



HAL
open science

L'intériorisation de la norme

Jean-Christophe Weber

► **To cite this version:**

Jean-Christophe Weber. L'intériorisation de la norme. *Pratiques : les cahiers de la médecine utopique*, 2007, 37/38, pp.49-51. hal-03762273

HAL Id: hal-03762273

<https://hal.science/hal-03762273>

Submitted on 26 Aug 2022

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.

Pratiques n° 37 partie dossier
Version 2 raccourcie – 13560 c

Auteur : Jean-Christophe Weber

Titre : L'intériorisation de la norme, esquisse d'un nouvel usage ?

Norme et normalisation

Le discours médical, y compris les paroles échangées dans une consultation, est imprégné d'une dimension normative : la norme est à la fois la moyenne au sens d'habituel ou de fréquent, et le type idéal que vise la thérapeutique. Son évaluation varie selon qu'on fait intervenir la physiologie (axe normal/pathologique), ce qu'éprouve le patient (bonne santé/maladie), ou l'ethos ambiant (adaptation/trouble à corriger). Santé et maladie sont moins des notions objectives (jugements de réalité), que des catégories de jugement polémique (jugements de valeur) 1.

L'organisation des soins tend à être normalisée à la manière d'un produit industriel : définition des performances minimales, élimination des variétés superflues, établissement de standards, certification. La normalisation de la médecine ne doit pas occulter celle qui opère par la médecine, qui promeut un discours normatif sur les priorités des individus, particulièrement dans le champ des comportements individuels ou sociaux². De tout temps elle a œuvré pour que la maladie, déviation pathologique de la norme, évolue vers un état suffisamment proche d'une normalité recouvrée que l'on nomme guérison ? Cette tendance normalisatrice a changé de registre quand la médecine a été intégrée dans un dispositif plus large de gouvernement étatique des corps individuels et des populations³.

Deux évolutions significatives récentes des rapports entre médecins et malades pourraient suggérer l'émergence d'un « patient nouveau », en voie d'affranchissement des contraintes subies de sa normalisation médicale : la priorité donnée à l'autonomie de l'utilisateur du système de santé, et la promotion de l'éducation thérapeutique. Contrairement à l'idée que sonne le glas d'une tutelle médicale contraignante, nous formons l'hypothèse que ce mouvement signe le passage d'une biopolitique autoritaire à une biopolitique intériorisée, et l'assujettissement de tous (médecins et patients) à une norme médicale anonyme plutôt qu'un quelconque affranchissement.

L'autonomie du patient.

L'autonomie du patient est un terme qui a envahi récemment l'espace médical français, et dont l'étymologie convoque l'idée, faussement dérivée de Kant, que le sujet est l'auteur de sa propre norme. L'autonomie personnelle est aujourd'hui considérée comme un droit, un idéal moral ou une capacité psychologique. Mais le principe d'autonomie dont il est question en médecine est avant tout la capacité reconnue au patient d'exprimer des préférences singulières qui doivent être respectées. Plutôt qu'une valeur, c'est une condition nécessaire pour agir moralement dans une sphère marquée par la diversité d'opinions notamment quant au sens de la maladie et de la santé, de la souffrance, de la sexualité ou de la mort⁴. Dès lors qu'un même ordre des biens ne peut être tenu pour universel, il convient que le médecin s'engage à faire au patient ce que ce dernier tient pour son propre bien.

C'est au nom de l'autonomie du patient que se trouve contestée et discréditée la forme ancienne de relation médecin-malade, fondée sur une priorité de la bienveillance. Même si la recherche de son consentement fait partie d'une tradition séculaire, le malade y était considéré comme vulnérable et confiant dans la volonté bonne, l'altruisme responsable et la sollicitude

du médecin, détenteur du savoir et de l'expérience⁵. Pluralisme moral, médecine invasive, diversité des choix thérapeutiques, usagers mieux informés, les raisons de changer de modèle ne manquent pas, et impliquent toutes une participation accrue et active de la personne soignée aux choix qui la concernent. L'évolution des mœurs a été accélérée par la loi du 4 mars 2002 qui transforme le patient en « usager du système de santé », pose son information comme un droit de la personne humaine, et le fait entrer de plain-pied dans un modèle de décision partagée, lequel implique aussi sa responsabilité accrue dans le devenir de sa santé.

L'éducation thérapeutique au service de l'autonomie ?

Une autre dimension de l'autonomie, l'autonomie d'action⁶, est l'objet d'attention de la part des professionnels de santé et des associations d'usagers. Une meilleure information ne sert pas seulement à éclairer le consentement, mais aussi à accroître la maîtrise de son devenir corporel. On voit se développer l'éducation thérapeutique (patient education), associée à des notions de responsabilisation (empowerment), d'auto-support, d'auto-soin (self-care), d'auto-gestion (self-management). Grâce à elle, les patients deviennent les pivots de leur traitement et de leur prise en charge. L'OMS la définit ainsi : « former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de la maladie ». L'éducation du patient est un processus continu comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aides psychologiques et sociales, concernant la maladie, l'ensemble des soins, les comportements sains et nuisibles⁷. Responsabiliser le malade par rapport à sa maladie et son traitement apparaît particulièrement adapté à une meilleure prise en charge d'affections chroniques telles que l'asthme, le diabète, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale chronique, la bronchite chronique ou encore l'épilepsie. Des programmes d'éducation se mettent en place. Des études démontrent l'efficacité de l'auto-surveillance (par exemple, glycémie, tension artérielle) et de l'auto-gestion des traitements, sur la réduction de la morbi-mortalité, du recours à l'hospitalisation, des coûts, et une plus grande satisfaction des malades, notamment un sentiment accru de pouvoir faire face à la maladie⁸. Tout ceci semble s'allier parfaitement à la conception renouvelée des rapports entre médecins et malades qui entend rééquilibrer l'asymétrie de la relation de soin. Les médecins sont supposés vaincre leurs réticences comme le rappelle l'article 12 du Code de Déontologie qui dispose que « le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire ». Néanmoins, il y a quelques points de délicatesse.

De l'autonomie à l'auto-contrôle : intériorisation de la norme.

Que les médecins soient l'interface entre l'Etat et les individus ou la population pour ce qui concerne la santé n'est pas nouveau⁹. Ceci ne va pas sans tensions car le souci de l'individu ne s'accorde pas toujours avec celui de la collectivité. L'article 2 du Code de déontologie fait l'impasse sur les conflits possibles (« le médecin est au service de l'individu et de la santé publique »), et les objectifs annoncés de l'éducation thérapeutique les ignorent : on en attend à la fois une amélioration de la santé publique (réduction de morbidité, mortalité, coûts ; meilleure gestion du système) et de la santé individuelle (satisfaction des patients, réduction du handicap). Ces objectifs multiples semblent tant converger que l'on pourrait passer à côté des indices d'achoppement. Ils relèvent de plusieurs causes.

Par exemple, dans les situations de douleur ou d'anxiété, il apparaît que les gens préfèrent que l'on prenne soin d'eux passivement, plutôt que d'être autonomisés et responsabilisés¹⁰. Mais aussi, les programmes d'éducation se fondent sur des représentations médicales (par exemple : « l'asthme est une maladie chronique »), qui ne correspondent pas forcément à la manière dont les malades, individuellement, ont pris la mesure de leur affection (avant d'être « éduqués », ils se considéraient comme bien portants en dehors des crises d'asthme)¹¹ : tout

se passe comme si rendre le patient plus autonome par rapport à sa maladie nécessitait paradoxalement de lui inculquer la croyance qu'il est durablement malade. Dans un autre registre, le public est supposé avide d'informations sur le maintien, par l'activité physique, d'une bonne santé. Les programmes de prévention primaire et secondaire ont été évalués : les seuls qui ont un impact réel sur l'activité et la condition physiques des patients sont les plus directifs¹² : conquérir une liberté d'action en santé passerait-il par la soumission à des interventions autoritaires ?

La mouvance de l'éducation du patient a été puissamment alimentée par le constat d'un manque de « compliance » des malades, cause de moindre efficacité thérapeutique¹³. Ce terme barbare, défini par le degré de coïncidence entre le comportement du patient et la prescription médicale, fait référence à une forme de soumission, et définit les rôles respectifs des patients et des médecins de manière restrictive en mettant l'accent sur le pouvoir de contrôle des professionnels. Il porte toute l'ambiguïté de l'éducation thérapeutique et de l'autogestion : une personne qui prend soin d'elle-même à sa façon se trouve taxée de non-compliance, alors même que cette conduite pourrait être interprétée comme un signe d'autonomie réelle. Et de fait, la non-compliance est réellement une tentative de nombreux patients d'affirmer leur résistance à l'ordre médical¹⁴. Dans une étude sur les psychotropes, les « observants » sont respectueux des prescriptions, ne s'autorisent aucune autorégulation des doses, alors que les « non-observants » mettent en avant leur autonomie d'action et de volonté¹⁵. Dira-t-on qu'ils sont en moins bonne santé psychique ?

Les discours d'experts et les plans de santé publique assument la croyance que les individus peuvent/veulent prendre la mesure et le contrôle des risques vis-à-vis de leur santé. Les approches médicales supposent que l'individu auquel elles s'adressent cherche et trouve son bonheur dans un comportement sain, adapté, et auto-contrôlé. Bientôt elles seront évaluées à l'aune de ces résultats¹⁶ ! La rationalité médicale centrée sur les besoins objectifs et celle de l'utilisateur autonome-informé-maître de lui-même se rejoignent alors comme les partenaires d'une négociation raisonnable. Or la pratique clinique achoppe à cet endroit, on pourrait en multiplier les exemples, notamment dans tout ce qui concerne les addictions, la sexualité, l'alimentation. Mais les résistances à l'autosurveillance et l'autogestion sont considérées comme pathologiques, à corriger si possible par des stratégies comportementales ou des rééducations cognitives¹⁷. Car le grand secret est là : les procédés d'éducation réussis se basent sur l'intériorisation de comportements sains et d'une auto-discipline. Cela montre quel effet pervers gît derrière l'apparente délégitimation de pouvoir. Il s'agit certes de promouvoir la qualité de vie, mais selon des critères imposés. Le « management » des individus participe d'une volonté de civiliser le patient en produisant un sujet responsable, gestionnaire de sa bonne santé, selon un parcours coordonné de plus en plus étroitement balisé. Car la liberté du malade n'est pas tant celle de se soigner ou non, mais de s'astreindre par sa propre volonté à la discipline requise par ... « la science ». Ce n'est plus au médecin que l'on obéit/désobéit dans les arcanes du transfert, ni à un gouvernement figurable, mais aux conclusions de l'evidence-based medicine, qui inspire des programmes anonymes et normatifs de santé publique et individualisée. Pour devenir ce nouveau sujet autonome en santé, il faut subir une orthopédie du comportement « librement » consentie, ce qui illustre bien le lien entre subjectivation et assujettissement¹⁸.

¹ CANGUILHEM G, *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1994.

² WEBER JC, *La médecine comme outil de normalisation sociale du citoyen*, In : Normes et procédures ; la santé entre menaces et opportunités, Paris, Editions de santé, 2006, p 133-139.

³ FOUCAULT M, *Il faut défendre la société*, Cours au collège de France 1976, Gallimard/Seuil Hautes Etudes, Paris 1997.

⁴ ENGELHARDT T, « The many faces of autonomy », *Health Care Analysis*, 2001;9:283-297.

-
- ⁵ WEBER JC, « Evolution de la relation médecin-malade », dans THIEL Marie-Jo (dir), *Où va la médecine ?*, Presses Universitaires de Strasbourg, 2003, 23-38.
- ⁶ GILLON R, « Autonomy and the principle of respect for autonomy », *British Medical Journal* 1985;290: 1806-1808.
- ⁷ DECCACHE A, LAVEND-HOMME E, *Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes*, Bruxelles, De Boeck Université, 1989.
- ⁸ KENNEDY A et al, *Health Technology Assessment*, 2003;7: 1-113.
- ⁹ FOUCAULT M, *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, 210 p.
- ¹⁰ O'CATHAIN A et al, *Social Science and Medicine*, 2005;61: 1761-1771.
- ¹¹ JONES A et al, *British Medical Journal*, 2000, 321:1507-1510.
- ¹² SIMONS-MORTON D et al, *American Journal of Preventive Medicine*, 1998;15:413-430.
- ¹³ DEMYTTENAERE K et al, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004;110: 201-207.
- ¹⁴ ANDERSON R et al, « Patient empowerment : reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm », *Patient Education and Counseling*, 2005;57:153-157.
- ¹⁵ BAUMANN M et al, « Les attitudes d'autonomie dans l'observance thérapeutique d'une cohorte de consommateurs continue de psychotropes », *L'Encéphale*, 2002 ; 28 : 389-396.
- ¹⁶ Haute Autorité de Santé. Information et éducation du patient hypertendu non diabétique. Document en ligne sur www.has-sante.fr.
- ¹⁷ FRIBERG F, et al, « Can a teaching and learning perspective deepen understanding of the concept of compliance ? », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2005;19:274-279.
- ¹⁸ FASSIN D, MEMMI D, *Le gouvernement des corps*, Paris, EHESS éditions, 2004, p 9-33.