



HAL
open science

Des représentations des patients âgés aux pratiques de gestion des soins : Vers une opportunité de co-production soignant-soigné

Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon, Margaret Josion-Portail

► To cite this version:

Abdelmajid Amine, Audrey Bonnemaizon, Margaret Josion-Portail. Des représentations des patients âgés aux pratiques de gestion des soins : Vers une opportunité de co-production soignant-soigné. Congrès de l'Association Française du Marketing, May 2017, Tours, France. hal-01684213

HAL Id: hal-01684213

<https://hal.science/hal-01684213>

Submitted on 15 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DES REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS ÂGÉS AUX PRATIQUES DE GESTION DES SOINS: VERS UNE OPPORTUNITÉ DE CO-PRODUCTION SOIGNANT-SOIGNE¹

Abdelmajid Amine* (amine@u-pec.fr)

Audrey Bonnemaizon* (audrey.bonnemaizon@u-pec.fr)

Margaret Josion-Portail* (margaret.josion-portail@u-pec.fr)

Résumé

La relation de service engageant des publics vulnérables (i.e. patients âgés) s'inscrit dans un rapport asymétrique, au désavantage de ce dernier, nourri par les représentations du patient âgé vulnérable et par la légitimité dans l'administration des soins que s'octroient les personnels de santé. Cette asymétrie est amenée à s'incarner dans les pratiques de soins qui vont se (re)configurer le long des expériences de service entre personnels de santé et patients âgés. En mobilisant une approche qualitative auprès du personnel soignant d'un service de Gériatrie, cette recherche montre des instrumentalisations variées de la vulnérabilité du patient âgé soit pour accentuer la tutelle et le contrôle sur ce dernier, soit au contraire pour se délester de certaines tâches rentrant dans la relation de soins sur cette population ouvrant la voie à davantage de co-production des soins, à un « faire avec » les patients âgés (avec une palette de situations intermédiaires liées à la variété des contextes d'interaction).

Mots-clés : Représentations du patient âgé, personnel de santé, co-production, service de soins, ruse, bricolage

FROM REPRESENTATIONS OF THE OLDER PATIENTS TO CARE MANAGEMENT PRACTICES: TOWARDS AN OPPORTUNITY OF CO-PRODUCTION BETWEEN CARE STAFF AND PATIENTS

Abstract

The service relationship engaging vulnerable individuals (i.e. elderly patients) is seen as an asymmetrical relationship, to the disadvantage of the latter, fed by the representations of the vulnerable elderly patient and by the legitimacy in the administration of the care that the Health workers give themselves. This asymmetry is incumbent on the practices of care that will be (re)configured along the service experiences between health personnel and elderly patients. By mobilizing a qualitative approach with the healthcare staff of a Geriatric service, this research shows a varied instrumentalisation of the vulnerability of the elderly patient either to accentuate the guardianship and the control on the latter or, on the contrary, to relieve certain tasks included within the care relationship on this population paving the way for more co-production of care, and to "do with" elderly patients (with a palette of intermediate situations related to the variety of interaction contexts).

Key words: Representations of elderly patient, health personnel, co-production, health care, ruse, bricolage

¹ La recherche a été financée par une subvention du « Projet Exploratoire Premier Soutien PEPS 2016, UPE-CNRS ».

Les auteurs remercient vivement les Pr Elena Paillaud et Florence Canoui-Poitrine (Laboratoire CEpiA), pour leur contribution à la coordination du projet TransiSanté, ainsi que Sandrine Fontaine, Valérie Garcia (Hôpital Henri Mondor) et Alia Toumi (laboratoire IRG), pour leur collaboration à la collecte des données.

Introduction

Ramenée au contexte de la santé, la question de la relation de service renvoie à l'implication des deux parties prenantes - patient et soignant - et à la mobilisation potentielle de leurs ressources respectives pour nourrir et faire vivre cette relation de soins. Si cet engagement est acquis dans le cadre d'une relation dite « normale », cette question prend une autre tournure lorsqu'il s'agit d'une relation qui concerne des publics vulnérables. En effet, dans ce dernier cas, les deux parties prenantes semblent à première vue s'inscrire dans un rapport asymétrique au profit de l'organisation (ici l'établissement de santé) et de ses agents (personnel de soins) qui peuvent se prévaloir d'une légitimité dans l'administration des soins fondée sur leurs compétences. Cette asymétrie est amenée à se refléter dans les pratiques d'administration de soins qui vont se (re)configurer le long des expériences de service avec les patients.

Il est ainsi possible de lier les représentations du patient âgé vulnérable chez les soignants à une déclinaison de pratiques de soins qui aboutit à des instrumentalisation variées de la vulnérabilité soit pour accentuer la tutelle et le contrôle sur ce dernier, soit au contraire pour se délester de certaines tâches rentrant dans la relation de soins sur cette population (avec une palette de situations intermédiaires liées à la variété des contextes d'interaction avec les malades) dans une visée d'efficience. A l'opposé de cette vision incapacitante, on peut entrevoir une autre perspective consistant à considérer la diversité des situations de vulnérabilité rencontrées par les patients âgés et à les définir comme des individus qui ne subissent pas la relation de soins car disposant de ressources et de latitudes pour faire entendre leur voix et défendre leurs intérêts. Cette perspective ouvrirait ainsi la voie à davantage de co-production des soins, à un « faire avec » les patients âgés dit vulnérables.

Entre ces deux visions contrastées, la réalité est probablement beaucoup plus nuancée. Ces réflexions liminaires nous amènent ainsi à formuler les deux questionnements suivants auxquels nous tenterons de répondre dans ce papier : *Comment et en fonction de quels référentiels et signaux renvoyés par le patient âgé « vulnérable », les soignants configurent-ils la prise en charge de ce dernier? Et dès lors, comment ces représentations se cristallisent-elles dans les pratiques de soins ?*

La vulnérabilité en marketing : éclairage théorique

Outre la recherche de Pavia et Mason (2014) qui vise à comprendre comment diverses déficiences d'ordre physique, cognitif et comportemental peuvent mener à la vulnérabilité, les travaux publiés à ce jour se sont essentiellement attelés à définir les contours de la vulnérabilité du consommateur. Pour Brenkert (1998), les individus vulnérables sont susceptibles d'être davantage brutalisés par les autres (individus, organisations, institutions) que les individus normaux. Ils sont ainsi potentiellement soumis à la nuisance des autres (individus ou organisations) et ont une faible latitude de contrôle sur ces facteurs de nuisance. De leur côté, Gondard-Delcroix et Rousseau (2004) définissent le concept de vulnérabilité comme « *la probabilité de voir son niveau de bien-être se dégrader à la suite d'un choc, la vulnérabilité rendant compte des pressions extérieures auxquelles les individus sont soumis* ». Enfin, Baker et al. (2005) considèrent que « *la vulnérabilité du consommateur est un état d'impuissance provenant soit d'un déséquilibre dans les interactions avec le marché ou avec la consommation des messages marketing et des produits* ». Ces définitions ont toutes en commun l'idée de domination et de soumission de l'individu vulnérable à des facteurs extérieurs défavorables capables d'altérer les conditions de vie, l'intégrité et le bien-être de ce dernier. Cependant, en attribuant singulièrement les raisons de la fragilité des individus à des causes externes, ces définitions de la vulnérabilité rendent compte d'une posture passive du consommateur qui subit les affres de son environnement que nous proposons de questionner

dans la mesure où elle occulte les capacités des individus, même jugés vulnérables, à trouver et combiner des ressources résiduelles pour contrer les incidents de parcours et reprendre peu ou prou le contrôle de leur sort.

Proche du champ de la santé, la définition de la vulnérabilité dans une perspective bio-éthique proposée par Kemp et al. (2000) conçoit « *les personnes vulnérables comme celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées* ». Cette définition, assez ouverte au demeurant, permet de considérer les patients âgés comme des individus confrontés à la vulnérabilité parce qu'ils cristallisent des maladies chroniques, des pluri-pathologies, un déclin fonctionnel et une déchéance du rôle social (Monod et Sautebin, 2009). Parmi les quatre facteurs de risque de vulnérabilité chez la personne âgée identifiés par ces auteurs, deux sont particulièrement éclairants dans le cadre de cette recherche portant sur des patients âgés hospitalisés en service de gériatrie aiguë : *la dépendance fonctionnelle*, qui exprime l'incapacité du patient âgé à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne, ce qui le place dans une situation de dépendance vis-à-vis de tiers pour l'accomplissement de ces différentes tâches ; et *la perte d'autonomie*, qui consiste en l'incapacité de l'individu à faire des choix en toute autonomie. Privé de la faculté d'agir par lui-même, et perdant le contrôle sur son propre destin, celui-ci devient tributaire des décisions prises par les autres (soignants, ayants droit) à sa place, ce qui accentue de fait sa vulnérabilité. L'effet conjugué de ces deux types de dépendance accentue la tendance à percevoir ce dernier comme une personne vulnérable et porte les germes d'un risque d'atteinte au sentiment de dignité et d'intégrité de ces patients (Monod et Sautebin, 2009). Cependant, les représentations stéréotypées d'incapacité, de dépendance et de perte d'autonomie attribuées aux patients âgés, en plus d'être stigmatisantes pour ces derniers, sont injustement associées indistinctement à cette population (Monod et Sautebin, 2004) et doivent davantage être contextualisées et lues en fonction de la singularité de chaque expérience de service de soins.

L'approche de la vulnérabilité par le déficit perçu des ressources et compétences, donc par les représentations que se fait le soignant du degré de disponibilité de ces moyens chez le patient âgé et de la capacité ou non de ce dernier à en disposer semble appropriée pour explorer la question de la configuration de la relation de soins entre soignant et soigné, dans la mesure où ces représentations performent le réel et s'ancrent dans les pratiques de soins. Cette approche par les représentations permet ainsi de saisir la diversité des micro-pratiques de gestion de ces publics par les soignants, micro-pratiques plutôt cachées et tacites car enfouies dans les interactions quotidiennes avec les patients.

Méthodologie

Cette recherche exploratoire a été menée dans le cadre d'un projet plus large portant sur la gestion des transitions et des parcours de soins des patients âgés de 75 ans et plus entre leur domicile et les différents services d'un groupe hospitalier d'Ile de France. Une première collecte de données a été conduite de juin à octobre 2016 auprès des professionnels de santé d'un service de Gériatrie Aiguë de cet établissement. La participation à l'étude s'est opérée sur la base du volontariat après que les cadres infirmiers aient présenté le thème général de l'étude aux informants potentiels. Les résultats ci-après rendent compte des figures du patient âgé qui performent les pratiques de soins : 18 entretiens semi-directifs avec différents types de professionnels de santé (médecins, personnel infirmier et aide-soignant, diététicien et kinésithérapeute avec une ancienneté allant de moins d'un an à plus de 30 ans, menés sur le lieu de travail en service de jour comme de nuit, d'une durée moyenne d'une heure, puis enregistrés et intégralement retranscrits ont été analysés. La méthode choisie consiste en un codage fondé sur des allers-retours entre les données recueillies et les interprétations successives des chercheurs nourries par leurs lectures (Miles et Huberman, 1994). Un double

codage a été opéré entre les auteurs en vue de fiabiliser les résultats et ce processus de codage a donné lieu à l'émergence de plusieurs catégories de sens permettant d'identifier les principales représentations du patient âgé mobilisées par les professionnels de santé et les grandes catégories de pratiques qui en découlent.

Résultats

Les figures du patient âgé mobilisées dans les discours : une dualité des représentations par les déficiences et par les ressources/compétences. La polyopathie constitue une représentation consubstantiellement associée au patient âgé par les personnels soignants dans le sens où elle renvoie à l'instabilité et la variabilité de l'état des patients qui peut se dégrader très rapidement mais aussi à la difficulté d'évaluer les effets secondaires des traitements administrés. Au-delà de cette figure, les discours des informants donnent à voir les deux grandes catégories de représentations de la vulnérabilité qui ressortent de la littérature évoquée précédemment. D'un côté, une vision marquée par la dépendance fonctionnelle et la perte d'autonomie perçues, de l'autre, une représentation du patient âgé envisagé comme un individu capable dont les ressources et compétences sont mises en acte dans les interactions avec le personnel soignant. Nos résultats permettent d'affiner ces méta-catégories de sens et révèlent une multiplicité de figures non exclusives les unes des autres.

Les représentations par les déficiences.

Le patient dément. Associée à la dépendance fonctionnelle décrite par la bioéthique, la démence du patient revient régulièrement dans l'exposé des pratiques de soins des professionnels de santé. Cette démence réelle ou exagérée cristallise les projections de chacun dans la vieillesse. Elle est pour certains un miroir du futur et appelle ainsi à leur responsabilité sociale quand pour d'autres elle suscite la peur et le rejet. Cette démence dans sa version « douce » s'apparente à de l'angoisse et de la confusion accentuées par les lieux aseptisés de l'hôpital

Le patient dépendant. Le patient est également perçu comme dépendant par les informants qui adoptent le registre représentationnel de la déficience. Les professionnels de santé s'interrogent cependant : s'agit-il d'une dépendance effective liée à la polyopathie des patients âgés ou d'une dépendance conscientisée que les patients instrumentalisent pour qu'on leur prête davantage attention ?

Le patient enfant. Le patient âgé est très souvent comparé à un enfant dépourvu de jugement critique, qui éprouve parfois des difficultés à verbaliser sa douleur et qui est 'sous tutelle' de ses parents. La figure de la famille omniprésente dans le discours des informants contribue au renforcement de cette représentation. Prolongement du patient, la famille peut être l'alliée de l'équipe médicale, mais constitue aussi, voire souvent, un frein au pouvoir d'agir du patient.

Le patient souillé. Minoritaire et présente dans le discours des aides-soignants, personnel le plus proche des « corps » des patients. Le corps du patient âgé est marqué par le déclin, la dégénérescence, la souillure non contrôlée dont le personnel soignant doit effacer les traces honteuses.

Le patient du passé. Cette dernière représentation plus minoritaire apparaît principalement dans le discours des soignants plus jeunes, cette figure révèle la séparation de deux mondes : celui du présent, de la modernité avec ses codes et son langage et celui des patients âgés dont les expressions langagières, notamment, et le rapport à l'autre est jugé dépassé et désuet.

Tableau 1 : les figures du patient déficient sur le plan des ressources

Figures du patient	Verbatim significatifs
--------------------	------------------------

Le patient dément	« Une personne âgée, des fois, si elle refuse ce n'est pas parce qu'elle a envie de refuser, c'est parce qu'elle ne comprend pas trop. Parce que beaucoup sont assis avec beaucoup de démence...ce n'est pas parce qu'ils ont envie de refuser » (IDE EK) « Ils sont plus fragiles. Ils sont plus vulnérables. Donc du coup...et puis...et puis, vous savez, un jeune qui arrive à l'hôpital, il est hospitalisé. On sort une personne âgée de chez elle, elle perd ses repères. Elle n'est plus chez elle. Elle n'a plus ses repères. Le...l'hôpital les...rend les gens confus, désorientés » (IDE BL)
Le patient dépendant	« Oui, parce que vous allez avoir des gens qui vont vous dire : « je ne peux pas faire ». Alors ça, vous vous dites : « ok ». Il faut connaître votre patient parce qu'il y a des gens ils vont être...ils vont avoir tendance à dire : « ah non, non, je ne fais pas parce que je suis à l'hôpital. C'est à vous de faire quoi ». (CI SF)
Le patient enfant	« On ne peut pas...je ne sais pas si c'est le terme approprié pour dire infantiliser quelqu'un. C'est-à-dire, oui...c'est-à-dire que, parfois, ils...ils chantaient des comptines à leur père, par exemple, comme si c'était un enfant en fait. Et...moi cela m'a un peu choquée parce que je me dis : « certes on vieillit mais...nos enfants ils ne sont pas obligés de faire comme si on est des enfants en fait, parce qu'on n'est plus des enfants. On est des adultes ». Donc...ça, cela m'a choquée. » (AS CB)
Le patient souillé	« Il m'est arrivé quelque chose mais cela date. Cela...cela m'a marqué. La personne qui travaillait avec moi est partie à la retraite. C'est une dame qui était dans la chambre 48 et...elle avait vraiment fait ses besoins, mais il y en avait partout. On ne pouvait pas la laisser. C'est une dame qui était vraiment fatiguée. Mais on pouvait...elle en avait partout dans le dos. Le lit même était rempli : cela débordait. Et on se dit : « mais... », avec ce monsieur - mon collègue s'appelait [collègue] il n'est plus dans ce...il est à la retraite au pays - on s'est dit : « (...) on va le faire. On ne va pas la laisser comme cela. Non, ce n'est pas possible » (AS GM nuit).
Le patient du passé	« Oui, la lampe torche oui. Sinon...je ne veux pas...et puis ils sont là : « ah, vous avez besoin de lumière ? Ah et bien vous des yeux de chat ! » (<i>Rires</i>) ça c'est...vraiment c'est caractéristique de la personne âgée qui sort des expressions...(<i>Rires</i>) Ils ont tout le temps des expressions comme cela en fait » (IDE GC nuit)

Les représentations par les ressources et compétences.

Le patient-aîné. Cette figure fait écho à la figure du patient du passé : loin d'ériger des frontières entre un monde présent et un monde ancien, un ensemble de répondants envisagent au contraire le patient âgé comme « l'aîné », celui qui transmet son expérience, son vécu riche d'enseignements pour les générations actuelles.

Le patient-citoyen. Il est question ici de droits associés aux patients âgés : droit à savoir la vérité sur sa maladie, droit du patient à refuser les traitements, droit du patient à être informé sur son parcours de soins.

Le patient-résistant/déviant. Loin de la figure du patient âgé vulnérable, les récits des informants évoquent les nombreux conflits de « traduction » qui émaillent la relation de soins. Les patients âgés refusent ou résistent aux soins, voire adoptent des comportements déviants.

Le patient-personne. Dans le prolongement du patient-aîné, un certain nombre de répondants considèrent les patients âgés avant tout comme des personnes, des individus avec lesquels il est possible d'entretenir une relation d'égal à égal, de converser, d'échanger, de rire.

Tableau 2 : les figures du patient-acteur doté de ressources

Figures du patient	Verbatim significatifs
Le patient-doyen	« Oui parce que, par exemple, parfois ils sont...ils sont marrants, ils ont toujours des petites anecdotes qui font que cela nous fait avoir le sourire et...du coup, des fois, on cogite sur...des fois, ils ont le recul sur certaines choses. Et puis...du coup on dit :

	« tiens mais...c'est peut-être très intéressant quand même... » Voilà » (AS CB)
Le patient-acteur	« C'est-à-dire que...il faut dire ce que le patient est en droit d'entendre, hein. C'est...le patient il a le droit de ne pas savoir ; c'est-à-dire que si le patient ne veut pas savoir ce qu'il a comme maladie, il faut qu'on respecte sa volonté. Il faut qu'on essaie de savoir pourquoi il ne veut pas le savoir. Mais...en tout cas, il...il faut qu'on lui dise ce qu'on a trouvé et après...lui dire est-ce qu'il souhaite qu'on informe sa famille. C'est vraiment le patient qui est...détenteur de sa...de sa maladie» (Médecin senior SK).
Le patient-déviant	« Ne pas pouvoir accéder à des demandes qui me sont faites ? Et bien si oui...s'il y a un patient qui me demande, par exemple, de sortir en pleine nuit (<i>rires</i>), je ne vais pas pouvoir lui répondre. Je vous assure qu'il y en a hein qui veulent partir » (AS AB nuit)
Le patient-individu	« C'est quelqu'un qui profite...quelles que soit...les circonstances... ..quelle que soit la maladie...et bien elle a toujours le sourire, elle a la pêche. Et on...ça c'est...ça c'est important. C'est... Ah oui ! Bien vieillir c'est...c'est cela... On a des douleurs mais bon on va faire avec et on va penser à autre chose. On va rigoler. J'ai...j'ai des patients qui aiment rigoler même si...elles ont mal et voilà » (AS JM)

Des représentations des patients âgés aux pratiques de soins : vers une opportunité de co-production soignant-soigné. La multiplicité des figures du patient s'incarne dans une forme de continuum des pratiques allant de l'infantilisation, en passant par le *care*, jusqu'à des formes embryonnaires de co-production de soins.

L'infantilisation. Cette pratique est souvent le fait de professionnels de santé ayant une vision incapacitante du patient âgé. Le patient âgé est une personne âgé qu'il convient d'éduquer voire de redresser. L'administration des soins est codifiée selon les protocoles en vigueur en gériatrie à destination d'un patient presque chosifié.

Le care. Philosophie de pratiques de soins bien établie dans le milieu médical et hospitalier, le *care* caractérise une approche du patient âgé imprégnée de bienveillance consistant à répondre à tous ses besoins. On peut se demander si paradoxalement, cette approche ne tend pas à maintenir le patient dans son état de vulnérabilité.

La pseudo co-production. Un dernier ensemble de pratiques, regroupées sous le vocable de pseudo co-production, se dessine. Elles visent à prendre en compte les intérêts du patient et ses attentes quitte à ce que ce soit imprégné par les figures passives du patients âgé qui laissent une place étroite à la capacité/volonté de ce dernier à proposer, participer, voire contester les soins.

Tout part de l'idée qu'il faut, dans une logique inclusive, faire participer le patient aux soins mais avec des dispositifs actionnables par les soignants. Trois types de stratégies contribuent à réifier cette pseudo co-production de soins en conciliant la prise en compte des attentes et l'impossibilité pour les patients soignés de parfois faire entendre leur voix : 1. Résister à la famille ou se faire aider par la famille, 2. Utiliser et reconnaître les objets du patient permettant d'accéder à son identité et d'entrer en communication avec lui, 3. Mettre en place une approche globale nécessitant un travail de questionnement approfondi et formalisé.

Tableau 3 : le continuum des pratiques de soins

Pratiques de soins	Verbatim significatifs
Infantilisation	« Pour moi, un patient c'est un patient. Après, c'est vrai que les patients...les personnes âgées je...c'est vrai que je vais peut-être plus « infantiliser » mais sans être...méchante [...] c'est comme les enfants. Je reviens au truc infantile mais, des fois, on a l'impression qu'ils testent quand c'est une nouvelle tête. Ils ont une attitude différente. Souvent, quand on recadre tout de suite, qu'on met les points sur les i, en disant : « je suis une adulte, je suis là pour vous soigner certes mais pas pour vous servir », après cela se passe bien». (IDE EL)

Care	« Alors, vieillissement : dépendance...c'est la première chose hein. Dépendance, autonomie voilà. Quel est leur degré d'autonomie. Quel est leur degré de dépendance. Dans quoi on peut les aider...et puis, ce sont des gens qui sont...malentendants. Ce sont des gens qui ne voient pas bien. Ce sont des gens qu'il faut aider dans tous leurs besoins, au final. Voilà » (IDE BL)
Pseudo Co-production	<p>1. Résister à la famille/se faire aider par la famille. « Des fois, on court dans tous les sens mais...il est arrivé, par exemple...de garde l'après-midi, que le soir à 18 heures quand je demande à un patient : « est-ce que vous voulez un potage » - parce qu'on propose toujours des potages - et bien ce n'est pas le patient qui répond. C'est la famille. Là, je reprends gentiment la personne en lui disant : « excusez-moi, vous n'êtes pas Monsieur Untel » (IDE EK)</p> <p>2. Utiliser les objets des patients. « Si, par exemple, votre patient a besoin d'une paire de lunettes pour la lecture, il faut que je sache que je vais retrouver la paire de lunettes dans la chambre, parce que s'il n'a pas sa paire de lunettes, cela veut dire qu'il ne va pas pouvoir, forcément, lire les documents que je vais lui remettre » (CI SF).</p> <p>3. Mettre en place une approche globale nécessitant un travail de questionnement approfondi. « Donc...je vais demander un petit peu...comment il vit. Est-ce que l'appartement est adapté ? Est-ce qu'il y a un ascenseur ? Est-ce qu'il a des aides ? Est-ce qu'il sort de chez lui ? Comment il marche ? Je ne vais pas poser cette question quand je vais voir...un petit jeune de 30 ans, aux urgences parce que...voilà. Comment cela se passe ? Qui gère ses papiers et tout ? Donc je pense que je vais passer un peu plus de temps sur cela ». (Interne Médecin, A)</p>

Discussion conclusive

Ces résultats nous amènent à engager une discussion autour de plusieurs implications en marketing des services à destination des publics vulnérables.

On peut imaginer tout d'abord que la mise en place de dispositifs de gestion des patients âgés vulnérables nécessite un travail sur les représentations des personnels soignants s'appuyant sur les « capacités restantes » des patients (Gzil et Hirsh, 2012) plutôt que sur les déficiences, de façon à amener les patients eux-mêmes à sortir de la posture de déprise (Caradec, 2008) dans laquelle ils s'enferment parfois en arrivant à l'hôpital. Celui-ci pourrait être mis en œuvre au travers de la création de *persona* permettant d'incarner différents profils de patients âgés, élaborés de façon participative entre professionnels de santé, patients, et aidants. La mise en œuvre de tels dispositifs permettrait d'éviter une domination des figures "passives" du client. Elle révélerait peut-être davantage les figures capacitantes des patients, qui sont encore minoritaires et essentiellement présentes dans le discours des médecins qui sont paradoxalement les plus éloignés des corps des soignés au quotidien.

Dans la continuité, un travail pourrait être mené pour éviter une déshumanisation des soins et une compromission de la relation thérapeutique (Monod et Sautebin, 2009). Ce risque apparaît notamment lorsque les soignants, jugeant que les patients manquent de discernement, s'abstiennent de les informer et de les associer aux dispositifs de soins, entraînant un sentiment potentiel de maltraitance. Ce risque est d'autant plus important dans le cas des patients âgés étrangers qui, ne maîtrisant pas la langue ou en raison de croyances différentes, pourraient ressentir l'administration de soins dispensés sans concertation, ni prise en compte de leur différence, comme une violence, certes non intentionnelle, mais exercée à leur endroit. Des séminaires de formation animés par des spécialistes du théâtre-forum invitant les professionnels de santé à jouer le rôle des patients afin de leur faire prendre conscience des pratiques de soins qui altèrent ou au contraire préservent l'autonomie des personnes.

Ensuite, la mise en place d'une « approche globale du patient » constitue un des dispositifs permettant d'inclure davantage les patients âgés dans la définition de leur parcours de soins. Ce dispositif passe notamment par un travail de questionnement approfondi et formalisé sur le

contexte de vie du patient s'appuyant tant sur des éléments verbaux et explicites que sur des comportements non verbaux. On pourrait ainsi envisager d'introduire dans la formation des professionnels soignants un module sur la compréhension des sujets basé sur les méthodes qualitatives en sciences comportementales venant compléter les approches plus psychologiques.

Enfin, le rôle des familles est très présent dans les discours des soignants soit comme facilitateur des soins soit comme source de tension autour et au nom du patient. Des dispositifs d'informations et d'« éducation thérapeutique » pourraient notamment être développés dans une perspective d'implication des aidants dans la co-production des soins ; ceux-ci pourraient prendre la forme de livrets d'accueil expliquant dans un langage courant le rôle des différents professionnels de santé, les parcours de soin, les règles de vie à l'hôpital et leur raison d'être.

Cette recherche exploratoire ouvre la voie à d'autres investigations : d'une part, à l'analyse approfondie des profils et des trajectoires des professionnels de santé pour mieux comprendre comment se distribuent dans l'organisation les figures du patient âgé logées dans les différentes pratiques de soins mises en évidence ; d'autre part, à l'exploration des lieux de vie comme facteur d'influence des relations de service entre patients et professionnels de santé et comme catalyseur de la participation à la co-production des soins.

Références

Baker S.M., Gentry J.W. et Rittenburg T.L. (2005), Building Understanding of the Domain of Consumer Vulnerability. *Journal of Macromarketing*, 25 (2): 128-139.

Brenkert G.G. (1998), Marketing and the vulnerable. *Business Ethics Quarterly*, Ruffin Series, 1: 7-20.

Caradec V. (2008), Vieillir au grand âge. *Recherches en soins infirmiers*, 94 : 28-41.

Castel R. (1991), De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Donzelot J. et al., *Face à l'exclusion, le modèle français*. Paris : Éditions Esprit, Paris, pp.137-168.

Gondard-Delcroix C. et Rousseau S. (2004), Vulnérabilité et Stratégies durables de gestion des risques : Une étude appliquée aux ménages ruraux de Madagascar, *Revue Développement Durable et Territoire*, [En ligne], Dossier 3 | 2004.

URL : <http://developpementdurable.revues.org/1143> ; DOI : 10.4000/developpementdurable.1143

Gorge H. et Özçağlar-Toulouse N. (2013), Expériences de consommation des individus pauvres en France: apports du Bas de la Pyramide et de la Transformative Consumer Research. *Décisions Marketing*, 72: 139-156.

Gzil F. et Hirsh E. (2012), *Alzheimer, éthique et société*. Poche Espace Ethique, Erès.

Kemp, P., Rendtorff, J.D. and Mattsson, N. (2000), *Bioethics and biolaw*, Vols 1 & 2. Copenhague: Rhodos.

Miles M. et Huberman A.M. (1994), *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2d ed. Thousand Oaks, Sage.

Monod S. et Sautebin A. (2009), Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, 5 : 2353-57.

Moschis G.P., Mosteller J. et Kwai-Fatt C. (2011), Research Frontiers on Older Consumers' Vulnerability. *The Journal of Consumer Affairs*, 45 (3) : 467-49.

Nau J.P., Derbaix C. et Thévenot G. (2016), Place de l'offre dans la construction d'une identité stigmatisée: le cas des personnes en situation de handicap moteur. *Recherche et Applications en Marketing*, 31 : 50-69.

Pavia T.M. et Mason M.J. (2014), Vulnerability and Physical, Cognitive, and Behavioral Impairment. Model Extensions and Open Questions. *Journal of Macromarketing*, 34(4): 471-485.

Reuben D.B., Shekelle P.G. et Wenger N.S. (2003), Quality of care for the elderly at the dawn of the third millennium. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7): S346-S350.

Yin R.K. (2003), *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.