

Evolutions du système de santé et de la compréhension du soin

Le système de santé français, tel que nous le connaissons a été architecturé dans l'immédiat après-guerre avec pour objectif principal la lutte contre les maladies infectieuses. De ce point vu il a largement atteint son objectif en s'appuyant sur deux convictions fortes « tout doit être mis en œuvre pour faire reculer la maladie et la mort » et « la compétence des spécialistes doit permettre à chacun de bénéficier des meilleurs soins, au sens des plus performants ». Aujourd'hui ce système et ses acteurs sont confrontés à une double rupture épidémiologique. L'émergence massive de maladies chroniques plus ou moins invalidantes et le vieillissement de la population accompagné d'une perte plus ou moins grande de l'autonomie. Sans entrer dans les détails de ces ruptures on mesure aisément qu'elles renversent un certain nombre de perspectives. La question de la guérison est souvent remplacée par la question du rétablissement, par celle des soins de confort, par celle de l'accompagnement de la fin de la vie. De même, la nécessité d'un parcours de soin avec différents niveaux de recours dans une dynamique d'accompagnement tant à se substituer au seul recours à la performance du spécialiste. Le système de santé doit muer vers l'accompagnement de malades y compris dans le confort et la fin de vie là où il se comprenait d'abord et avant tout comme le guérisseur de maladies.

Cette double rupture est la racine de l'évolution de l'attente des personnes à l'endroit de la médecine mais aussi de la perplexité du corps des soignants devant une mutation profonde du rôle qui lui est attribué. Cette dernière mutation est sans doute la plus complexe, en ce sens qu'elle demande au corps soignant de renoncer dans certaines situations à l'objectif ambitieux de la guérison et du report de la mort pour endosser les habits de l'échec en précipitant la mort. Cette mutation est d'autant plus compliquée que parallèlement le corps soignant est de plus en plus inquiet dans sa responsabilité de ne pas avoir tout fait, en tout cas ce qu'il fallait, pour retarder la mort.

Même si le propos est réducteur et schématique, on ne peut ni contester la pertinence de la question ni ignorer que c'est dans ce cadre comme représentation du soin et rôle des soignants que se pose la question de l'accompagnement de la fin de vie, de la sédation profonde ou terminale ou du suicide assisté.

Dès lors que la loi, elle-même, n'y fait pas obstacle « en protestantisme », on pourrait penser que la formation, l'écoute et le travail collégial sont plus efficaces que la loi et le décret pour favoriser et accompagner le changement.

Christian GALTIER,
directeur de la Fondation John Bost

22 février 2013