtiments, emploie du personnel, procède à des investissements, assume des frais de fonctionnement et encaisse des recettes pour les prestations qu'il fournit. D'où la conviction que l'hôpital doit être géré comme une entreprise.

Vulgarisée par l'image de l'« hôpital-usine », cette conviction est devenue objet d'opprobre aujourd'hui. Aberrante pour l'hôpital, cette assimilation l'est d'ailleurs tout autant pour l'usine, qui ne ressemble en rien à un hôpital. Parce qu'une usine a pour « fonds » la production de biens matériels mis sur le marché, « fonds » qui détermine son existence et ses manières d'être. Tandis que l'hôpital a pour « fonds » d'offrir des soins à des personnes qui en ont besoin, ce qui n'a rien à voir avec ce qui fait d'une usine une usine.

S'en tirera-t-on en arguant que l'hôpital « produit » de la santé ? Mais il est impossible de considérer la santé comme un « produit », c'est-à-dire un résultat fabriqué de l'extérieur, parce qu'elle est une manière d'être propre au patient, par la médiation réussie des soins prodigués. L'hôpital a beau offrir tous les soins imaginables, c'est « la nature » du patient qui en fait ou pas son profit et décide du résultat. Si l'on ajoute qu'un hôpital produit aussi des morts, des ratés de la médecine de pointe et qu'il favorise les maladies nosocomiales, on doit renoncer à l'idée qu'il « produit » de la santé. Au mieux, en sauvant des vies, en guérissant nombre de malades et en chronicisant certaines pathologies, il contribue à l'amélioration de la santé publique, qui n'est celle de personne.

En conséquence, l'hôpital est privé de la production qui permet à l'entreprise d'obtenir des résultats et d'évaluer sa productivité. En plus il est coincé entre les ressources financières, matérielles et humaines dont il dispose, qui sont forcément limitées, et une demande de soins potentiellement exponentielle, voire infinie.

Il en résulte que la relation entre la partie « système » de l'hôpital et son activité, qui sont déjà étrangères par nature, ce qui est source de clivage entre les deux, se trouve inversée par rapport à celle qui existe dans une entreprise. Au lieu d'être sous pression des résultats, comme c'est le cas dans l'entreprise, c'est le système dont dépend l'hôpital qui fait pression sur son activité pour la contraindre, comme on dit, de « rester dans les clous ».

Une autre différence par rapport à l'usine, exclusivement vouée à la production, est que l'hôpital doit assumer quantité d'impératifs divers et variés, souvent contradictoires. On y trouve en effet des prescriptions sanitaires et réglementaires, des recommandations de bonne pratique professionnelle, des mesures destinées à assurer le respect des droits des patients, des préoccupations d'ordre social, et la liste n'est pas close.

Mais l'hôpital n'est pas non plus une entité isolée n'ayant à se préoccuper que de ce qui se passe en son sein. Il arrive en bout de chaîne d'un empilement de structures stratifiées fonctionnant sur le mode de la verticalité : il doit appliquer la politique de santé en vigueur, elle-même sujette à des changements parfois brutaux ; il dépend des instances chargées de lui allouer finances et ressources, il est placé sous la coupe d'une cascade d'autorités diverses, étatiques, régionales et locales. Et il faut encore ajouter à cela le pouvoir d'influence et de pression dont disposent l'industrie médico-pharmaceutique, les syndicats, les associations, l'opinion publique, les médias, et les lobbies de tout poil.

Cela n'empêche pas qu'il peut exister des hôpitaux bien gérés et d'excellents directeurs d'hôpitaux. Mais il faudrait être aveugle pour ne pas constater que la situation des hôpitaux s'est à ce point dégradée qu'il faut laisser de côté les explications de surface pour en venir à sa cause profonde : l'emprise croissante du système technicien.

*À suivre...*

Dominique Folscheid