



PRÉFACE

Frédéric Pierru, CNRS

Le débat public autour du système public de santé et surtout de sa réforme tend à se focaliser, non sans raison, sur sa privatisation et sa libéralisation, les deux termes n'étant pas équivalents. La privatisation renvoie *stricto sensu* à la présence accrue d'acteurs privés, lucratifs ou non, dans son fonctionnement routinier. Elle touche aussi bien le financement que l'offre de soins. Avant d'en donner quelques exemples marquants, il faut mettre en garde le lecteur contre l'idée de la radicale nouveauté de ce phénomène. En effet, pour des raisons historiquement contingentes – l'hôpital ayant été réservé jusque 1941 aux seuls indigents – la France est l'un des pays d'Europe qui compte le plus grand secteur d'établissements hospitalier privés, destinés aux classes moyennes et supérieures. Il en va de même pour les EHPADs, qui ont fait tristement les gros titres de la presse récemment. Au surplus, l'offre de soins de premier recours est, elle aussi, majoritairement privée puisque dominée par des professionnels libéraux, médecins libéraux en tête qui ont défini leur identité « libérale » au début du XX^e siècle contre les premiers projets d'assurance sociale. Au final, l'hôpital public fait figure d'îlot, ou peut-être de continent, vu sa taille, au sein d'une offre de soins majoritairement privée.

Du côté du financement, le lobbying de la Mutualité française entre 1945 et 1947 a porté ses fruits puisqu'il a été instauré un « ticket modérateur » qui n'a rien d'économique (car il est remboursé par les mutuelles et autre assurances maladie complémentaires !) mais tout de politique : garder une place dans le système de santé. Rien ne serait donc plus erroné que de voir dans la privatisation le résultat du néolibéralisme. Est-ce à dire qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil. Bien sûr que non, ainsi que le documente de façon fort utile le présent ouvrage.

Du fait du renforcement de la contrainte budgétaire depuis les années 2000, et singulièrement depuis la décennie 2010-2020 – il fallait bien solder la dette créée par la crise financière de 2008 – la privatisation s’est à la fois intensifiée et diversifiée. Prolongée : l’hôpital public a connu une sévère diète budgétaire que les gouvernements successifs ont travestie en « virage ambulatoire », soit le transfert d’une partie des activités longtemps prises en charge par le service public (comme l’hébergement) vers la médecine de ville, laquelle est non seulement privée mais aussi, et plus gravement, pas préparée à prendre le relais du fait de la banalisation des dépassements d’honoraires et, surtout, de la multiplication des déserts médicaux.

À côté de la privatisation, l’hôpital a été libéralisé : on entend par libéralisation la mise en concurrence, par des instruments du type tarification à l’activité, les établissements hospitaliers entre eux. En quelque sorte, la régulation marchande pénètre le secteur public lui-même : établissements, services, agents sont mis en concurrence incessante, ce qui a des effets pervers nombreux et désormais bien documentés au point que tout récemment le pouvoir exécutif tente d’expérimenter d’autres modes de financement.

À côté de la désocialisation rampante du risque maladie, en particulier du petit risque, qui n’est plus pris en charge qu’à moins de 50 % par la Sécurité sociale et de la réduction de la voilure hospitalière au profit d’acteurs privés – médecins de ville, complémentaires santé, cliniques, etc. – la privatisation peut prendre des voies plus insidieuses : on a vu ainsi apparaître récemment des entreprises privées comme « Happytal » promouvant au cœur des établissements des conciergeries privées pour malades ayant les moyens de se payer leurs services ; la difficulté des établissements à attirer ou à fidéliser des soignants sont contraints de recourir de plus en plus à des intérimaires, ce qui constitue un détricotage par le bas de la fonction publique hospitalière. Il n’est pas rare qu’une infirmière, lasse de ses conditions de travail pour une rémunération médiocre (malgré le Ségur), revienne dans le même service mais en tant qu’intérimaire ! Il en va de même pour le mercenariat médical.

Il faudrait multiplier les exemples de privatisation et de libéralisation du système de santé, dont les plus pernicious ne sont pas forcément les plus visibles. Ces dynamiques ne sont pas seulement des réponses au renforcement de la contrainte budgétaire. Dans la tête des décideurs, l’opposition public/privé a de moins en moins de sens. Après la vogue

des partenariats public-privé, dont les résultats ont été décriés y compris par la Cour des comptes, le graal technocratique serait de transformer tous les établissements en ESPIC, c'est-à-dire en établissements de santé privés d'intérêt collectif. La fonction publique hospitalière est clairement dans la ligne de mire tant elle serait facteur de « lourdeur » et de « corporatisme ».

Le grand intérêt du présent ouvrage est d'explorer des facettes moins connues de cette déconstruction souvent silencieuse du service public. En effet, historiquement, le service public et ses principes cardinaux – égalité, mutabilité, continuité – appelle des « usagers-citoyens ». La santé y est conçue comme un bien commun ou social. Pour le dire d'un mot : le service public n'est pas seulement un ensemble d'organisations et d'activités, il est un imaginaire socio-politique. Déconstruire le service public, c'est déconstruire cet imaginaire civique pour le remplacer par d'autres.

La figure centrale de ce nouvel imaginaire marchand est celui de l'individu acteur de sa santé, entrepreneur de lui-même, investissant dans son « capital santé » et sommé de faire des choix avisés, tel un consommateur de soins. Une très intéressante contribution de cet ouvrage, en s'appuyant sur les travaux de Pierre Bourdieu, déplie cette notion polysémique de « capital santé » (qui peut être économique, social, culturel ou encore symbolique). Un autre point de passage obligé de ce nouvel imaginaire est l'*empowerment*, par exemple des patients âgés, désormais sommés de participer et d'élaborer des projets ! Ce paradigme de l'activation – du patient passif au patient acteur – touche les personnes les plus pauvres et précaires, c'est-à-dire les plus éloignées du système de santé et de sa complexité organisationnelle et culturelle.

Dans un autre registre, tous les patients sont sommés de devenir « autonomes », ce qui peut aller jusqu'à l'encouragement par les pouvoirs publics à l'automédication, afin d'économiser des visites médicales (par ailleurs de plus en plus difficiles à obtenir étant donné que les médecins généralistes et les urgences sont embolisés). Consumérisme, empowerment, autonomie, participation, démarche projet : telles sont les principales notions de ce nouvel imaginaire qui englobe un système de santé où s'entremêlent de plus en plus étroitement public et privé.

L'immense intérêt du présent ouvrage est de ne pas s'en tenir à ces slogans qui, pris à leur valeur faciale, sont incontestables : qui voudrait ne pas être autonome, participatif, co-constructeur, dans une démarche de projet ? De plus, comme il est dit dans la contribution de Philippe

Batifoulier, ces slogans jouent habilement de l'ambiguïté : ils peuvent recouvrir une connotation politique alors même que c'est bien leur sens économique, affiné avec les logiques bien réelles de privatisation et de libéralisation, qui est promu.

Toutes les contributions du présent ouvrage ont pour immense mérite d'étudier ces notions au concret. Et alors, le tableau devient moins reluisant. En effet, il y a très loin de la coupe aux lèvres pour une raison principale : tous les individus, surtout les plus précaires, fragiles ou vulnérables n'ont pas les ressources, économiques, sociales, culturelles, pour se conformer à ces nouveaux impératifs moraux et à ces nouvelles figures promues par les pouvoirs publics. Il en résultera de nouvelles inégalités de santé et d'accès aux soins, sans doute aucun.

Il est, en effet, très frappant dans les documents officiels mais aussi dans les cénacles experts d'envisager le patient *in abstracto*. C'est particulièrement évident lorsque sont abordés les potentialités des nouvelles technologies, la E-santé notamment (ce thème est traité dans une très intéressante contribution). Notre fréquentation des « décideurs » nous a persuadés que ces derniers se contentent d'un ethnocentrisme de classe des plus naïfs, sur fond de lobbying des industriels.

Il y a des déserts médicaux ? Eh bien déployons des télécabines de consultation ! Vous avez des problèmes de sommeil, eh bien nous avons inventé un casque qui va vous aider ! Liste sans fin. À chaque problème du système de santé, une solution technique, vendue souvent fort cher, ce qui est une autre voie de la privatisation rampante de notre système de santé. La technophilie, voire la technolâtrie, des décideurs administratifs et politiques est l'un des leviers principaux de l'approfondissement de la logique de privatisation de notre système de santé. Il est vrai qu'agir sur les déterminants sociaux de la santé, afin d'enrayer l'actuelle épidémie de maladie chronique, ne permet pas de faire de profit ! Or, cela devrait être l'objectif premier d'une politique de santé digne de ce nom.

Le présent ouvrage est donc indispensable en tant qu'il permet de problématiser les injonctions et les notions qui sont désormais les points de passage obligés des discours officiels sur le système et les politiques de santé. Il est une forme d'antidote à la novlangue néomanagériale qui tente, tel un village Potemkine, de masquer un bien commun menaçant ruine.



INTRODUCTION GÉNÉRALE

En janvier 2022, la retentissante enquête du journaliste Victor Castanet à propos du groupe privé Orpea, gérant des EHPAD, a exposé la dégradation des conditions de soin des résidents sous le joug de techniques de management agressives. La démission symbolique de plusieurs chefs de service et responsables hospitaliers peu de temps avant la crise sanitaire, en janvier 2020, a remis à jour les impératifs économiques auxquels sont soumis les hôpitaux, et les externalités négatives du système de financement de la T2A. L'enquête sur les *Implant Files* menée par des journalistes internationaux en 2018 a souligné les dérives du « business de la santé ». Les entreprises spécialisées dans les dispositifs médicaux implantables étant parfois plus préoccupées par le chiffre que par la capacité à répondre aux défaillances de ces dispositifs.

Ces quelques cas – parmi d'autres – confirment les dérives de la marchandisation et de la managérialisation du système de soins en France et dans de nombreux autres pays, largement décriées par les professionnels de santé, les journalistes, les universitaires et les patients depuis plusieurs années. La crise Covid-19 n'a d'ailleurs fait qu'exacerber les interrogations que chacun est en droit de se poser concernant l'imprégnation du monde du marché et de la consommation dans la santé.

Fleury (2019) évoque quatre pressions principales qui se posent aujourd'hui dans le secteur du soin : « la pression de la rationalisation économique, qui veut faire du nom un chiffre, du qualitatif au quantitatif ; la pression technologique et numérique qui tend à réduire le sujet à des données ; la pression neuro-amériolatrice, qui dévalue elle aussi la notion de perfectionnement humain en lui substituant l'idée d'augmentation ; la pression politique et démocratique, enfin, qui désubstantialise

l'état social en pensant protéger l'État de droit » (Fleury, 2019, p. 12). Comme on le verra au cours des chapitres de cet ouvrage, ces pressions sont bien présentes dans les constats dressés par les contributeurs, et peuvent même constituer une sorte de fil conducteur pour le lecteur. Mais elles ne doivent pas pour autant donner l'impression d'un sentiment d'impuissance vis-à-vis des nombreux problèmes du système de soins. C'est justement parce que nous le questionnons et que la managérialisation et la marchandisation dérangent, qu'il y a bien le signe d'un besoin de solidarité ressenti par la société civile et l'espoir que ce système de soins conserve sa part d'humanisme.

Un ouvrage donc sur la « santé, la consommation et les marchés » au sens large pour étudier les implications de modèles managériaux et marchands dans le système de soins, pour les organisations, pour ses différents acteurs, du professionnel du soin au patient, pour la relation de soins qui se dessine de manière complexe aujourd'hui, mais aussi pour appréhender de manière plus large le rapport que chacun entretient au fait d'être en « bonne santé », de se sentir « bien ». Un ouvrage pour nous questionner sur la manière dont les relations sociales appliquées au monde du soin sont structurées par des pratiques institutionnelles et des répertoires culturels façonnés par le monde de la gestion.

Si justement c'est la « gestion » de la santé dans ses dérives qui est critiquée et remise en cause, il semble que cette discipline doit être sur le front, pour se poser les bonnes questions, et apporter à la fois un regard critique mais aussi réflexif sur le sujet. Mais la gestion ne peut que gagner d'une perspective ouverte. Cet ouvrage est donc né de cette volonté d'apporter un regard pluridisciplinaire, réunissant ainsi chercheurs en gestion, économie, philosophie et sociologie. Il a aussi vocation à explorer plusieurs secteurs liés au soin : médico-social, associatif, médical ; afin de montrer les spécificités de marchandisation et de la managérialisation sur chacun de ces secteurs. J'en profite ici pour remercier chacun des contributeurs pour leur participation à l'ouvrage, pour leur analyse éclairée et la confiance qu'ils m'ont accordée.

Organisation de l'ouvrage

L'ouvrage est structuré en quatre parties, qui ouvrent à la discussion sur plusieurs problématiques liées à la managérialisation et la marchandisation dans le domaine du soin.

La **première partie de l'ouvrage** présente les enjeux théoriques autour des notions de marché et de consommation de la santé. Elle pose les bases d'une réflexion de la santé comme un champ structuré par la marchandisation et les patients comme usagers ou consommateurs.

Cette réflexion autour de la marchandisation est complexe pour la santé, un secteur qui reste soumis à des obligations de service public ancré dans le domaine public. C'est ce que souligne Jean-Paul Domin dans le **chapitre 1** à propos de l'hôpital public, en qualifiant cet équilibre complexe entre étatisation et privatisation de « double peine ». L'auteur retrace l'historique des différentes phases de privatisation de l'hôpital public, qui a peu à peu intégré les règles du management privé, permettant ainsi d'illustrer toute la puissance du « Nouveau management public » (NPM) dans les secteurs publics, les dégradations qui s'ensuivent, ainsi que le système parallèle qui s'établit à travers la croissance du secteur privé en santé.

Le **chapitre 2** offre une réflexion plutôt centrée sur l'individu et les injonctions publiques et sociales qui lui sont faites dans la culture sanitaire et sociale actuelle. Philippe Sabot et Nil Özçaglar-Toulouse reviennent sur la notion de « santé » et la différence entre l'objectivation scientifique du bien-être – la notion étant profondément liée à celle de bonne santé – par les professionnels et la subjectivité individuelle liée à une perception biologique mais aussi socio-culturelle. Si les pouvoirs publics défendent une définition globalisante de la santé qui est devenu un droit, ils l'associent à des impératifs chez les individus qui doivent adopter des comportements susceptibles de préserver leur santé. La nouvelle culture sanitaire et sociale est donc fondée sur la responsabilisation de l'individu.

Dans le prolongement de cette pensée, Anna Schneider-Kamp et Soren Askegaard offrent une discussion théorique sur la notion de capital santé. Le **chapitre 3** commence par dresser un constat des différentes formes de responsabilisation du patient exposées dans la littérature. Les auteurs proposent une vision nuancée et plurifactorielle du processus de consommation de la santé et de la construction du consommateur de santé à travers la notion de capital santé inspirée par plusieurs courants théoriques et notamment bourdieusien. Le capital santé englobe les ressources dont dispose le patient permettant de se positionner dans le champ social de la santé, mais la manière dont ces

ressources sont aussi influencées et déterminées par des structures comme les autorités médicales.

Le **chapitre 4** conclut la première partie de l'ouvrage en offrant un cas d'étude pour éclairer le concept de bien-être développé précédemment. En explorant la mise en place de la première association parentale d'enfants déficients mentaux, la recherche menée par Anthony Beudaert, Guillaume Jaubert et Nil Özçaglar-Toulouse éclaire la constitution d'un marché dédié au bien-être. Cette construction est dépendante de deux conditions ; à savoir un mythe rationnel de la rééducation médicale basé sur le discours élaboré par une nouvelle génération de pédopsychiatres, et la légitimation de la rééducation médicale par la mobilisation parentale qui y a adhéré. Cet exemple montre l'importance de mobiliser un ensemble d'acteurs et notamment les parents dans la construction de structures adaptées.

La **deuxième partie de l'ouvrage** se concentre sur les individus patients et/ou usagers dans ce secteur de la santé marchandisé et managérialisé. En adoptant une perspective plus empirique, cette partie montre à travers les expériences de professionnels de santé et de patients, comment le rôle des individus dans leurs relations aux soins peut être re défini, les opportunités que la « consommation » des soins représente mais aussi ses limites.

Le **chapitre 5** rédigé par Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon et Margaret Josion-Portail, s'interroge sur la possibilité et les conditions de la participation potentielle des patients à leurs parcours de soins. À travers l'étude des représentations des patients âgés par les professionnels de santé dans un service de gériatrie, les auteurs mettent en évidence une multiplicité des figures du patient âgé s'incarnant dans des pratiques, allant de l'infantilisation, en passant par le *care*, jusqu'à des formes embryonnaires de coproduction de soins. Ce travail met ainsi en évidence la nécessité d'agir sur les représentations pour faire évoluer les pratiques de soins et d'appréhender les spécificités des patients pour adapter leur participation à leur parcours de soins.

D'autres situations de vulnérabilité chez les patients sont investiguées dans le **chapitre 6**, qui se focalise sur des personnes exclues du système de soins de droit commun. Hélène Gorge, Melvin Grefils et Melea Press étudient les actions d'un organisme spécifique appelé le réseau santé-solidarité à Lille, qui garantit une continuité de soins pour les personnes ne disposant pas de couverture sociale et médicale. Le travail que fournit ce réseau pose la question de l'acculturation aux

soins, ces patients n'ayant pas toujours les compétences et les ressources pour pouvoir participer pleinement au système de soins de droit commun. En cherchant toujours l'efficacité économique – qui se traduit par un manque de ressources humaines et de temps – le système de soins ne parvient pas à inclure ces patients qui requièrent une approche spécialisée et personnalisée.

Sarah Lasri pose une autre réflexion propre à l'autonomisation du patient, celle de l'automédication en France. Dans le **chapitre 7**, elle interroge cette pratique de consommation d'envergure en rappelant l'histoire de l'automédication, encouragée par certains experts en santé, par les politiques publiques, mais aussi par la pharmaceutisation de la société. En se basant sur un travail empirique riche, elle révèle la pluralité de l'automédication où – et contrairement aux représentations qu'on pourrait en avoir – le patient n'est pas toujours volontaire et le médecin peut être impliqué. Ce constat d'une réalité plus complexe qu'il n'y paraît est d'autant plus important à l'heure d'une responsabilisation accrue du patient.

Dans la **troisième partie de l'ouvrage**, l'attention est portée sur certains des nombreux outils qui émergent dans le système de soins, et qui souvent ont pour objectif d'en améliorer l'efficacité. En cela, ils déterminent aussi une redéfinition des soins et des interactions entre les patients et les acteurs du système de soins.

Le **chapitre 8** interroge l'un de ces outils, le projet personnalisé dans le secteur médico-social. Dans un champ lexical et de pratiques proches du marketing et de la gestion, ce secteur promeut la satisfaction de l'utilisateur ou du patient et donc une approche individualisée. Ayant mené une collecte de données qualitatives auprès de différents acteurs travaillant dans des établissements médico-sociaux, Jean-Philippe Nau, Isabelle Flachère et Marc Salesina montrent que la construction collective d'une représentation de l'utilisateur n'est pas aisée compte tenu de la pluralité des points de vue des acteurs en jeu. Pour certains le projet personnalisé induit aussi une normativité qui peut être contraignante. En éclairant à la fois les bienfaits et les limites de ce genre d'outils, les auteurs rappellent que l'importation de la gestion au champ médico-social souffre du manque de ressources humaines et de temps.

Benoît Cret et Nicolas Guilhot poursuivent la réflexion sur l'efficacité des soins, avec l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles dans le **chapitre 9**. Ces organisations rassemblent des professionnels de santé dans le cadre de projets de santé et sont soutenues

financièrement par les pouvoirs publics. Questionnant la coopération interindividuelle et interorganisationnelle qui se met en place dans ces maisons, les auteurs montrent des ambivalences : si les maisons parviennent à susciter une coopération par le partage du dossier patient, les professionnels conservent une autonomie qui maintient des formes de concurrences entre les professionnels et les organisations. Des résultats d'autant plus importants à appréhender alors que ces dispositifs de coopération sont pleinement encouragés pour dynamiser des territoires en difficultés.

Dans le **chapitre 10**, c'est l'outil digital qui est questionné par Daphné Salerno et Annabel Martin. Ces auteures investiguent le rôle des applications digitales dans la transformation des habitudes en santé et de comportements jugés risqués, en effectuant un état des lieux exhaustif des différentes théories sur ce sujet. Si les applications peuvent constituer des leviers psychologiques pertinents, le chapitre montre aussi les limites éthiques qu'elles peuvent engendrer. Alors que le digital est promu comme un outil permettant d'autonomiser et de responsabiliser les patients, l'auto-surveillance excessive de comportements de santé peut conduire à des émotions négatives comme du stress ou de la culpabilité. Il est donc fondamental de replacer le développement de ces applications dans leur contexte sociologique et culturel.

Enfin, la **quatrième partie de cet ouvrage** se veut prospective et pose une réflexion plus générale sur les transformations actuelles dans le marché de la santé. Les différents chapitres ont vocation à montrer par quels mécanismes le système de santé peut continuer à être repensé et construit.

Philippe Batifoulier boucle la réflexion sur la notion de consommation en santé dans le **chapitre 11**. Il montre le paradoxe qui existe dans ce secteur qui place nécessairement le patient comme consommateur mais sans lui offrir les conditions d'un marché lui permettant d'exercer pleinement ce rôle : pouvoir de choisir, d'être rationnel, de contrôler sa propre consommation – qui lui est prescrite. L'auteur propose deux voies de réflexion pour réhabiliter le patient consommateur ; soit parce que le patient arrache son pouvoir de consommateur face au médecin qui est un obstacle structurel, ou alors en s'en remettant totalement au médecin qui doit alors faire preuve d'altruisme médical. Mais ces orientations ne peuvent être opérées sans un accompagnement des pouvoirs publics, notamment pour les patients les plus démunis qui sont d'autant moins à même d'être « consommateurs » de soins.

Le **chapitre 12** embrasse une perspective plus macro en évoquant le sujet de démocratie sanitaire régionale. Victor Duchesne et Maxime Thorigny offrent une réflexion sur l'élaboration de la politique sanitaire au prisme de l'*empowerment* du patient progressivement défendu par les pouvoirs publics. Cela a mené à une institutionnalisation de la démocratie sanitaire dès la fin des années 1990 à travers différentes instances et au niveau territorial, mais le processus de coconstruction de la décision reste complexe à mettre en œuvre. Les auteurs montrent notamment que le pouvoir des professionnels, des organisations de santé et des structures administratives reste dominant par rapport à celui des usagers qui institutionnellement sont considérés comme des partenaires, mais dans les faits peinent encore à l'être.

Enfin, Kostantinos Lianidis et Soren Askegaard apportent une réflexion philosophique aux changements techniques développés dans le monde de la santé dans le **chapitre 13**. En s'appuyant sur une perspective heidégérienne, les auteurs posent les opportunités et les limites d'un être humain « augmenté ». Le post-humanisme a laissé penser à l'être humain les possibilités d'une vie sans fin, dominant la nature, dans les meilleures conditions possibles. Cela redessine la définition que les individus et les institutions ont de la santé, mais aussi la place du corps, de la mort, mais aussi de la finitude des ressources naturelles et technologiques pour permettre à l'être humain de vivre cette vie augmentée.