

L'argent et la relation de soin

Money and caring relationship

E. Citti-Wargny*

Pour définir la relation de soin (que nous limiterons aux relations qui se nouent dans le champ médical), nous nous sommes appuyés sur une définition proposée par F. Worms (1) : on entend par soin toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard pour cet être même, associant étroitement 2 idées :

- soigner, c'est soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable qu'on peut traiter,
- c'est aussi soigner quelqu'un exprimant une dimension intentionnelle et relationnelle, une intention adressée. Ainsi, le soin est toujours une relation de soin.

La relation de soin contient ainsi une double exigence, vitale et morale : parce que "la vie n'a pas de prix", l'argent est problématique entre le médecin et le malade, mais aussi dans son rôle propre au sein de la société où se constitue la relation de soin. Ces 2 niveaux s'intriquent et s'influencent mais ne se recouvrent pas.

Cette dualité sera le fil conducteur de notre réflexion.

Le serment d'Hippocrate

"Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail." Le serment d'Hippocrate, tel qu'il figure dans la thèse de médecine de beaucoup d'entre nous, donne une résonance primordiale au lien entre argent et relation de soin : il fait appel à la mesure, à une quantification raisonnable, appropriée du prix demandé pour les soins ; mais il fait d'abord appel à l'honneur et la probité, des qualités non mesurables qui priment sur les recommandations de mesure. Il y associe le principe d'égalité de traitement pour tous, hommes ou femmes, libres ou esclaves, cette égalité (absence de discrimination) ne devant pas être remise en cause par l'argent. Cet engagement, acte fort quoique symbolique, semble venir du plus loin de l'expérience médicale, d'un passé fondateur, d'une portée universelle, origine de

notre pratique. Du IV^e siècle en Grèce à aujourd'hui, dans une centaine de pays, dont la France, la figure d'Hippocrate peut ainsi, par ce serment, représenter une sorte d'unité éthique de la médecine, et met en garde le médecin vis-à-vis de l'influence de l'argent, de son pouvoir corrompeur pour lui, le malade et la relation qui les lie. Le serment d'Hippocrate est de fait pluriel, différant dans le détail d'un pays à l'autre, s'inspirant toujours du texte d'origine mais évoluant avec les lois de santé. En France, celui proposé aujourd'hui par le conseil de l'Ordre des médecins date de 2012. La référence à l'argent dans le soin s'énonce un peu autrement : "Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire."

Les principes demeurent inchangés, mais à quelles réalités s'affrontent-ils aujourd'hui ?

Constitution d'un ordre médical et société

La médecine au temps d'Hippocrate questionne déjà le sens même de la profession médicale et le caractère privilégié de l'expérience qui la définit (2) : fruit d'une époque particulièrement créatrice dans tous les domaines du savoir et des arts, l'œuvre d'Hippocrate se distingue par la qualité des observations cliniques, la fondation d'une éthique qui reste à peu près intacte de nos jours et la lutte contre l'obscurantisme et la pensée magique, mais aussi par la constitution d'un corps médical homogène, fondé sur un savoir et un vocabulaire commun (2). Réclamant l'égalité de la prise en charge de tout homme face à la souffrance et la maladie, la médecine devient une affaire individuelle, c'est-à-dire privilégiant le destin de l'individu contre celui de l'espèce, protégeant la relation de soin (avec le secret médical) de l'influence directe de la société. M. Foucault situe plus près de nous, dans la période de basculement de la Révolution française, la naissance de la clinique médicale moderne (3) : à la transformation de la société en État qui promeut l'individu, le protège et l'encadre,

* Pôle de psychiatrie adulte, CHU de Reims.

Résumé

La vie n'a pas de prix, mais les relations de soin, parce qu'elles reposent sur une organisation du savoir et un travail, doivent être financées. Nous présentons 3 modalités de ce financement : solidarité, honoraires, don, et nous nous interrogeons sur le risque que font peser sur ces modalités et sur la relation de soin les changements majeurs constatés à l'échelle du monde que sont les progrès techniques et la globalisation financière.

s'ajoute la transformation du regard médical sur la maladie et l'homme malade, avec l'avènement de la méthode anatomo-clinique. La relation de soin qui se veut protégée de l'ingérence extérieure ne peut cependant pas s'isoler, car elle s'adosse nécessairement à la famille et à l'assistance de la société : "La médecine de la perception individuelle, de l'assistance familiale, des soins à domicile ne peut trouver appui que sur une structure collectivement contrôlée et qui recouvre l'espace social dans son entier" (3). La relation de soin qui se revendique libre d'influences extérieures, découvre sa dépendance à l'État qui veut garantir et contrôler la santé des citoyens. Le contrôle des médecins en découle, car ils s'occupent d'un domaine crucial pour la souveraineté de l'État. Ainsi Cabanis, dans un rapport de l'an VI, oppose-t-il 2 catégories d'objet : ceux dont les consommateurs sont juges de l'utilité (la conscience publique suffit à en déterminer la valeur marchande), et d'autres, dont la valeur ne dépend pas d'une estimation collective, soit que ces objets soient de ceux qui servent à fixer la valeur marchande des autres (monnaie), soit qu'il s'agisse de l'individu humain à propos duquel toute erreur devient funeste ; "voilà pourquoi les médecins, les chirurgiens, les pharmaciens (à l'instar des orfèvres) doivent être examinés tout également sur leur savoir, leurs capacités, leurs habitudes morales" (3). La distinction entre des objets échangeables et des objets dont la valeur est inaliénable est clairement posée. L'État, via les textes révolutionnaires, multiplie les propositions pour organiser les soins et en contrôler les coûts : sont envisagés "des soins gratuits assurés par des médecins que le gouvernement désintéresserait en leur versant les revenus ecclésiastiques" (3). À l'égalité des soins répond la gratuité des soins. L'État veut aussi rendre le patient au milieu familial, considéré dans un premier temps comme son milieu naturel, à l'opposé du milieu artificiel et pernicieux de l'hôpital, mais l'utopie d'une déshospitalisation totale de la maladie et de l'indigence – "Plus d'aumônes, plus d'hôpitaux" (3) – ne dure pas. Foucault précise : "Pour que l'expérience clinique fût possible comme forme de connaissance, il a fallu une réorganisation du champ hospitalier, une définition nouvelle du statut du malade dans la société et l'instauration d'un certain rapport entre

l'assistance et l'expérience, le secours et le savoir ; on a dû envelopper le malade dans un espace collectif et homogène" (3). L'hôpital s'impose en quelques années comme le lieu essentiel de production de la clinique, dans une perspective normative du soin. Ainsi, la médecine s'établit comme individuelle, mais adossée au social, tandis que la société veut contrôler la santé des individus qu'elle gouverne et les médecins qui en sont chargés. L'argent lie ces 3 éléments, le patient, le médecin et le corps social, selon différentes modalités :

- la solidarité des corporations ou de la nation à l'endroit des individus qui la composent et qui peuvent tomber malades ;
 - les honoraires, traduisant une relation individualisée entre le médecin et le malade ;
 - le don, registre varié de la charité, de l'assistance familiale, des fondations hospitalières et de la gratuité des soins.
- Nous allons examiner l'évolution de ces 3 modalités à l'époque moderne.

Solidarité et Sécurité sociale

À la suite des leçons tirées de la période 1914-1945 où furent trop souvent appliqués aux hommes "les mêmes calculs d'utilité et les mêmes méthodes industrielles qu'à l'exploitation des ressources naturelles" (4), la volonté de prôner des valeurs humanistes, qui mettent l'homme et sa vie au-dessus des valeurs marchandes, s'est manifestée dans les déclarations et décisions politiques de l'après-guerre (4). C'est au cours de ce moment historique que la Sécurité sociale est fondée, en 1945, sur le principe de la solidarité nationale (art. L111-1 du code français de la Sécurité sociale). Grâce à l'Assurance maladie, l'accès à tous les soins pour tous est généralisé, dans une période de grands progrès de la médecine et d'augmentation importante du nombre de médecins. Il s'agit d'une amélioration considérable, même si des problèmes sont patents : la totalité des soins n'est pas financièrement couverte (le besoin de ce qu'on a appelé la protection sociale complémentaire) et le déséquilibre est croissant entre recettes et dépenses, en lien avec de nombreux facteurs particulièrement flagrants aujourd'hui comme le vieillissement de la

Mots-clés

Relation de soin
Serment d'Hippocrate
Solidarité
Honoraires
Don

Summary

Life is priceless, but caring relationships based on a knowledge organization and a work must be financed. We present 3 modalities of this funding: solidarity, fees, gift, and question the risk posed by the major global changes in technical progress and financial globalization, risk that could affect the caring relationship and these modalities of funding.

Keywords

Caring relationship
Oath of Hippocrates
Solidarity
Fees
Gift

population, le progrès constant des techniques médicales, l'inflation du prix de certains médicaments, la précarisation des conditions de vie et de travail, l'abus de prescriptions. La difficulté de régulation du système est majeure.

À cela s'ajoute, à compter des années 1980, un changement de paradigme : les idéaux de solidarité, de justice sociale promus en 1945 cèdent peu à peu, face à une autre vision du monde, une conception globalisée d'un marché mondial aux conséquences perceptibles dans de nombreux domaines, dont la santé. Les nombreuses lois de santé tendent à détricoter le système plutôt qu'à le consolider. L'assurance privée intègre le champ de la protection sociale complémentaire, "marché" gigantesque et prometteur, du fait du tournant néo-libéral et de la pression du droit européen (5), qui renoncera peu à peu aux solidarités au profit d'un système concurrentiel. C'est ce que D. Tabuteau appelle la "politique du salami", qui consiste "à découper en fines tranches l'assurance maladie obligatoire, pour permettre son absorption, progressive et tolérée, par les organismes de protection complémentaires" (5). Les récentes propositions d'un candidat à l'élection présidentielle de sortir les "petits risques" de l'assurance maladie montrent l'insistante actualité de ces objectifs de découpage. Afin de maîtriser les dépenses de santé, l'État a enchaîné les réformes budgétaires concernant l'hospitalisation publique puis privée : au prix de journée décrété inflationniste ont succédé une enveloppe globale de dépenses (plan Barrot, en 1979), puis un budget global pour la médecine hospitalière publique (1983), pour faire advenir, en 2007, la tarification à l'activité (T2A). Ces réformes se conjuguent avec les transformations de l'idée du soin, soit l'introduction du concept de l'hôpital-entreprise, l'assimilation de la santé à une marchandise comme une autre, et des patients à des clients-consommateurs (6). Cette réforme de la T2A ne vise pas à réduire directement les dépenses, mais à standardiser des pathologies, repérables chez des malades dont les soins relèvent avant tout d'actes techniques proposés au cours d'un séjour calibré, alors rentables pour la structure de soin, à l'opposé des malades non rentables, patients précaires, souffrant de polyopathologies, de comorbidités psychiatriques, d'altérations des fonctions cognitives, ou ayant nécessité un passage aux urgences suivi d'une hospitalisation non programmée. Le lit financé par la T2A fait l'effet du lit de Procuste, qui retaille les soins aux dimensions qu'elle a fixées. La recherche de la meilleure application de la T2A devient un enjeu majeur pour les services de soin au détriment de

l'idée d'égalité, de la non-discrimination de l'accueil des patients. La relation de soin apparaît alors lourdement dévaluée. Déjà mise à mal par le modèle organo-techniciste qu'on reproche à l'hôpital et à la médecine en général de privilégier au détriment des déterminants psychologiques, écologiques et sociaux propres à chaque patient, elle semble se dissoudre dans le modèle exclusivement comptable proposé. La prise en charge des affections chroniques, grand enjeu de santé publique, posant des problèmes spécifiques tant médicaux que financiers répond très mal aux critères de la T2A (6). Ces difficultés n'ont d'ailleurs pas, pour le moment, permis d'inclure dans la T2A les soins psychiatriques et les soins de suite qui continuent à être financés par un budget global.

Les soins psychiatriques et le secteur

La circulaire du 15 mars 1960 a ouvert une nouvelle politique des soins psychiatriques, en refusant la ségrégation des malades mentaux dans un hôpital-asile et en proposant qu'une même équipe pluridisciplinaire assure la prise en charge des patients tant à l'hôpital qu'en ambulatoire, pour permettre à la fois la continuité des soins et des objectifs d'intégration ou de maintien des patients dans leur milieu de vie familial et social. Anticipant sur l'organisation d'un parcours de soin et l'idée d'une médecine intégrative, le "secteur psychiatrique" a permis de concevoir et, parfois, de développer de nouvelles manières d'accueillir et soigner les patients en psychiatrie. Nous ne parlerons pas de la complexité de la mise en place de ce dispositif à la fois hospitalier et ambulatoire, à commencer par son financement, unifié seulement en 1986, et pour la plus grande partie hospitalier – même si le nombre des lits d'hospitalisation en psychiatrie a fortement diminué ces dernières années, sans les transferts budgétaires attendus dans l'ambulatoire. Nous nous centrerons sur la consultation psychiatrique ou, plutôt, sur les interventions variées qui répondent aux situations multiples des patients en psychiatrie, parfois accompagnés et soignés tout au long de leur vie. L'ensemble des intervenants, psychiatre, infirmier, psychologue, assistant social, éducateur, etc. effectuent au centre médico-psychologique (CMP) les entretiens (individuels, avec la famille ou en équipe), les actes techniques, les visites à domicile, les accompagnements, les activités de groupe, ce qui suppose un travail de concertation, de réseau, codifié par le système

EDGAR (Entretien, Démarche, Groupe, Accompagnement, Réunion clinique), qui recense une liste d'actes ne nécessitant aucun déboursement de la part du patient. Ce recensement ne peut fournir un modèle de soin, du fait de la singularité de chaque parcours de soin et de son imprévisibilité. À chaque fois, la relation de soin renvoie avant tout à l'invention de pratiques, nécessaire pour répondre à des situations qui ne ressemblent jamais vraiment aux tableaux cliniques princeps et mettent souvent à mal nos repères diagnostiques : un cheminement est indispensable, du colloque singulier à l'élaboration théorique, de la connaissance de l'environnement familial et de travail, de l'habitat et du quartier, à la dimension culturelle des symptômes, hors des capacités de repérage de la maîtrise comptable. Le découpage des actes, c'est-à-dire leur catégorisation, leur normalisation et leur évaluation, y rencontre ses limites théoriques et pratiques.

Même si la psychiatrie n'est pas financée par la T2A, elle subit cette transformation idéologique du monde, "ce congédiement du réel au profit de sa représentation quantifiée" (5) qui envahit tous les lieux de soin. Dès 1981, R. Castel avait observé les transformations de la démarche thérapeutique en psychiatrie : "Au lieu de la recherche d'une totalité sensée – retrouver, au-delà de l'épisode pathologique le sens d'une trajectoire individuelle par rapport à l'histoire du sujet ou le sens de son inscription dans son milieu social – se profile une totalité nouvelle, qui ne serait plus que la sommation d'autant de points de vue sur l'homme qu'il peut exister de savoirs positifs qui la parcellisent" (7). La collecte d'éléments présentés comme objectifs et intégrables dans la médecine fondée sur les preuves, tels que la vulnérabilité génétique, les dysfonctionnements neuro-cognitifs ou les événements de stress (8) est une illustration de cette parcellisation, qui s'effectue, le plus souvent, au détriment d'une réflexion portée sur la relation. Que devient l'écoute du patient, l'intérêt porté à son histoire, le sens qu'il prête à ses souffrances psychiques, dans l'actualité de la relation thérapeutique, ce que S. Freud a théorisé par le thème de transfert ? L'expérience de la déraison n'apparaît plus comme la possibilité même de la psychologie, avec l'exclusion progressive de la psychopathologie au profit d'un discours neuro-biologique, comme le regrettait déjà R. Misès en 2001 (9). Étonnons-nous encore, avec A. Supiot (4), de lire sur la plaquette du CNRS (2006) : "L'humain, ça marche à l'électricité qui parcourt ses neurones et à la communication qui en naît." La science, comme la marchandisation, peut produire de l'homme

réifié, abolissant subrepticement le sens vital de la relation. La prescription de psychotropes, qui ont joué un rôle majeur dans l'établissement des relations avec les malades mentaux les plus sévères, est en augmentation constante. Ne la doit-on pas aussi à l'appauvrissement des relations humaines dans tous les domaines de la vie sociale et, pour une part, à celle de la relation de soin ? Nous rejoignons P. Coupechoux, quand il écrit : "Lorsque les psychiatres considèrent leurs malades uniquement comme des cerveaux à traiter avec des médicaments, niant leur condition de sujets, ils créent les conditions de l'exclusion" (10). Comment s'étonner d'exclure quand le soin n'est plus attentif à la relation, c'est-à-dire capable d'en faire une dimension du savoir. Reste au patient la prise en compte du handicap (déficit qu'on peut compenser), encadré par la loi 2005-102, permettant de faire valoir une compensation du handicap sous la forme d'ouvertures de droits et d'accès à des prestations. Cette démarche peut parfois contrecarrer la relation de soin : repérer le handicap dans sa fixité au détriment d'une perspective psychodynamique des troubles observés. Mais elle se conçoit dans la mesure où la promesse financière est parfois plus tangible que celle de la guérison. Ainsi, la solidarité, qui répond à l'engagement de tous à l'égard de la vulnérabilité de chacun, apporte à la relation de soin une garantie, une possibilité d'équité. Dans le domaine médical, elle rémunère le médecin et l'ensemble des soignants ; dans une perspective sociale, elle procure au malade des ressources vitales. La relation de soin qui s'y adosse ne peut que redouter son affaiblissement.

Les honoraires

Ils désignent la rétribution accordée en échange de leurs services aux personnes exerçant une profession libérale. Le terme utilisé renvoie à la dimension intellectuelle, de savoir, dont dépend le service rendu, le distinguant d'un échange marchand ou d'une tâche engageant essentiellement le corps. Le médecin est détenteur du savoir de sa profession, dans son histoire, ses progrès, son actualité, mais à chaque consultation, il est aussi engagé dans une situation singulière, unique : la relation de soin apparaît comme un moment-clé qui vient affirmer cette singularité en même temps qu'elle la masque par le diagnostic et le traitement proposés, dont les effets de normalisation sont inévitables. Les honoraires ont longtemps été l'objet d'une entente

directe entre médecins et malades, encadrée par un code de déontologie qui en appelle aux principes de "mesure et de probité" et veut protéger l'acte médical des pressions diverses, politiques ou marchandes, des passions, etc. Aujourd'hui, ils sont englobés par la solidarité, puisque c'est la convention médicale qui régit les liens entre les médecins dits "libéraux" et l'Assurance maladie et qui impose des tarifs régulés (il est interdit au médecin de pratiquer des tarifs inférieurs au tarif conventionnel mais il peut proposer des consultations à titre gratuit) en échange de la prise en charge d'une partie des cotisations, selon des négociations qui impliquent les syndicats médicaux et l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM). Dès lors, la pratique réellement libérale de la médecine, exempte de tout remboursement, concerne très peu de praticiens. Les honoraires, le paiement à l'acte, existent toujours, contestés sur leur montant, du point de vue des médecins et sur les dépenses qu'ils produisent, du point de vue des pouvoirs publics. Le montant des tarifs de consultation semble aux médecins globalement bas, peu revalorisé au fil des années, et fait l'objet de tractations âpres pour maintenir du côté médical le paiement à l'acte contre les propositions de forfaitisation des soins et pour faire progresser le montant de la consultation. La nomenclature des actes médicaux est vaste, et nous nous limiterons à l'exemple du CNPSY. Le CNPSY qui désigne l'acte de consultation du psychiatre (et du neurologue) s'est vu adjoindre au fil du temps des éléments de majoration : majoration de pratique clinique (MPC), majoration de coordination de spécialistes (MCS), qui le complètent si nécessaire. Peuvent s'y ajouter la majoration pour les consultations des moins de 16 ans en présence d'un membre de la famille (MPF), ainsi que la majoration pour toute consultation demandée au spécialiste par le médecin traitant et effectuée dans les 48 heures. L'effort croissant de catégorisation des consultations répond de manière toujours partielle aux particularités du colloque singulier, en segmentant les actes plus qu'en en augmentant la valeur. Ces tarifs s'appliquent aux spécialistes du secteur 1 et, dans certaines conditions, à ceux du secteur 2. L'installation en secteur 2, qui autorise les "dépassements d'honoraires", certes "avec tact et mesure", est de plus en plus fréquente, permettant au médecin qui les pratique de renouer avec la maîtrise de ses honoraires. Mais l'extension de ces tarifs, peu régulée, pose aujourd'hui la question cruciale pour notre système de solidarité d'une médecine à 2 vitesses, et du risque de soins différents appliqués à une patientèle solvable et à celle qui ne l'est pas. Le paiement à l'acte fait

aussi l'objet de nombreuses critiques : si le médecin est tenu de ne prescrire que le traitement indispensable au meilleur coût, ce qui est la définition de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, il lui est reproché la multiplication des gestes diagnostiques et thérapeutiques, la négligence de la prévention et de la concertation avec les autres professionnels (puisque cette facette du travail n'est pas rémunérée) et la tentation de raccourcir la durée de la consultation. Mais ces reproches se glissent finalement au sein de toutes les consultations, libérales ou pas. Quelle portée donner au paiement dans la relation de soin ? Parce que la relation de soin concerne la vie humaine et parce qu'elle représente un engagement moral, elle institue de fait une dissymétrie entre les protagonistes et ne peut être de nature contractuelle. Si le terme même d'honoraire suggère une reconnaissance spécifique du patient à l'égard de l'acte médical, le paiement qu'il implique recouvre aussi tout un éventail de sens : il permet la ritualisation (la dédramatisation, parfois) de l'échange ou, dans certains cas, il constitue une "garantie que la relation ne s'éteindra pas" (2), ou encore il s'offre comme dédit, c'est-à-dire comme somme réglée pour ne pas exécuter son engagement ou en interrompre l'exécution. Mais, au fond, quelque chose est soldé avec un reste, une part insolvable pour les 2 protagonistes, que l'on pourrait traduire par la phrase fameuse d'Ambroise Paré : "Je le pensais, Dieu le guérit", qui reconnaît une place seconde à l'acte médical dans les processus vitaux, le médecin acceptant d'énoncer et d'exercer "une maîtrise sur un réel dont l'essence reste inaccessible" (2). La gratuité des soins y gagne un sens nouveau.

Le don

Registre souvent invisible de l'économie, il semble se cantonner à la sphère privée, familiale, et émerger de manière anecdotique dans la sphère publique. En réalité, il s'agit d'une dimension fondamentale des sociétés humaines, apparaissant avec l'idée de valeur, qui précède l'idée de valeur marchande et conditionne la constitution d'un monde partagé (11) : "la valeur n'est pas dans les objets, elle est une production collective qui permet la vie en commun. Elle a la nature d'une institution". Tout ce qui touche à la vie humaine, les soins, l'éducation et la culture, produit des valeurs instituant la société, non pas dans le temps court de la marchandise, mais dans le temps long durant lequel la vie humaine se constitue et se transmet, liant le don et la dette entre les personnes

et entre les générations, qu'on ne peut liquider sans prendre le risque de liquider la société elle-même. Le savoir, dans l'enseignement hippocratique, en est un exemple : l'instruction reçue des maîtres institue un devoir filial et doit être rendue aux enfants. La dette contractée se solde à la génération suivante, sur le mode d'une transmission de savoir ; elle institue un corps professionnel homogène et solidaire. Sans cette longue transmission, la médecine n'existerait pas. Entre l'échange rémunéré et la solidarité de la société vis-à-vis de ses membres, d'autres modalités figurent donc sous la forme rhétorique du don (dont on sait depuis M. Mauss [12] qu'il appelle le contre-don, concrétisation de la dette symbolique) : l'aide familiale, dont on connaît l'importance dans le champ de la psychiatrie, les dons requis pour la recherche et les soins du cancer, du sida, des maladies génétiques ou des maladies rares, les soins gratuits développés au sein d'associations caritatives, les dons de sang et d'organes, pour ne citer que ces exemples, fournissent un complément conséquent aux efforts énormes de la solidarité. Comme on peut le lire dans l'essai de C. Lafontaine, *Le corps-marché* (13), un nouveau risque émerge, celui de l'accaparement "de la vie en elle-même" par le biais des biotechnologies. "Décomposé en une série d'éléments vitaux pouvant être isolés, manipulés, congelés, stockés, échangés, brevetés, le corps est devenu une ressource incontournable et la base d'un immense marché" (13). Le don de vie, l'altruisme, tendent à rendre "socialement invisibles les mécanismes d'appropriation scientifiques et juridiques sur lesquels repose la bioéconomie" (13). Ce détournement du don s'effectue au profit d'une idée du perfectionnement du corps biologique, devenu "la mesure d'une existence individuelle pleine et entière", à quoi chacun est incité et qui fait croire que "la vie individuelle peut s'épanouir en dehors du lien

social qui lie les corps les uns aux autres" (13). On peut redouter que ces investissements fort lucratifs ne viennent se substituer aux véritables besoins des soins et de la prévention

Conclusion

Les relations de soin, à l'instar des relations humaines, portent confiance et promesse en s'appuyant sur le temps long (particulièrement dans les maladies de longue durée, comme les maladies psychiatriques) mais se confrontent aux changements rapides, voire très rapides, de nos sociétés. Lestée jusqu'à aujourd'hui par l'héritage hippocratique, la médecine risque-t-elle de se transformer, sous la double emprise (6) :

- de la technicisation des soins, dont l'efficacité se paie d'une réification des relations de soin, avec son cortège d'illusions (un corps augmenté libéré de la douleur et de la vieillesse, voire de la mort, et un esprit qui pourrait être définitivement régulé par les neuromédiateurs) ;
- de la marchandisation qui promeut le sujet comme pur consommateur de soin ?

Les patients risquent-ils de devenir des clients, des consommateurs, des "autoprescripteurs", et les médecins, des techniciens faisant payer leur technique au prix fort ?

Nous serions alors aux antipodes de la définition qui introduisait ce texte, définition affirmant que les objectifs du soin ne se conçoivent que soutenus par une attention prééminente portée à la relation (ce qui relie, non ce qui découpe), dont certaines évolutions de la société organisent le déni. Prendre en compte la part échangeable avec la part inaliénable que la relation de soin institue nous semble l'enjeu de toujours et donc l'avenir de la médecine. ■

Références bibliographiques

1. Woms F. *Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. Esprit* 2006;1:141-56.
2. Clavreul J. *L'Ordre médical. Paris: Seuil, 1978:284 p.*
3. Foucault M. *Naissance de la clinique. Paris: PUF, 1997 (5^e édition): 216 p.*
4. Supiot A. *L'Esprit de Philadelphie: la justice sociale face au marché total. Paris: Seuil, 2010:180 p.*
5. Supiot A. *La gouvernance par les nombres. Cours au Collège de France (2012-2014). Nantes: Fayard, 2015:520 p.*
6. Grimaldi A. *L'Hôpital malade de la rentabilité. Paris: Fayard, 2009:282 p.*
7. Castel R. *La Gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse. Paris: Éditions de Minuit, 1981: 230 p.*
8. Gori R. *De quoi la psychanalyse est-elle le nom? Démocratie et subjectivité. Paris: Denoël, 2010:412 p.*
9. Coupechoux P. *Un monde de fous: comment notre société maltraite ses malades mentaux. Paris: Seuil, 2006:368 p.*
10. Mises R. *L'exclusion de la psychopathologie. À leur tour les enfants dyslexiques. La Lettre de Psychiatrie Française* 2001;109:1-2.
11. Orléan A. *L'Empire de la valeur: refonder l'économie. Paris: Seuil, 2011:344 p.*
12. Mauss M. *Essai sur le don. In: Sociologie et anthropologie. Paris: PUF, 2001 (9^e édition):143-280.*
13. Lafontaine C. *Le Corps-marché: la marchandisation de la vie humaine à l'ère de la bioéconomie. Paris: Seuil, 2014:274 p.*

E. Citti-Wargny déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

DICOSEMIOPSY

UN DICTIONNAIRE DE SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE DANS VOTRE POCHE



Gratuit

Disponible librement sur les stores sans publicité

À jour

Conforme aux ouvrages de référence. Mises à jour régulières grâce à vos retours

Augmenté

Vignettes cliniques vidéo pour les signes et symptômes clés

Complet

Plus de 300 définitions sont déjà disponibles



ACCÉDEZ AU DICTIONNAIRE

