

LA NORMALISATION DE L'ART MEDICAL

La normalisation du soin correspond à la standardisation croissante, depuis la fin des années 1980, des règles qui régissent l'art médical en France. Ce que nous désignons ici par normalisation est en fait l'extension à toutes les professions traditionnelles et à tous les secteurs d'activité des méthodes et des concepts qui ont fait les « réussites » comme les « échecs » de la production industrielle. En tant que tel le phénomène de normalisation est un fait mondial qui dépasse de beaucoup nos frontières et le seul secteur médical. Par son intensité, il dépasse également la simple règle de travail, laquelle a toujours existé et a aussi toujours été une forme de standard ou de norme.

Dans le secteur de la santé, intimement lié en France aux services publics et à l'État, le phénomène de normalisation du soin s'explique en partie par la théorie dite du *New Public Management*. Cette théorie, née dans les milieux néolibéraux au milieu des années 1970, défend l'idée qu'il n'y a pas de différence de nature entre les services publics et les entreprises privées et que, dorénavant, les premiers doivent être administrés comme le sont les secondes. En conséquence, cette théorie prône l'application des méthodes de production et de management du privé dans les services publics avec comme promesse de faire mieux, avec plus de sécurité et à moindre coût.

Cependant, ces doctrines de gestion et les influences externes au secteur de la santé sont insuffisantes pour expliquer la normalisation du soin. En effet, ces doctrines managériales seraient dénuées d'efficacité si elles ne trouvaient pas de favorables résonances conceptuelles au sein de la profession médicale elle-même. Si ces relais idéologiques existent, c'est que le monde du soin est engagé depuis la seconde moitié du XX^e siècle dans un mouvement d'« objectivation » de la thérapeutique, connu sous le nom de médecine factuelle ou d'*Evidence-based medicine* (EBM). Cette médecine « fondée sur des preuves » a conduit les médecins à rejeter de plus en plus le jugement et le rôle de l'expérience individuelle du praticien dans la décision médicale. Les statistiques sont alors devenues, par l'intermédiaire des essais cliniques randomisés, la source incontournable des nouvelles normes du soin ; lesquelles, ayant pour visée d'homogénéiser les pratiques, ont ensuite été traduites en recommandations pour la pratique clinique (RPC). La doctrine du *New public Management* a donc rencontré avec l'EBM son plus sûr allié en vue de la normalisation du soin.

Les promoteurs de cette normalisation appartiennent donc à plusieurs catégories professionnelles ; mais qu'il s'agisse de cadres de santé, d'infirmières, de médecins cliniciens, de responsables d'Assurance Qualité ou de polytechniciens « directeur de la performance » au sein de l'hôpital, tous sont animés d'une même conviction aujourd'hui dominante : les méthodes de la production industrielle en série, envisagée comme une standardisation massive des pratiques, doivent s'appliquer à la médecine pour concrétiser un certain idéal de l'efficacité thérapeutique. Mais si la performance des chaînes de montage dans la fabrication d'automobiles *identiques* ne fait aucun doute, qu'en est-il vis-à-vis de la thérapeutique et de ce qu'elle combat : la maladie ?

La normalisation du soin doit en effet s'appuyer, implicitement au moins car il s'agit ici pour elle d'une nécessité logique, sur l'idée que la maladie ou que la thérapeutique peuvent être, à l'image des objets de consommation courants, pleinement standardisés ; autrement dit pleinement *mesurables*. Dans le cas contraire en effet, la normalisation pourrait aussi bien correspondre à une simplification, c'est-à-dire à la réduction à une commune mesure de ce qui, *peut-être*, s'avère parfois multiple.

Il nous faudra tout d'abord décrire la synergie du *New Public Management* et de l'*Evidence-based Medicine* pour montrer que tous deux reposent sur un même présupposé épistémologique positiviste. Ce présupposé pourrait se définir simplement comme *la réduction des choses à leur mesure* mais il correspond aussi à la réduction de la qualité à la quantité et de l'action humaine à ses seules motivations mesurables, c'est-à-dire à ses seules motivations extrinsèques. Mais si, à l'issue de cette analyse, nous pouvons assumer le refus d'une réduction de la maladie, du travail ou de l'agir à leur mesure, cela ne signifiera pas pour autant le rejet de la mesure en tant que telle. Il s'agit en effet surtout de préserver, avec la distance qui sépare le mot de la chose, une forme d'herméneutique médicale qui conditionne la qualité de la médecine.