



En dépit de toutes les structures éthiques qui ont vu le jour dans les établissements de soins ou les sociétés savantes, priorité a été donnée en France à une **approche trop exclusivement technique et comptable de la médecine**.

Les progrès scientifiques et techniques ont en effet pesé sur un système de protection qui n'a, lui, guère évolué alors que le vieillissement de la population et la montée de ses exigences, à eux seuls, le mettaient sous pression. La préoccupation financière et le souci de coller aux progrès ont peu à peu dominé l'horizon.

L'apparition du numérique et la nécessité de réguler les dépenses – d'où, notamment, la tarification à l'activité – ont continué à **éloigner les objectifs des soignants des attentes des patients**. Les premiers sont parfois contraints à ne voir que la maladie et les actes qu'elle peut nécessiter et non la personne malade. D'où le malaise et la souffrance des professionnels de santé qui se traduisent par des manifestations de vulnérabilité (alcool, drogue, suicides). Un durcissement des comportements des soignants et une dégradation relationnelle avec les patients (incapacité à dire au patient qu'il est en phase terminale...) sont directement liés à cette approche strictement technique réductrice du sens de leur engagement.

Cette évolution technique et comptable a en retour une **incidence directe sur l'attitude des patients**. Ceux-ci, percevant bien la centralité des paramètres technique et financier, cherchent soit à :

- **Optimiser leur recherche de prestataire** en fonction d'un pur rapport qualité/prix
- **Tirer parti du système** en oubliant son fondement solidaire. Une attitude globalement individualiste, à l'opposé du fondement solidaire de notre système de santé.
- D'autres, de plus en plus nombreux, **quittent la route** et renoncent à certains soins ou les retardent.



- Cette approche ne renforce-t-elle pas la perception de la médecine comme un pur agent économique ?

Aux divers partenaires extérieurs du monde de la médecine – entreprises pharmaceutiques et fabricants de matériel médical en tête – elle permet de se positionner non plus comme des fournisseurs mais comme des **acteurs à part entière de l'univers du soin, avec tous les effets d'aubaine et les conflits d'intérêts qui en découlent**. En interne, chez certains médecins et chez les responsables des structures hospitalières, notamment, elle engendre et renforce une vision faussement entrepreneuriale de cet univers en faisant notamment des structures hospitalières – qui sont à la pointe de cette évolution – des centres de profit.

Face à cette évolution, nous ne sommes pas sans recours. Le meilleur de notre tradition insiste en effet sur une éthique de la vulnérabilité qui situe le **patient au centre du système de soins** et la relation thérapeutique comme l'essentiel du soin. Le « care » - en français le « prendre soin » - n'est pas une invention d'outre-Atlantique mais la simple redécouverte des racines humanistes de notre médecine.



- L'accompagnement de la fin de vie par exemple et les soins palliatifs ne risquent-ils pas d'être vus avant tout comme un coût – sans « valeur ajoutée » d'actes techniques – et non comme un « prendre soin » ?
- A l'inverse le risque n'est-il pas grand de voir les techniques de PMA se transformer en un marché que l'on prend soin de solvabiliser en faisant jouer l'Assurance maladie ? On peut dès lors se demander si les orientations proposées ne sont pas plus libérales ou néo-libérales que libérantes.