

**Midi de la bioéthique : ‘L’hospitalisation en gériatrie : un moment à risque pour
l’autonomie du patient’
16 février 2007**

Présentation par Sophie Jassogne

deux bonnes raisons au moins de consacrer un Midi de la bioéthique à la question de l’autonomie des personnes âgées hospitalisées:

1. L’autonomie est une valeur revendiquée par tous les acteurs de l’hôpital
2. 40% des journées d’hospitalisation à St-Luc concernent des patients de plus de 65 ans

1. L’autonomie est une valeur essentielle

elle est entrée dans le langage des soignants, des familles et des patients eux-mêmes.

*La véritable finalité de la médecine écrit l’éthicien JF Malherbe est de cultiver l’autonomie des patients et celle des praticiens de l’art.*¹

Le principe d’autonomie s’inscrit dans l’héritage de Kant : chaque personne est appelée à développer en elle sa raison et sa liberté c’est-à-dire augmenter son autonomie, comprise comme la capacité de développer ses propres règles.

A l’hôpital, le principe d’autonomie exige par exemple que tout acte entraînant des conséquences pour une personne, soit subordonné à son consentement. Sans cet accord, l’action n’est pas légitime et n’est pas légale (depuis la loi sur les Droits des patients de 2002) Elle s’oppose aussi à l’hétéronomie (la décision n’est pas réfléchie, ou elle est prise par un autre, ou elle est prise sous la pression hiérarchique ou économique par exemple) et « *injecte les valeurs propres du patient dans la délibération éthique* »²

2. La personne âgée n’est plus un patient tout à fait comme les autres

En gériatrie aussi l’autonomie est une valeur ‘incontournable’ : un objectif majeur des soignants consiste à préserver et optimaliser l’*autonomie fonctionnelle* des patients âgés pour leur permettre d’effectuer les activités de la vie quotidienne et d’interagir avec leurs proches. L’autonomie prise dans ce sens a une signification limitée et ne recouvre qu’une zone étroite de l’autonomie qui, *au sens large*, correspond à la possibilité de choisir pour soi, d’avoir ses propres normes et de dire ce que l’on souhaite vraiment.

Bien souvent les deux vont de pair, mais pas toujours. On pourra dire par exemple « *d’un patient qui n’envisage pas de progresser dans la récupération de ses activités journalières, que cela ne l’empêche pas d’être autonome et qu’à la limite, cette opposition serait sa manière à lui de manifester son autonomie, alors qu’à l’appréciation des grilles d’autonomie il serait en train de la perdre* »³. Les patients peuvent exprimer une volonté pas toujours facile à décoder par les soignants.

¹ Préface à R. Fox, *L’incertitude médicale*

² B. Hanson, dans « Les mots de la bioéthique, De Boeck

³ Ch. Swine, « La personne âgée à l’hôpital. Soutenir son autonomie - Accompagner son projet »

La valeur 'd'autonomie du patient' en général, « *proclamée comme un objectif lorsqu'il s'agit de se prendre en charge et de gérer sa propre santé* »⁴ prend donc chez le patient âgé un sens différent :

Cela tient d'abord à la personne âgée elle-même et à son entourage :

une personne âgée vit des transformations propres à la période de la vieillesse. Comme l'écrivait Montaigne, la vieillesse, comme l'état naissant et l'état mourant, est mutation profonde. Ce n'est pas un état, c'est un passage, imprévisible, changeant ; l'homme est une 'carte blanche' (II, 12, 506).

Les personnes très âgées souffrent également du syndrome de fragilité, qui favorise la régression. Outre l'âge, elles ont des pathologies multiples, associées, intriquées et, par conséquent, une polymédication. Elles risquent aussi de perdre leur autonomie fonctionnelle. Christian Swine signale en plus les problèmes psychosociaux et familiaux très courants et l'imprévisibilité : c'est-à-dire de « *perpétuels déséquilibres suivis de perpétuels rééquilibrations de la situation globale des patients âgés. Il y a donc une atmosphère d'incertitude, de flou, d'imprévisibilité* » (ibid)

S'ajoute à cela le flou fréquent de la demande : la personne est incapable cognitivement d'exprimer ses souhaits, ou bien les demandes du médecin, de la famille et du patients lui-même divergent.

Il y a aussi la 'non-demande' des patients et surtout des proches : « *il n'y a plus rien à faire Docteur...ne faites surtout pas d'exams... mais faites pour un mieux* »

La personne âgée n'est donc pas un patient tout à fait comme les autres et elle « *nécessite une prise en charge très spécifique* » (Pascal Cornette, dans le BIC, Janv-Fév 2003) :

on considère souvent aujourd'hui dans la littérature spécialisée dans les soins gériatriques qu'il y a une façon particulière de soigner les personnes âgées. Le soignant doit se comporter différemment avec un patient âgé qu'avec un malade plus jeune. Ils ont un savoir-faire et des connaissances différentes. D'autre part, l'organisation du travail des soignants en gériatrie doit être différente de celle d'un autre service : « *l'étude des soins aux personnes âgées a longtemps été considérée comme secondaire, puisque qu'on ne guérit pas de devenir vieux* » et les « *services de gériatrie ont longtemps été des no man's land ou des secteurs faits pour les masochistes ou les paresseux* »⁵. Mais ce n'est plus le cas aujourd'hui : il existe par exemple à St-Luc « *une chaîne de soins complète pour les patients âgés* »⁶, dans laquelle est intégré depuis 2002 une unité de gériatrie aiguë, dirigée par le Dr Pascale Cornette.

Les personnes âgées ne sont donc pas des patients tout à fait comme les autres. Mais doivent-ils former une catégorie de patients à part à l'intérieur de l'hôpital ?

En d'autres termes, Existe-t-il à l'hôpital des facteurs qui favorisent le déclin de l'autonomie du patient âgé ? Quel est le sens de certains soins et qui en décide pour les patients les plus âgés ?

On sait que le modèle biomédical « curatif », qui prône la guérison, est insuffisant pour les patient âgés mais, l'investissement des soignants est-il suffisant lorsque l'on a affaire à un patient âgé ?

⁴ Pierre Dubruille, *Changement et transversalité dans l'hôpital : des questions de sens*, dans Contact, janvier 2007, n° 66

⁵ *Les soins aux personnes âgées*, Masson, 1997

⁶ BIC, Janv-fév 2003

L'âgisme (le racisme par rapport à l'âge) provoquerait un non-investissement non justifié en milieu hospitalier. Il se rencontre également dans les processus de décision : Ch. Swine signale que des études randomisées qui comparent des soins gériatriques avec des soins non spécialisés montrent des résultats meilleurs en termes de satisfaction, de mortalité, de retour à domicile dans les soins non gériatriques : « *habituellement, s'agissant d'une personne âgée, le médecin, le soignant aussi expert soit-il, n'adopte pas le même processus de décision qu'avec un adulte jeune pour lequel il poursuivra un schéma parfaitement objectif et scientifiquement fondé* »

Le vécu des soignants est un autre facteur de risque de dés-autonomie des patients âgés :

- a. ils peuvent se sentir frustrés du manque de moyens par rapport à l'ampleur des difficultés: des valeurs de soins sont mises à mal par des consignes d'économie. Plus généralement à l'hôpital, les « *contraintes financières sont omniprésentes et sont vécues par certains soignants comme un handicap majeur à leur action* » (P. Dubruille, *ibid*)
- b. 15% des patients gériatriques décèdent, alors que la mortalité globale à l'hôpital est de 3 % : la confrontation difficile à la déchéance et à la mort est plus fréquente en gériatrie

Conférenciers : Dr Pascale Cornette, responsable de l'unité de gériatrie aiguë aux Cliniques Universitaires St-Luc : avec Madame Marie-Christine Heyndrickx (infirmière chef de l'unité 23) et Madame Leila Rokbani (psychologue à l'unité 23).

Jean-Michel Longneaux, philosophe aux Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur et expert dans divers comités d'éthique

Prochain Midi le 23 mars : *le principe de proportionnalité et la greffe*