

## **Épisode 4. Sous la férule du système technicien**

Comment l'hôpital est-il tombé sous cette férule ? À première vue, par suite d'une accumulation de mesures qui, considérées isolément, pouvaient présenter un certain intérêt. Mais si telle est bien la réalité dans les faits, la vérité de fond est inverse, car ces mesures dépendaient d'une logique dont le déploiement relevait de sa nécessité interne, d'ordre systémique. On en connaît le résultat : l'hôpital ressemble aujourd'hui à un paquebot dont les étages ayant vue sur mer sont peuplés de bureaucrates, et dont la passerelle de commandement est occupée par des responsables hors sol. Tandis que les médecins et les soignants se trouvent ravalés à la condition de soutiers, besognant au-dessous du niveau de la mer.

Remarquons au passage que ce clivage avait aussi son bon côté, puisqu'il a permis aux gens de continuer à se faire soigner au mieux, parce que les personnels de santé persistaient à faire leur travail en dépit des conditions qui leur étaient imposées. Sauf que le système technicien avait déjà corrompu l'âme de l'hôpital, pour s'attaquer ensuite à ses nerfs et à ses muscles, et finir par le mettre « à l'os » (expression qui n'est pas venue par hasard sur la bouche des protestataires).

### **Qu'il y a deux sortes d'instruments**

Pour comprendre ce qui s'est passé, il nous faut à nouveau recourir à la panoplie conceptuelle de Heidegger, en associant à la notion de « fonds » la distinction entre les « instruments indépendants » et les « instruments dépendants ».

Sont dépendants les instruments directement issus du « fonds » du système technicien pour servir les propres fins de ce dernier, au lieu de servir les fins pour lesquelles ce système été mis en place. Si ce système était un animal, il serait une pieuvre, capable de produire autant de tentacules qu'il lui en faut pour satisfaire tous ses besoins. Ses tentacules, ce sont ces « paperasses » grâce auxquelles le système encadre et bride les personnels de santé. Ce qu'il fait par l'intermédiaire de sa bureaucratie, dont la graisse vient vite se coller aux rouages, non pour les fluidifier mais pour les paralyser. Pour le malheur de ses employés les plus actifs et dévoués, qui font ce qu'ils peuvent.

Or à quoi a-t-on assisté dès le début de la crise du Covid-19 ? À une apocalypse au sens littéral de ce terme : celui de « révélation ». La révélation brutale, cruelle, que ce qui manquait était les instruments indépendants, ces objets techniques destinés à être utilisés par des êtres humains porteurs d'outils pour effectuer des tâches qui seraient impossibles ou dangereuses sans eux. Des objets qui sont « libres » à l'égard du système, puisqu'il ne les produit pas et qu'ils ne lui servent à rien.

En l'occurrence, pour les citer en vrac, il s'agissait des masques de divers types, des surblouses, des lunettes, des respirateurs, des lits de réanimation, des tests, des thermomètres laser, mais aussi de produits tels que l'Hypnovel, le Midazolam, voire le curare. Autant de moyens destinés à soigner les gens, alors que les instruments issus du système pour exercer son pouvoir sont inopérants.

D'où cette révolution qui s'est ensuivie au niveau du pouvoir, avec la disparition des bureaucrates et de leur attirail administratif du devant de la scène, aussitôt remplacés par les médecins, les soignants, et les responsables réellement opérationnels.

Mais si ce moment apocalyptique a permis de déchirer tous les voiles pour laisser apparaître la réalité nue — l'autre nom de la vérité —, encore faut-il savoir comment et pourquoi on en est arrivé là.

## La bureaucratie au pouvoir

Il ne s'agit pas ici d'incriminer les personnes qui, de bonne foi, se sont mises à l'ouvrage pour construire le système hospitalier par le haut, en partant de la loi pour descendre par degrés jusqu'au terrain. Reconnaissons d'ailleurs qu'il n'est pas facile de concevoir un système capable d'orienter, organiser et gérer — et épisodiquement réformer — ce genre de monstre qu'est devenu l'hôpital moderne, devenu un écheveau inextricable de pouvoirs, de compétences, d'activités et d'intérêts hétérogènes. Leur point de convergence, en principe, est la finalité de l'hôpital. Mais comme cette finalité, qui ne peut se comprendre qu'en termes de sens et d'exigence, ne peut pas constituer un objectif, on a entrepris de contourner cet obstacle. Ce qui s'est fait en découpant cette insaisissable finalité en autant d'objectifs précis, bien délimités, sur lesquels la technocratie pourrait exercer son pouvoir. Et pour avoir réellement prise sur eux, elle a multiplié les structures et les instruments dépendant d'elle, et imposé au personnel de santé de les servir pour lui faire retour.

Concrètement, cela s'est traduit physiquement par l'extension de l'emprise des bureaux au détriment des lieux de soin. Pour le personnel médical et soignant, par la prolifération des tableaux de bord à tenir à jour, des feuilles Excel à remplir, des documents bardés de cases à cocher, etc. Autant de tentacules surgis du système pour qu'il dispose de quoi s'alimenter, et autant de bureaucrates pour les démultiplier afin de produire cette manne administrative qu'ils pourront compiler, stocker et exploiter.

Entendons-nous : qu'il faille des cadres pour fixer des limites et des normes, qu'il faille des règlements, des protocoles et des recommandations, et même des chartes juridico-éthiques (placardées mais généralement inefficaces), est une nécessité pour éviter les transgressions dans l'action. Autrement, les humains tels qu'ils sont seraient abandonnés à leur fantaisie, leurs caprices, leurs initiatives farfelues ou à leur paresse. Mais les normes sont comme l'impôt, le trop de normes tue la normativité, favorise les conduites d'échappement, ruine le sens de la responsabilité des intervenants, jusqu'à leur faire croire qu'ils sont exemptés de toute moralité. Il est certes commode d'ouvrir le parapluie normatif pour se couvrir, de réclamer un filet normatif aux mailles de plus en plus petites, pour que n'importe quelle situation ait sa solution *a priori*. Mais à ce train, on cultive l'idéal de l'huître, qui a son squelette rigide à l'extérieur alors que la bête est molle à l'intérieur.

Pour ne rien arranger, on n'a retenu que la version romaine de la normativité, terme tiré du latin *norma*, qui désigne d'abord l'équerre, instrument qui ne connaît que l'angle droit, ce qui permet de mettre la réalité au carré — d'où l'on a tiré verbe « équarrir », qui peut s'appliquer à ce qui s'est passé pour les hôpitaux. Alors que la version grecque de la norme se référerait au *logos*, au langage dans toute sa richesse. À la règle de fer à la romaine on peut ainsi opposer la règle de plomb prônée par Aristote, règle qui est authentiquement une règle, mais qui est assez souple pour s'adapter aux cas particuliers.

À la fin, on aboutit à ce « Machin qui nous encadre », comme pourrait le dire un automobiliste qui vient de se faire encadrer par un camion. On parlera « démarche qualité », « certification », « traçabilité », « fiabilité opérationnelle », « indice de satisfaction », etc., et de tout cela on tirera des chiffres, au nom de la croyance que ce qui n'est pas chiffrable n'existe pas.

## Des chiffres, des stocks et des flux

D'où provient cette croyance ? Du type de rationalité qui est celui de la technoscience moderne, qui fournit ses moyens de puissance au système technicien. Une rationalité par essence étrangère à l'humain, qui n'est donc pas celle de la médecine et des soins, où priment les relations entre les personnes, où l'on est confronté à la maladie et à la mort. S'est-on même

préoccupé du « service rendu » d'un tel dispositif, comme on le fait pour les médicaments ? Il est certainement utile pour alimenter en données bon nombre de savoirs spécialisés, dont les retombées peuvent être bénéfiques pour l'hôpital, au point de vue médical, sanitaire et économique. Mais par rapport aux hôpitaux et même aux Ehpad, on retrouve le même écart qu'entre la gestion macroéconomique d'un pays et la situation du couple Tartempion, qui peine à boucler ses fins de mois : on gère des grands nombres.

Mais la possibilité qu'offre un dispositif de traduire n'importe quelle forme d'activité en chiffres permet de retrouver le terrain solide de l'entreprise et de gagner la Terre promise de la productivité.

Tout a été mis place pour y réussir. Une fois les fins converties en objectifs, eux-mêmes convertis en résultats chiffrés, donc mesurables et évaluables, on peut appliquer aux établissements de santé le modèle de management de l'entreprise moderne, mondialisée, dont la productivité dépend du renoncement aux stocks au profit des flux. Le défaut majeur des stocks est en effet de stériliser des ressources qui pourraient être mobilisées dans la production. Nos usines sont ainsi devenues un lieu d'assemblage de pièces détachées venues du monde entier. Jusqu'à singer le slogan publicitaire des pâtes Panzani : « Des flux, oui, mais des flux tendus ! »

Appliquée à l'hôpital, cette méthode implique d'abandonner la pratique du prix de journée, qui stérilise les lits et transforme les patients qui les occupent en stock. Le lit, comme le stock, voilà l'ennemi ! Comme l'est aussi le personnel, dont le nombre est ajusté à celui des lits. Autant d'éléments qui plombent les résultats, donc la productivité.

Alors comment faire mieux avec moins ? En remplaçant le lit, qui relève du stock, par l'acte, qui permet le flux. La tarification à l'acte, introduite par cette invention diabolique qu'est la T2A, en est issue. Mais entre le lit et l'acte, on change radicalement de registre. Le lit est le lieu de la clinique, d'où celle-ci tire son nom<sup>1</sup>, tandis que l'acte est technique — car ce n'est pas pour rien que le système est qualifié de « technicien ». Un acte est une entité neutre, à la fois qualifiable et quantifiable, mais dont la nature et la valeur sont fixées par le système, avec tout ce que cela permet d'arbitraire, d'absurdités et de biais. Assisté par des machines, ou automatisé, l'acte accroît le rendement, ce qui permet de gagner du temps et d'économiser du personnel. Contre le stock, il devient un facteur important du flux. Il rend les personnels actifs, alors que la référence aux lits où stagnaient les patients les rendait passifs. C'est même le côté alléchant de l'affaire, puisque le paiement à l'acte sert à financer l'hôpital. Médecins et soignants, ainsi mobilisés, contribuent indirectement à leurs revenus.

Il va de soi que le recours à des machines en tous genres n'est aucunement à mettre en cause : sans elles, nous ne disposerions pas des moyens diagnostiques et autres qui ont rendu notre médecine moderne savante et efficace. Sauf que bien avant la crise du Covid-19, le système négligeait déjà d'équiper les hôpitaux de scanners et d'IRM, jugés trop coûteux, ce qui déclassait la France par rapport aux pays voisins. Sauf que les soins à prodiguer aux gens qui en ont besoin ne sont pas la résultante d'une addition d'actes. C'est même exactement l'inverse, puisque les actes ne sont que des moments intégrés à une séquence de soins, en fonction d'une situation singulière, dont les relations entre des humains sont le cadre. Entre la mission d'un hôpital et le système technicien qui le domine il y a par conséquent bien plus qu'un hiatus : une contradiction.

Ce qu'il faut mettre en cause, clairement, est donc le souci exclusif de la productivité. Car c'est bien la productivité qui prime quand on ferme un service d'enfants brûlés pour le remplacer par de la chirurgie plastique, évidemment plus rentable. C'est elle qui commande quand on fixe un taux minimal de patients à traiter en ambulatoire pour accorder à un hôpital

---

<sup>1</sup> Du latin *clinicus* (« alité, relatif au lit du malade »)

le matériel neuf qu'il réclame. C'est encore elle qui impose des critères comme le taux de remplissage des lits et la durée moyenne de séjour. Autrement dit, pour augmenter la productivité, il faut organiser la pénurie.

### **Le prix à payer ? De la souffrance**

On répondra qu'en dépit de ses perversions, ce système n'a pas empêché les gens d'être mieux soignés aujourd'hui qu'il y a une décennie. Mais à quel prix ? Celui d'une inhumanité croissante, dissimulée par les progrès accomplis. Raison pour laquelle cette situation s'est traduite par de la souffrance.

Sur ce point, il faut cependant faire la part des choses. Car ce qui est ici à repérer est une souffrance d'origine et de nature systémique, partagée par les soignants et les patients, qu'il faut distinguer des multiples formes de souffrances d'origine personnelle et contingente. Le manque d'effectifs en fait certes partie, mais il faut comprendre qu'il ne suffirait pas de le corriger pour mettre fin à la souffrance systémique, qui résulte de plusieurs facteurs.

Le premier, le plus englobant, mais que chacun éprouve d'intuition du seul fait qu'il en pâtit, est que le système en vigueur a réalisé l'adage de Saint-Simon : « qu'il faut passer du gouvernement des hommes à la gestion des choses ». Être géré comme une chose, c'est le sentiment du patient qu'il est accueilli et traité comme un numéro, pourvu d'un code-barres. C'est le sentiment des soignants d'être manipulés comme des pions sur l'échiquier des services, en fonction des cases vides à occuper. Les médecins les plus gradés, plus chanceux, seront cavaliers, tours ou fous, mais on ne trouvera nulle part la reine ou le roi, puisque le système n'est personne.

Pour tous, c'est le « taylorisme médical » qui prévaut, transformant les personnels de santé en rouages d'une machine qui connaît cependant bien des ratés. Ils doivent enfilet les actes de soins comme les actes administratifs, car le système a un appétit féroce. Le gain de temps théorique se paie ainsi de l'absorption du temps consacré aux patients dans des bouffes-temps dont la pertinence n'a pas été discutée et critiquée. Il peut même arriver, dans certains services, que les relations avec les patients soient tenues pour des « pertes de temps », parce qu'elles empêchent de multiplier les actes. L'obsession de la productivité devient alors l'ennemie de l'efficacité des soins. Ce qui donne raison à Ivan Illich, repris sur ce point par Jacques Ellul, qui a mis en évidence le concept de « contre-productivité », où la productivité se retourne contre elle-même.

Le second facteur, toujours combiné au premier, est la discordance des temps imposée par le système technicien. Pour lui, il n'y a pas d'autre temps que celui des horloges, du calendrier, du chrono, du planning. C'est un temps réduit à un espace homogène, où tous les laps de temps sont égaux, ce qui permet de les mesurer, de les calculer, et d'y faire entrer à l'intérieur, dans des boîtes rigides, les actes comme les personnes.

Tout autre est le temps des soignants et des patients, un temps qui se nomme « temporalité ». C'est le temps de l'existence et de la vie, un temps qui ne peut se mesurer qu'à l'aide des montres molles peintes par Salvador Dali. Un temps qui coule du passé vers l'avenir en passant par le présent, de manière irréversible, sans échanges possibles. Un temps dont les moments diffèrent les uns des autres, parce qu'il y a un temps pour tout : celui de l'attente aux urgences, celui des soins comme celui de la fin de vie, tous hétérogènes. Et c'est au sein de ce temps que se situe le *kairos*, ce « moment opportun » tellement important en médecine, avant lequel il est trop tôt et après lequel il est trop tard pour agir.

Si l'on prolonge cette analyse en prenant en compte les nouveaux outils qui se pressent déjà au portillon, on peut s'attendre au pire. À entendre le philosophe John Dewey, notre humanité courrait un grand danger majeur avec la connexion directe du connaître et de l'agir, sans intervention d'un décideur doté de conscience humaine entre les deux. Or n'est-ce pas ce que

nous promet le recours à la prétendue « intelligence artificielle », qui est en réalité d'une bêtise absolue ? Elle est d'une évidente utilité pour compiler et classer les data de santé, par exemple pour obtenir des diagnostics plus précis et des traitements mieux ciblés en cancérologie. Mais avec les big data, le risque est de donner à l'EBM (*Evidence Based Medicine*) encore plus de pouvoir qu'elle n'en a déjà. On nous parle déjà d'algorithmes capables d'établir des diagnostics, des pronostics, et même de prévoir le jour de la mort d'un malade. Avec une assistance éthique, elle-même automatisée, fonctionnant à partir de grilles normatives préétablies. Même l'apparition de la télémédecine, qui vaut mieux que rien en cas de désert médical ou d'épidémie, présente un risque : celui qui consiste à remplacer une relation, née d'une rencontre, par une connexion.

On comprend l'intention, sachant que l'enfer aussi en est pavé d'excellentes : substituer la fiabilité des machines au manque de fiabilité des humains. Mais l'inhumanité ne remplacera jamais les humains pour soigner les humains. Des humains équipés de machines les plus performantes et efficaces possibles. Mais que ces machines soient des outils, des équipements, des dispositifs ou des systèmes de gestion, elles doivent demeurer à leur place : celle d'instruments. Qu'elles restent des assistantes au lieu d'être des maîtresses. Pour que l'instrumentalité remplace l'instrumentalisation. À la violence systémique, c'est une réponse systémique — donc antisystème — qui s'impose.

*À suivre...*

Dominique Folscheid