

Jean-Philippe Pierron, enseignant-chercheur en philosophie

"Aujourd'hui, c'est l'économie qui a le monopole du discours de valeur du soin"

Publié le 28/02/19 - 17h35



La chaire valeurs du soin centré-patient de l'université de Lyon 3 publie son premier ouvrage. Elle interroge : comment concilier économie, éthique et politique ? Jean-Philippe Pierron, qui la dirige, apporte des éléments de réponses.

Hospimedia : "Vous dirigez depuis 2016 une chaire sur les valeurs du soin centré-patient, au sein de l'université Lyon 3 (Rhône). Quelle est sa vocation ?

Jean-Philippe Pierron : Le lancement de la chaire date de 2016, pour la recherche, mais nous avons déménagé dans des locaux dédiés fin 2018, ce qui a permis d'officialiser sa création. Elle existe déjà dans les faits depuis deux ans, ce qui fait que nous en sommes aux premières publications. Avant 2016, nous avons eu une année de préfiguration. Il s'agissait, avec deux postdoctorants, de délimiter les contours de la chaire pour éviter de refaire ce qui existait déjà, de préciser la singularité de notre projet tout en vérifiant sa pertinence. Au moment où l'on lançait cette chaire, j'étais aussi dans le conseil scientifique de la chaire philosophie à l'hôpital qui s'est créée à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). Il y avait un "air du temps" en quelque sorte. La singularité de la nôtre, c'est qu'elle a peut-être une finalité enseignement — puisqu'à la fin du programme des neuf ans on espère avoir un impact sur les manières de penser l'enseignement et notamment la place faite à l'économie et à la gestion dans la formation des médecins et des soignants — mais c'est d'abord une ambition "recherche" qui nous anime, autour des valeurs du soin.

H. : La chaire vient de publier son premier ouvrage* éponyme, il regroupe des chercheurs de tous horizons... c'était une volonté forte de votre part ?

J.-P. P. : Le choix qu'on a fait depuis le début, c'est d'avoir une chaire bicéphale, dirigée par un philosophe, en l'occurrence moi-même, mais codirigée aussi par un spécialiste des sciences des organisations et gestion, Didier Vinot. C'est sans doute ce qui fait son originalité, il ne s'agit pas d'opposer ces domaines l'un à l'autre mais de chercher au contraire à montrer que les questions épistémologiques, politiques, symboliques que les philosophes se posent, sont incarnées dans les questions liées à l'organisation des soins, à sa gestion et au souci que l'on a aujourd'hui de "*rationaliser l'offre de soins*", comme on dit dans le jargon. La dissonance entre le qualitatif du travail de soin et le quantitatif de sa traduction dans le langage comptable et financier est le point de départ de notre recherche. L'idée était de dire que les questions éthiques se posent certes et de façon tragique dans les situations liées à la mort et à la douleur, mais elles se posent aussi en termes d'économie, de gestion, de rationalisation de l'offre de soins. Cela s'appelle donc "valeurs du soin", titre du livre et de la chaire. Car on peut dire qu'aujourd'hui ce qui ne se mesure pas n'existe pas. Donc, tout ce qui dans le soin aujourd'hui se donne, ne se mesure pas et n'est pas quantifiable, comment le rendre visible ? Spécialistes des sciences de l'organisation, sciences politiques, anthropologues, philosophes mais aussi soignants abordent cette question dans l'ouvrage.

“ La réflexion éthique est là pour multiplier les perspectives, les finalités de l'action. Cette pluralité rentre en discussion avec le fait qu'aujourd'hui c'est l'économie qui a le monopole du discours de valeur.

H. : Vous abordez donc trois valeurs du soin — économique, politique et éthique —, peut-on finalement dire aujourd'hui que ces valeurs s'articulent ou sont en conflit ?

J.-P. P. : Disons qu'elles s'articulent mais sur un mode conflictuel ! D'une certaine façon, il faudrait parler d'éthique au pluriel, de politique au pluriel et d'économie au pluriel. Notre idée, c'est que la réflexion éthique est là pour multiplier les perspectives, les finalités de l'action. Cette pluralité rentre en discussion avec le fait qu'aujourd'hui c'est l'économie qui a le monopole du discours de valeur. C'est une forme d'autorité du discours économique standard ou orthodoxe, qui indique que "prix égale coût

égale valeur". Pour nous, la relation entre éthique, économie et politique est une relation conflictuelle. L'économie et la gestion se laissent interrogées, discutées, dans leurs évidences, par d'autres discours, d'autres valorisations qui viennent du champ politique ou éthique.

H. : Auriez-vous un exemple pour illustrer ce conflit de valeurs ?

J.-P. P. : On peut illustrer cela avec la question du statut du patient. Parfois on pense le patient à l'intérieur du système économique standard, ce qui l'assimile à un usager ou même à une forme de clientèle. Mais quand on a des patients qui revendiquent des savoirs propres, indépendants, non comparables et non dominés par le discours médical et soignant, alors ces patients revendiquent ce savoir et donc des valeurs autres que celle de l'univers soignant. Cette question est très importante parce que c'est une articulation dans la discussion et parfois dans le conflit.

H. : L'ouvrage évoque d'ailleurs la question de la "consommation de soins" que vous assimilez à la situation contemporaine, quelles sont les conséquences de ce système ?

J.-P. P. : C'est une question difficile. Qu'est-ce qui se passe quand on ne parvient pas à rendre compte dans le langage de la mesure, soit par des indicateurs, de ce qui se donne dans le soin ? C'est ce qui se passe aujourd'hui. On constate du côté des patients l'impression d'une perte de vis-à-vis, l'absence d'interlocuteur, l'impression d'être devant des grandes structures anonymes. Alors ils ont envie de porter plainte, d'entamer des démarches juridiques parce qu'ils n'ont pas été écoutés. Du côté des soignants, cela engendre une perte de sens, de la souffrance, de l'absentéisme. Les soignants ont l'impression que tout ce qu'ils font n'est pas comptabilisé car précisément pas mesurable. Certains métiers ont l'impression de disparaître, de s'effacer derrière le terme "agent". On dit d'ailleurs agent hospitalier comme on dit agent économique ! Et nous faisons ce constat-là : on ne compte pas ce qui est pourtant essentiel, alors qu'il est possible de mesurer ce que cela coûte. On peut chiffrer le coût de l'absentéisme finalement. Faut-il fabriquer des indicateurs pour le mesurer au risque encore de rajouter de la mesure à la mesure et de l'indicateur à l'indicateur ? Ou faut-il résister à ça en valorisant d'une autre manière ce qui se fait au travail ? Cela implique d'autres approches. D'où un conflit entre le souci de compter et décompter. On a besoin de compter mais il faut résister à la tyrannie du comptage.

“ Quand on pense tarification à l'activité, pour rendre compte du travail des infirmiers, on considère les actes, piqûre, pansement, toilette, avec à chaque fois un indicateur qui correspond. Cependant, entre un acte et un autre, il y a des choses qui se passent.

H. : Cette tyrannie du comptage, c'est le fruit du monopole du modèle économique donc ?

J.-P. P. : Globalement dans le modèle économique standard, celui de l'*homo economicus*, on observe, puis on routinise, on crée des protocoles. Construire des parcours standards et des protocoles que l'on peut quantifier : tout notre système de soins est basé là-dessus. Nous avons un catalogue de tous les actes qui peuvent exister. Bref, dans ce cadre-là, on ne décrit pas des relations, on décrit de façon anatomique, presque analytique, une série d'actes routinisés. Or, quand on fait ça, ce qu'on ne décrit pas, c'est ce qui se passe entre deux actes. En faisant cela, on s'interdit de penser tout ce qui se crée dans le soin, qui est unique et permet le lien entre deux actes. Je prends un exemple : quand on pense tarification à l'activité, pour rendre compte du travail des infirmiers, on considère les actes, piqûre, pansement, toilette, avec à chaque fois un indicateur qui correspond. Cependant, entre un acte et un autre, il y a des choses qui se passent. Par exemple, le patient va dire qu'il n'est pas bien aujourd'hui et le soignant va réagir, partager cela. C'est ce qui fait que le soin est le soin et non une activité purement "mécanisable". Nous pensons à tous ces actes médicaux dits orphelins, qui ne sont pas cotés alors que, paradoxalement, ce sont eux qui font le soin. Comment protéger ce qui fait que le soin est le soin, c'est-à-dire ce qui fait que le soin n'est pas une accumulation d'actes mais une relation. C'est sur cette question que nous travaillons.

“ Ce qui fait tenir dans ces métiers n'est pas décrit comme production de richesse. Nous avons finalement une description de ce qui fait la richesse d'un hôpital extrêmement réduite car purement comptable.

H. : Vous évoquez une perte de sens... pouvez-vous détailler cette notion ?

J.-P. P. : Oui je pense, c'est un sujet complexe, il faudrait y répondre en interrogeant la manière dont on pilote le système de soins aujourd'hui et les institutions hospitalières. S'il y a une crise de sens aujourd'hui à la direction des hôpitaux, qui est sous la contrainte comptable et financière, il faut se demander : quel sens les directeurs d'hôpitaux peuvent-ils insuffler à leurs institutions, à l'heure de la restriction ou du moins de la rationalisation du soins ? C'est une vraie difficulté aujourd'hui. Qu'est-ce qui coûte le plus cher dans un hôpital ? C'est un mot horrible "la masse" salariale. Au fond, je pense que l'une des vraies questions aujourd'hui, c'est la perte, la réduction de ces professions de soins à des activités. Nous sommes en train de détruire les professions — on a vu par exemple la disparition du diplôme d'infirmier en psychiatrie —, on détruit les "métiers", pour les remplacer par des "missions", par des "agents", selon le modèle de l'agent économique. D'où la souffrance, vous ne pouvez pas raconter ce que vous faites, vous êtes même parfois incités à mal faire. Évidemment parfois il y a de la joie et de la réussite, ce qui fait tenir dans ces métiers n'est pas décrit comme production de richesse. Nous avons finalement une description de ce qui fait la richesse d'un hôpital extrêmement réduite car purement comptable.

H. : Les politiques de santé vous semblent-elles en cohérence avec ce que vous décrivez là ?

J.-P. P. : Je pense que les politiques de santé sont "conscientes" de ça mais le modèle qu'elles encouragent est composé d'actes quantifiables. On pense à partir d'un modèle d'actions déjà faites et non des actes qui vont s'inventer. Nos modèles de gestion veulent du comparable, du *benchmarking*. C'est-à-dire pouvoir créer des étalons de mesures qui rendent totalement homogènes des réalités distinctes. Il faut cela, mais comment ne pas être dupe et ne pas en faire quelque chose qui soit caricatural ou réducteur. Le défi est là à mes yeux. Le prochain ouvrage sur lequel la chaire réfléchit porte justement sur la question du travail de soin. Il s'agit d'une interrogation sur l'impact des organisations du travail de soins, sur la qualité du soin, sur les valeurs du soin. Nous sommes en train de solliciter les contributeurs pour une publication vraisemblablement fin 2019."

Propos recueillis par Clémence Nayrac
