



ESPACE
SENIORS

*Le patient gériatrique :
objet ou sujet de soin ?*

(Analyse)

Introduction

Quelle place occupe la **subjectivité** du patient âgé à l'hôpital ? Dans la relation qui l'unit au personnel soignant de l'hôpital, le patient gériatrique est encore largement considéré comme un « objet de soin » plutôt que comme un sujet à part entière. Certes, le cadre juridique hospitalier a donné naissance à la loi sur les droits du patient, qui lui ouvre une plus large marge de manœuvre dans la prise de décisions qui concernent son traitement médical. Notre analyse ne se situe pas dans un cadre juridique mais plutôt symbolique. En effet, il semble que des éléments symboliques, que nous détaillerons ci-après, influencent les relations humaines dans un mouvement « d'objectivation » de la personne. L'objectivation a lieu lorsque le corps d'un individu est séparé de sa personne et réduit à un statut d'objet refoulant sa part de subjectivité.

Pour reprendre les mots de Jean-Michel Longneaux, philosophe, force est de reconnaître que « du côté de l'organisation des soins et de la prise en charge des personnes âgées, on observe que ce sont moins les grands principes éthiques qui inspirent le secteur, que trois contraintes de plus en plus incontournables : il s'agit de la science, de l'économie et du juridique »¹. Ces disciplines sont constitutives du « cadre normatif » de l'environnement hospitalier contemporain. Le « cadre normatif » d'un environnement fait référence aux normes sociales qui régulent les comportements, les discussions, les relations... dans cet environnement. La norme sociale peut être définie comme une : « règle de conduite dans une société ou un groupe social, notamment des manières d'agir »². Ces règles sociales sont intériorisées par les individus et les aident à agir de manière « normale » ou « adéquate » dans une situation donnée. Parfois ce processus d'intériorisation des règles est inconscient et l'individu en vient à ne plus vraiment savoir pourquoi il agit d'une telle manière plutôt qu'une autre, il le fait par habitude. Reprenons ces trois disciplines plus en détail et analysons dans quelle mesure elles participent à l'objectivation du patient gériatrique.

1. La science biomédicale

Nous vivons dans une société qui a un perpétuel besoin de preuves. En unité gériatrique, la prise en charge de la personne âgée est structurée par une multitude de conceptions scientifiques (gériatrie, médecine générale, psychologie...). « Ces savoirs ont dû payer le prix de leur efficacité : se contenter de ce qui est objectivable. Du coup tout ce qui relève de la subjectivité est relégué au second plan »³. Il est évident que la science a toute sa place à l'hôpital, l'idée n'est pas de remettre en cause ce postulat. Par contre, elle peut être critiquée lorsqu'elle influence et s'immisce dans les relations humaines. Il faut garder à l'esprit qu'elle ne constitue pas le seul code de conduite dans le soin. Dit autrement, lorsque l'on travaille dans un environnement scientifique, on risque de se comporter avec les autres êtres humains comme le chimiste avec les molécules et autres atomes. Le scientifique agit effectivement en terme de « cause à effet ». Par exemple, l'incontinence appelle la protection, l'agitation appelle la sangle de contention, ou encore le cancer appelle la chirurgie ou la chimiothérapie. Dans ce contexte,

¹ Longneaux Jean-Michel, « On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir », *Gérontologie et société*, 2010/2 n°133, p.35

²https://fr.wikipedia.org/wiki/Norme_sociale.

³ Longneaux Jean-Michel, « On ne naît pas bien traitant, mais on peut le devenir », *Gérontologie et société*, 2010/2 n°133, p.35

peu de place est laissée au sens donné par le patient à ces actes. Les professionnels de l'hôpital peuvent appliquer alors les « règles » scientifiques dans la relation qu'ils entretiennent avec leur patient et ne prennent pas toujours conscience de la déshumanisation qui s'opère par cette acquisition routinière. L'éthique est une discipline qui ne se donne pas pour priorité de répondre au primat de l'objectivité c'est-à-dire à cette logique de cause à effet. Elle accepte la singularité de chaque situation dans laquelle se côtoient des subjectivités (du soignant, du patient, de la famille, du médecin...) différentes. Les réponses données aux questionnements qui naissent dans ces situations ont alors la permission d'être à leur tour différentes. C'est une discipline qui autorise la critique, le questionnement, l'idée qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise action. Proche de la philosophie, elle laisse de la place au doute. C'est pourquoi, il semble essentiel que cette réflexion éthique puisse trouver sa place dans l'organisation du soin au même titre que la Médecine ou la Psychologie, ce qui n'est pas encore le cas pour le moment à l'hôpital.

2. La science économique

Avec la crise économique, des restrictions budgétaires sont imposées aux hôpitaux. Pour faire des économies, ils sont soumis à des nouvelles normes de standardisation des soins. Dans cette logique financière, les priorités sont axées sur les soins techniques et biologiques. Par exemple, le chronométrage des aides-soignantes lors des toilettes a été appliqué dans certains hôpitaux afin de fixer des normes de mesure de la charge de travail pour un nombre déterminé de toilettes. Une fois de plus, peu de place est laissée ici aux besoins subjectifs du patient qui bien évidemment ne se mesurent pas au chronomètre. Pour répondre aux impératifs de rentabilité imposés par l'institution, des soignants vont développer (bien souvent contre leur gré) des conduites professionnelles routinières à l'égard des corps dont ils ont la charge et par ailleurs oublier qu'au-delà de ce corps, il y a un être humain. Cette standardisation des soins et la surcharge de travail qu'elle entraîne pour les soignants ne leur permet pas de considérer la personne aidée de manière humaine et globale.

3. La science juridique

Les procédures juridiques et la défense des droits et protections individuels font partie de notre époque. Il est important de se battre contre le dogme médical et pour le respect des droits du patient. Depuis une dizaine d'années, de nouvelles lois sont d'application pour aller dans ce sens telle que la loi relative aux droits du patient. Notre association s'est bien évidemment battue pour la création de telles législations. Il serait toutefois dangereux de limiter cette lutte au domaine juridique. En effet, d'après Longneaux, « la présence renforcée du juridique a entraîné un nouveau problème : désormais la peur du procès parasite la relation avec le patient »⁴. On pense, par exemple, à l'ampleur que le juridique prend aux États-Unis actuellement où des professionnels, craignant les représailles judiciaires, préfèrent appliquer les soins prévus dans la loi plutôt que le « bon sens » répondant aux besoins réellement éprouvés par le patient. Ils justifient alors parfois leur geste « incohérent » par ce cadre législatif et se cantonnent à agir

⁴ Ibidem, p.36

seulement sur cette base. Une stagiaire soignante nous témoignait, par exemple, d'une situation où une personne en fin de vie lui demandait de l'amener à l'extérieur « pour voir le ciel une dernière fois ». Le personnel du service ne l'a pas autorisée à le faire sous prétexte qu'en cas de chute mortelle, elle serait tenue pour responsable. Cet exemple montre à quel point le climat sécuritaire engendré par des lois de plus en plus détaillées responsabilisant davantage les professionnels, empêche les individus d'agir en toute humanité. Il est évident que nous ne voulons pas aller dans ce sens et qu'un tel contexte nuit à la qualité de soin des patients et aux conditions de travail des soignants. Les recommandations juridiques ne doivent dès lors pas rigidifier la réflexion singulière sur les décisions à prendre concernant le patient.

Nous observons que ces trois disciplines (sciences biomédicale, économique et juridique) contribuent à construire le patient en un objet de soin, laissant hélas peu de place au sujet. La science naturelle y joue un rôle en établissant des relations de cause à effet qui ne prennent pas forcément en considération le sens que le patient leur donne. L'économie et la rationalisation qui l'accompagne, impose des calculs coûts-bénéfices qui objectivent la relation unissant le soignant au patient. Enfin, le juridique construit des codes de conduite fermés à la réflexion partagée en situation, celle-ci permettant pourtant l'expression des ressentis.

4. Le management hospitalier contemporain : outil de diffusion de l'«objectivation» du patient

Les trois discours se reflètent dans des plans médicaux ou de soins, de gestion et des règlements juridiques assez contraignants qui s'imposent aux individus.

S'ils sont nécessaires à la gestion hospitalière, ces dispositifs dénie le caractère indispensablement humain de la relation professionnels hospitalier/patient. Comme ils constituent les normes hospitalières, nous pouvons qualifier de « résistants », les soignants qui considèrent la personne aidée comme un sujet à part entière plutôt que comme un objet de soin⁵. Pour reprendre les mots d'Anne Perraut Soliveres, infirmière de nuit, « contrairement à la tendance humaniste, qui reste le fil rouge des vocations à soigner, les outils qui se succèdent depuis plus de vingt ans cherchent à diminuer la subjectivité. Ils instituent au contraire des pratiques protocolaires et objectivantes, mais aussi dépersonnalisantes, tout en produisant un discours holiste⁶ et humaniste qui se traduit de plus en plus rarement par des actes »⁷. Force est de reconnaître effectivement que les pistes de solution à proposer pour une reconnaissance de la subjectivité dans le soin ne doivent pas se limiter à des grilles de « bonnes pratiques », ni à de longues chartes humanistes. **L'humanisme doit avant tout se traduire en acte.** Pour que la subjectivité du patient soit prise en compte dans la relation, Perraut Soliveres lutte pour un décroissement de la « prise de distance » au malade, la plus souvent enseignée dans les écoles soignantes et qui caractérise « l'exigence scientifique ». Cette prise de distance, selon elle, ne peut évincer les émotions parfois lourdes que provoque la relation à une personne malade. Si cette distance ne peut les évincer, cela consiste bel et bien à plonger le soignant

⁵ Ibidem

⁶ Un discours holiste est un discours fait de généralités

⁷ Perraut Soliveres, « Infirmières, le savoir de la nuit », PUF, Paris, 2002, p.106

dans le déni de ses ressentis et donc de son humanité. Or, nous dit-elle, «soigner ne saurait se concevoir sans le ressenti de deux personnes »⁸, l'une professionnelle cherchant à aider l'autre, vivant l'épreuve de la maladie.

5. Agir sur les causes : oser briser les grilles !

Amener « l'éthique en acte »⁹ comme discipline complémentaire à la médecine et autres théories objectives en gériatrie

Concrètement, cela consiste aussi à donner le temps aux équipes soignantes et médicales de concerter en dehors des grilles de soins, pour réfléchir ensemble à leur pratique professionnelle... Évidemment, il est indispensable d'impliquer le patient dans cette réflexion, ce qui se fait encore rarement en gériatrie.

Dans les écoles de soin, il serait judicieux de proposer un cours de « méthodologie à la réflexion partagée ». Cette discipline propose aux soignants de prendre le temps de réfléchir, en situation, aux effets que leurs actes peuvent avoir sur le patient, à leur ressentis, à l'influence de l'environnement institutionnel, à la déconstruction des normes... Cette réflexion critique perpétuelle permet alors de résister au caractère routinier que peut prendre les actes techniques du soin, routine qui bien souvent place la subjectivité de la personne soignée dans l'oubli. Évidemment cela nécessite que du temps, tant dans les écoles que dans les hôpitaux, puisse être octroyé à ces moments de réflexion partagée.

Mieux répartir les budgets publics

La première recommandation pose la question des moyens. Nous avons conscience que la variable économique est loin d'être la seule cause du problème. Il faut toutefois admettre que les mesures proposées par certains experts pour un resserrement budgétaire dans le secteur de la santé publique sont inquiétantes. En tant que mutualité, nous ne répéterons jamais assez le caractère injuste des restrictions budgétaires imposées à ce secteur. La standardisation des soins nuit à la qualité de travail des soignants et de vie des patients. Il faut que nos représentants politiques repensent les priorités en termes de répartitions budgétaires. La santé est-elle vraiment un domaine secondaire ? Nous pensons, au contraire que des soins de santé de qualité et accessibles à tous doit être la priorité de toute société.

Résister à la rigidité des cadres juridiques

Il faut oser aller à l'encontre de la sécurisation forcenée des patients gériatriques. Sans négliger le cadre régulé, soignants et patients gériatriques doivent avoir une certaine marge de manœuvre pour aller vers le sens humaniste plutôt que la mise en acte non réfléchi de code juridique. Si, par exemple, une personne en fin de vie demande de sortir dehors une dernière fois, le soignant doit pouvoir répondre par la positive à sa demande sans passer pour « le

⁸ Ibidem

⁹ L'éthique en acte « se situe dans la juste présence et la proximité, dans l'attention à ce qui se vit, s'éprouve et s'exprime au quotidien dans l'ordinaire ou l'exceptionnel du soin. De l'assistance médicalisée à la procréation aux greffes d'organes, aux dépendances et handicaps, de la recherche biomédicale à l'innovation, du management hospitalier aux circonstances délicates des fins de vie jusqu'à l'accueil en chambre mortuaires, notre implication est constante." Emmanuel Hirsch, Professeur à l'université Paris Sud, Pour en savoir plus : <http://www.espace-ethique.org/print/2331>

bizarre » qui prend des risques. Pour le soignant, cela augmenterait le degré de satisfaction professionnelle. Le patient quant à lui serait davantage respecté dans les choix qui font sens pour lui et lui seul et non pour la loi. Nous refusons de participer à la construction d'une société sur-sécurisée où le contrôle est partout. C'est pourquoi Espace Seniors défend le principe de droit aux risques (voir dossier autodétermination qui sera bientôt mis en ligne).

6. En guise de conclusion

Dans les études relatives au genre en psychologie-sociale, l'objectivation « a lieu lorsque le corps d'une femme, les parties de son corps, ou ses fonctions sexuelles sont séparées de sa personne, réduites au statut de simple instrument »¹⁰. Parfois, les femmes intériorisent cette réduction, ce qui les pousse à contrôler leur apparence à travers le maquillage, les régimes ou autres exercices physiques. Dans cette analyse, nous avons cherché à montrer comment le processus d'objectivation est à l'œuvre chez le patient hospitalisé en gériatrie. Lorsque celui-ci intériorise cette représentation d'objet que lui renvoient certains professionnels médicaux et soignants voire même son entourage, son identité peut être profondément atteinte. Ce sentiment de perte identitaire est renforcé chez la personne âgée par les images négatives de la vieillesse véhiculées dans notre société occidentale. Les normes jeuniste et productiviste qui lui sont propres se reflètent à travers les médias, les discours politiques selon lesquels le vieillissement de la population n'est qu'une charge, les publicités anti-âge... Ces représentations sociales consolident l'idée, qu'une fois devenu vieille et fragilisée par la maladie, la personne n'est plus rien dans notre société. Ce réflexe d'objectiver le patient s'observe d'ailleurs davantage chez les patients étiquetés de « déments » considérés comme « incapables de discernement ». Dans une prochaine analyse, il sera également intéressant de se questionner sur ce que la science des nouvelles technologies, de plus en plus présente à l'hôpital, va instaurer dans ce processus d'objectivation.

La volonté de ce texte n'est pas de bannir les processus scientifiques, loin de là, mais de porter un regard critique et réflexif sur la manière dont ils influencent les conduites sociales et les regards. Une première prise de conscience invite à la réflexion située sur ces conduites et ces regards afin d'éventuellement agir autrement, de manière toujours plus digne. La réduction scientifique, qu'elle soit d'ordre médical, économique ou juridique peut faire du tort à la vie, il serait vain de l'oublier. Et elle fait d'autant plus mal qu'elle s'exerce ici sur des patients âgés voire mourants, dont la plupart considère que, passé la barre des 80 ans, il est indispensable de mettre de la vie dans les années et non l'inverse.

¹⁰ https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l%27objectivation (page consultée le 6/10/2015)

Qui sommes-nous ?

Espace Seniors est une association d'éducation permanente faisant partie du réseau Solidaris, active sur l'ensemble du territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Contribuer au développement d'une citoyenneté active des seniors, promouvoir leur participation active et leur intégration sociale, favoriser leur bien-être, leur santé et leur épanouissement sont quelques-uns de nos objectifs.

Pour cela, nous organisons des actions de proximité (groupe de soutien, formations...) et des actions d'information, de sensibilisation et de prévention (campagnes, conférences, brochures...).

Retrouvez toutes nos analyses sur www.espace-seniors.be !