

# Biopolitique contre biopouvoir

Anne Querrien, François Rosso

DANS **MULTITUDES** 2002/1 n° 8 , PAGES 243 À 247

ÉDITIONS **ASSOCIATION MULTITUDES**

ISSN 0292-0107

DOI 10.3917/mult.008.0243

Date de mise en ligne : 01/05/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-multitudes-2002-1-page-243?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



## Biopolitique contre biopouvoir

### Luttes des professionnels de santé et ratés de l'externalisation hospitalière

PAR ANNE QUERRIEN ET FRANÇOIS ROSSO

Alors que l'externalisation des activités hospitalières commence à toucher les activités de soins elles-mêmes, les récentes grèves des personnels soignants libéraux sont venues rappeler à l'opinion publique qu'une telle politique ne conduit pas nécessairement aux économies au nom desquelles elle se mène. La croissance de la demande de soins, l'ouverture à de nouvelles performances permise par l'évolution technologique, les exigences d'information et de garantie de résultats par les malades, exercent sur le système de santé une pression à la qualité, et à la hausse des dépenses, peu compatible avec les promesses de diminution des charges sociales faites aux entreprises et aux particuliers.

L'hôpital a beaucoup changé. D'un lieu de vie où l'on soignait il s'est transformé en une usine à soins, aux plateaux techniques de plus en plus spécialisés. Il s'est rationalisé, restructuré. Du prix de séjour ont été retirés tous les éléments de confort que le malade fera prendre en charge par sa mutuelle s'il en a une : nourriture, télévision, téléphone. De la gestion de l'hôpital ont été externalisés tous les services de vie collective qui pouvaient être sous-traités à des entreprises extérieures : le nettoyage des sols, les petites réparations, l'informatique, la logistique. Comme toutes les

entreprises « post-fordistes » l'hôpital s'est replié sur son « cœur de cible », pour mieux travailler à le rentabiliser. Le secteur public et le secteur privé se partagent de manière inégale les effets de cette rentabilisation au sein de nouveaux partenariats géographiques dans lesquels le premier prend en charge les urgences et les pathologies graves, ainsi que l'enseignement universitaire, tandis que le second capte de plus en plus la chirurgie. En amont les médecins de ville, qui avaient cru pouvoir exercer « librement », sont transformés en sas ou en orienteurs, et assujettis de fait au fonctionnement de l'économie hospitalière d'ensemble. L'acharnement au travail ne suffit plus à compenser le blocage des revenus qui en résulte.

Avec l'externalisation des services hospitaliers liés à la vie quotidienne, le malade a perdu les interlocuteurs les plus facilement accessibles pour relayer ses demandes auprès de l'équipe de soins. Le médecin de base a également perdu le contrôle de l'évolution des technologies qu'il utilise. Même la stérilisation des instruments et pansements fait maintenant l'objet d'une industrie en pleine expansion, du fait de l'augmentation des maladies nosocomiales. Les études d'évaluation du management sont également sous-

traitées à des bureaux d'études privés dont la santé n'est que l'une des spécialités. L'hôpital, à peine modernisé par la réforme des années 60, part en morceaux chez les prestataires privés qui se pressent d'autant plus à son chevet que les prestations sous-traitées sont toutes financées, comme le traitement du malade, par la sécurité sociale. Le malade est aspiré vers la manifestation pathologique comme seul message recevable par un hôpital replié sur son « cœur de cible ».

L'hôpital se concentre sur les courts séjours à niveaux élevés d'intervention technique, sur les opérations au degré de complexité machinique le plus élevé, celles qui concentrent tous les récents acquis de la science médicale, et dont le développement demande la mise en œuvre de la « démocratie sanitaire », c'est-à-dire d'un dialogue qui pourvoit à l'information des médecins, des pharmaciens et des différentes professions présentes dans et à l'extérieur de l'hôpital et à l'amélioration sociale des soins.

Dans le cadre des agences régionales hospitalières, l'hôpital public n'est plus le centre du système de soins, mais seulement le maillon technique d'un réseau. Le malade est renvoyé en ville pour des examens complémentaires, et vers des établissements moins sophistiqués de long et moyen séjour, s'il n'a pas les moyens de poursuivre sa convalescence dans sa famille. Les hôpitaux eux-mêmes sont spécialisés ; le réseau ne fait effet qu'à l'échelle régionale. Hors de l'hôpital, ou même dans les consultations externes, le malade est censé prendre conscience grâce à la transparence des prix du coût qu'il fait

supporter à la société, et donc de la nécessité de moins consommer. Mais la sécurité sociale lui donne le droit de consommer autant que le médecin lui prescrit. La segmentation du système, la spécialisation de chaque rameau, poussent à l'inflation.

Il en ressort à la fois entre patients et entre praticiens une individualisation des pratiques, une opposition objective entre les uns et les autres, que le système oblige à concourir aveuglément, sans débat, à dépenser un budget commun limité, mais dont on sait qu'il sera abondé en tant que de besoin. La rationalisation économique se fait sans débat public, et sans résultat tangible.

L'État cherche alors à inculquer le souci de l'économie par le paramétrage du temps, la suppression des temps de communication informelle. Un surcroît de technicité et de dépendance hiérarchique en découle : la justesse de l'acte ne tient plus à la qualité de la communication entre le médecin et son patient mais à l'observance du protocole défini pour ce diagnostic. Une amélioration de ce protocole peut être obtenue par l'incorporation de réflexions de malades à la définition du processus de soin. Elle suppose que ce soit la *maladie* en tant que telle qui soit représentée auprès du collectif de soignants au plus haut niveau. Transformer en ressource le savoir collectif des malades à côté de celui des soignants est une proposition nouvelle qui s'enracine dans l'expérience des maladies de longue durée, et cherche à faire échapper les malades au stigmate du handicap social. Il n'est pas sûr que la « démocratie sanitaire »

qui en découle recouvre l'ensemble des situations de recours à l'hospitalisation.

La reconfiguration hospitalière en cours s'accompagne d'une résidualisation de l'intervention médicale à laquelle la responsabilisation du malade peut apporter son concours. Le patient bien informé qui sait que son état de santé se contrôle par un examen biologique dont il connaît les valeurs de référence, a-t-il besoin d'une consultation, rapide, pour ordonner cet examen ? Non. Pour en interpréter les résultats, pas plus. Il entretient seulement une relation pour le cas où il aurait besoin de plus de soins. L'informatisation de l'hôpital et de la santé a transformé les symptômes parlés en signes lisibles à partir d'examens, mobilisant toute une chaîne de production dont le médecin n'est plus que le donneur d'ordre et l'interprète final. Le malade peut tendre à occuper la même place, auquel cas le médecin ne serait plus que le recours en cas de sortie du profil.

On se fourvoie en pensant que ce sont les consultations de généralistes qui grèvent le système de santé. Elles ne représentent que 5% des dépenses nationales de maladie, tandis que les honoraires de spécialistes ne font que 8 % et ceux des spécialistes paramédicaux 8 % encore. Mais il s'agit des dépenses directement engagées par les patients, celles par lesquelles passe le message de contrôle et de rationalisation qui doit obtenir l'assentiment politique des patients pour la reconfiguration hospitalière.

Dans cette reconfiguration, cette redistribution des activités de l'hôpital vers les

entreprises privées qui fournissent à lui-même, ou aux patients, un ensemble de services externalisés, l'hôpital se passe en fait de plus en plus de la parole du malade. Il met en machines, en examens, en protocoles, les constats faits à même le corps et fonctionne avec ses ordinateurs, compare, simule, communique. L'hôpital est devenu une machine à produire des données, des images, et des traitements à exécuter. Les corps individuels à propos desquels sont produits ces images et ces données, les agents chargés de les modifier, sont des rouages de ce fonctionnement. Il ne se transforme que quand de nouveaux corps lui amènent de nouvelles données, de nouveaux problèmes, quand de nouvelles machines lui permettent de nouvelles performances. Le biopouvoir marche. La libido médicale, soignante, impliquée, huile encore ces rouages, mais peut aussi les gripper lorsqu'elle n'y trouve plus les conditions de sa propre santé ; la libido malade, elle, s'épanouit, et appelle à l'extension du système. Elle en est la force vive pour autant que lui soit garanti le pouvoir économique.

Or cet ensemble est dérégulé au sommet. La nouveauté qui surgit en permanence à l'hôpital ou dans la clinique dessine un double mouvement d'expansion conjuguée des corps et des techniques, déploie une nouvelle biopolitique. La santé publique ne consiste plus à remettre en état de travailler, mais à faire résister mieux et plus longtemps. Elle s'inscrit dans un ensemble de mesures destinées à permettre à chacun de vivre dignement, par le revenu, par le logement, par l'éducation, par la santé, par la culture. La santé est devenue

un droit. La dignité de la vie implique, dans la sensibilité contemporaine, le soin jusqu'à la limite, toujours repoussée, des connaissances scientifiques disponibles, soit l'accès sans limite à la technicité cultivée à l'hôpital. La dignité de la vie suppose également l'implication consciente du malade concerné, ou de ses proches, dans les manœuvres faites pour la maintenir ; elle suppose l'association des malades à la gestion de leurs corps.

La marginalisation des professions de santé par le numerus clausus et la limitation administrative des rémunérations, les a exclues jusqu'ici, sauf pour quelques groupes et individus, du mouvement de la société vers une meilleure santé. *Le fonctionnement financier de l'hôpital et de la sécurité sociale a fait de la défense de l'acte médical le drapeau de la résistance contre toutes les transformations alors que de nouvelles formes d'activité sont à inventer.* Paradoxalement, l'urgence et le côtoiement avec la mort, comme moments de réactivation de l'aléatoire et du collectif, sont devenus les moments privilégiés de l'exercice de la médecine, de la mobilisation du désir de soigner.

Cependant l'urgence elle aussi est soumise à la passion régulatrice et trieuse des agences d'hospitalisation. Un numéro d'appel commun, le 15, tente de mettre au point une capacité de diagnostic à distance, comme dans les entreprises d'assurance spécialisées dans l'assistance au voyage et le rapatriement. L'évolution du financement de la santé en ce sens est d'ailleurs envisagé. Il ne s'agirait plus d'une mutualisation fondée sur la capacité contributive liée au travail, mais d'une assurance fondée sur le risque estimé à partir d'un

profil sanitaire individualisé. Comme pour les voitures ce financement pénaliserait ceux qui en ont le plus besoin. Sur le traitement de la maladie à distance, de nombreuses recherches techniques sont en cours et en train d'aboutir ; elles permettront de concentrer encore davantage l'expertise médicale dans des centres très spécialisés, et de faire effectuer une fraction plus importante des soins par des auxiliaires.

La reconfiguration sanitaire, menée par les Agences de régionalisation hospitalière, dont les directeurs sont des haut fonctionnaires nommés en conseil des ministres qui bénéficient de salaires exorbitant du droit commun, aboutit à une nouvelle carte sanitaire, qui distribue l'expertise médicale et la technicité dans des lieux très spécialisés où elle peut être au maximum rentabilisée. La démocratie sanitaire, susceptible d'intervenir en ces lieux, risque de n'être à la portée que d'une poignée de malades qui cacheront la forêt des sans voix. Le transport des données, après opération ou traitement, dans les lieux de séjour effectifs, risque de se faire plus que jamais dans le secret médical et l'impossibilité de compréhension sinon d'accès à l'information. La possibilité de recours juridique acquise récemment peut devenir un alibi.

La reconfiguration des hôpitaux comme toutes les restructurations industrielles vise à réduire le personnel à rémunération garantie tout en répondant à une demande accrue, grâce à un dispositif technique et managérial plus performant. Elle s'est attaquée d'abord aux professionnalités non centrales. Pour les professionnalités centrales, les médecins et les

infirmières, la stagnation et les départs volontaires étaient supposés effectuer les réductions nécessaires. Mais la demande est telle que ces restrictions n'ont pas permis d'économie, mais occasionné des mouvements sociaux, et une démoralisation accrue. L'accord 35 heures et la proximité des élections ont rendu la situation intenable : un recrutement de 45 000 infirmières a été prévu avec d'autant plus de facilité que les fermetures d'établissements le rendront inutile. Il n'y a d'ailleurs plus guère d'infirmières formées à recruter en France ; on est obligé d'aller les chercher en Espagne, ou de rappeler les anciennes.

L'accord 35 heures dans le public a été immédiatement suivi d'une explosion dans le secteur libéral, où l'accumulation des heures était devenue le seul moyen de garantir le revenu, grignoté par les assurances professionnelles et les cotisations de retraites. Le mouvement des médecins et des autres professionnels de santé vise, à travers la rémunération, la gestion indépendante des conditions d'exercice professionnel menacée par la rationalisation du système de santé.

Les salariés des hôpitaux et tous les salariés soutiennent cette défense du revenu comme s'il s'agissait de salariés comme eux. Chacun manifeste ainsi le désir de consacrer plus de moyens à la santé, à la vie. Si les dépenses de santé augmentent trois fois plus vite que les prix moyens, c'est parce que les gens veulent se soigner, croire dans leur médecin et dans leur hôpital, ne pas subir la fatalité. Certes la dimension économique est présente dans l'organisation des soins, mais comme une des dimensions du débat

seulement. Un débat indispensable pour choisir publiquement la direction du développement ; la restriction et la contrainte à un bout de la chaîne des soins n'équivalent pas à une économie sur l'ensemble. C'est l'ensemble, du coup, qui est à réinterroger. Dans ce débat, la représentation des maladies identifiées est souhaitable et nécessaire, mais elle n'est pas suffisante. Le choix politique de la hauteur de l'investissement que les vivants décident d'affecter à leur santé les concernent tous. Quelle part du revenu collectif consacrer à se soigner ? Comment utiliser cet argent ? L'expertise des malades à côté de celle des soignants ne suffit pas à l'institution d'une démocratie sanitaire. Elle la cantonnerait aux professionnels de la maladie, savants et profanes, alors que la santé est affaire de vie, choix éthique, quel que soit l'état de santé ou d'activité de chacun. De ce choix politique général les termes ont à être explicités, désespéralisés, ouverts, mis à l'appréciation de tous.

Le soutien des patients aux professionnels de la santé, l'acceptation de payer le prix de la consultation plus cher, montre que la vie n'est pas faite seulement d'économies, mais de relations, aux valeurs changeantes et incommensurables. Les droits récemment reconnus aux malades font valoir l'importance de ces relations, du respect, de l'information. Les accords pour les 35 heures ont reconnu l'importance des relations hors travail, familiales, citoyennes. L'acte médical est une forme particulière de relation, non réductible à son tarif, une relation transformée par les médecins et les patients en borne de la rationalisation sanitaire. ■