Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

138-139 | 2014

Santé globale - pratiques locales

Cerner l'approche globale du malade âgé en milieu hospitalier

Une enquête filmique à l'hôpital Bretonneau (Paris)

The Overall Approach of Elderly Patients in the Hospital: a Filmic Survey at the Bretonneau Geriatric Hospital (Paris)

Nicolas Archimbaud

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/4549>

DOI : 10.4000/jda.4549

ISSN : 2114-2203

Éditeur

Association française des anthropologues

Édition imprimée

Date de publication : 15 octobre 2014

Pagination : 221-238

ISSN : 1156-0428

Référence électronique

Nicolas Archimbaud, « Cerner l'approche globale du malade âgé en milieu hospitalier », *Journal des anthropologues* [En ligne], 138-139 | 2014, mis en ligne le 15 octobre 2016, consulté le 22 avril 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/jda/4549> ; DOI : 10.4000/jda.4549

**CERNER L'APPROCHE GLOBALE
DU MALADE ÂGÉ EN MILIEU HOSPITALIER**
Une enquête filmique à l'hôpital Bretonneau (Paris)

Nicolas ARCHIMBAUD*

Le vieillissement de la population apparaît comme une problématique de « santé globale » par excellence. Selon une première façon d'appréhender cette notion, il s'agit d'abord d'un « phénomène planétaire », ainsi que le rappelle l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui indique que la population mondiale âgée de 60 ans et plus a doublé depuis 1980 et devrait atteindre deux milliards d'ici 2050. Or, si cette évolution démographique peut être considérée comme un bon indicateur de l'amélioration de la santé et des conditions socio-économiques – dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement – elle s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles de nombreux pays doivent ou devront faire face. « Il est essentiel de préparer les soignants et les sociétés à répondre aux besoins des personnes âgées », prévient ainsi l'OMS sur son site Internet¹. En l'espèce, et

* Cinéma documentaire et anthropologique. Université Paris-Ouest Nanterre La Défense (EA 4414 / HAR).
200 av. de la République – 92001 Nanterre
Courriel : nicolas.archimbaud@yahoo.fr

¹ Cf. site Internet de l'OMS, rubriques « Thèmes de santé : vieillissement » : <http://www.who.int/topics/ageing/fr/> [consulté le 03/08/2014] et « Principaux faits et chiffres sur le vieillissement » : <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/> [consulté le 03/08/2014].

selon un deuxième sens, le mot global renvoie également à la prise en compte de tous les déterminants de la santé humaine, aussi bien physiques que psychiques et sociaux.

À partir d'une enquête ethno-filmique menée pendant plus de deux ans (2008-2010) dans les différents services de l'hôpital gériatrique Bretonneau – un petit établissement spécialisé de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) – je me propose, dans cet article, d'examiner certains des aspects concrets et symboliques d'une telle approche globale du malade âgé. Une fois précisé le choix de mon terrain d'enquête et des fondements méthodologiques soutenant ma recherche filmée, il s'agira d'interroger les usages et les représentations de l'espace à Bretonneau, institution « modèle », conçue comme un cadre de soins et un cadre de vie parfaitement intégré au tissu urbain et adapté à la perte d'autonomie. L'accent sera ensuite mis sur l'analyse filmique des techniques du corps et des thérapeutiques non médicamenteuses vouées à l'accompagnement des pathologies physiques et/ou psychiques du grand âge. Parallèlement, il sera aussi question des enjeux épistémologiques qui se présentent au chercheur-cinéaste face à un tel objet : en effet, comment rendre compte de ce tout dispersé et abstrait qu'est l'approche globale du patient âgé à partir des multiples fragments filmiques, singuliers et sensibles, recueillis sur le terrain ?

Choix du terrain, unité de lieu et montage mosaïque

Pour réaliser mon étude filmique sur la vie quotidienne et les soins des personnes âgées dites dépendantes en milieu hospitalier, j'ai choisi de circonscrire mon enquête de terrain à une unité de lieu. Faisant cela, il s'agissait non seulement de privilégier la qualité de mon insertion dans un milieu *a priori* sensible, de faire accepter ma présence et celle de la caméra auprès des soignants, des patients et de leurs proches, mais aussi de répondre aux exigences temporelles d'une recherche fondamentalement exploratoire, qualitative et inductive. Aussi, après plusieurs repérages effectués en région parisienne, ai-je décidé de porter toute mon attention sur l'hôpital gériatrique Bretonneau, situé 23 rue Joseph de Maistre dans le 18^e

arrondissement de Paris, entre le cimetière de Montmartre et la butte du même nom.

Petit établissement de l'AP-HP, disposant en tout et pour tout de 235 lits et places de jour, Bretonneau se présentait d'abord comme une institution « à taille humaine », ainsi que me le confièrent par la suite bon nombre de ses usagers mêmes. C'était en outre un hôpital de conception récente, presque entièrement dédié à la médecine gériatrique, en dehors d'un seul bâtiment réservé au service d'odontologie. Or une telle *spécialisation* offrait incontestablement l'avantage de la clarté quant à la *spatialisation* de mon enquête filmée. Anciennement pédiatrique (de 1901 à 1987), et conçu selon le modèle pavillonnaire traditionnel, l'établissement avait rouvert en 2001, totalement repensé et en grande partie reconstruit pour se consacrer aux maladies du grand âge. Au-delà de l'adaptation nécessaire aux nouvelles normes hospitalières, cette reconversion témoignait de l'évolution des besoins sanitaires de la population française en général, et de celle du quart nord-ouest de la capitale en particulier. Dans la brochure de présentation de l'hôpital que me remit la chargée de communication lors de ma première visite, on pouvait d'ailleurs lire à ce propos une phrase joliment ironique : « Les enfants du début du siècle ont vieilli ! ». Et les rédacteurs du livret de préciser plus loin la raison d'être gériatrique du nouveau Bretonneau : « 30 000 personnes âgées de plus de 75 ans vivent dans les 17^e et 18^e arrondissements de Paris, dont 9 000 personnes de plus de 85 ans. Sur ces deux arrondissements, seul l'hôpital Bichat offre des lits de gériatrie en nombre insuffisant pour couvrir tous les besoins. Le Centre d'action sociale de la ville de Paris, les maisons de retraite et les résidences privées apportent aussi des solutions, mais elles ne sont pas toujours suffisamment médicalisées. La prise en charge des personnes très dépendantes, celles atteintes de la maladie d'Alzheimer notamment, demande de nouvelles structures adaptées à leur besoins » (Salaün, 2001 : 92). La création du nouvel hôpital répondait donc au recensement des besoins d'un territoire de santé dont il s'avérait nécessaire de compléter l'offre de soins et de lits dans le domaine gérontologique.

En l'intégrant étroitement au réseau de santé local, on avait assigné à Bretonneau le rôle d'interface, de structure de référence et de recours pour la médecine de ville et les autres instances médico-sociales du quartier, confrontées au « défi » de son vieillissement démographique.

Structure intégrée, hôpital de proximité ouvert sur la ville, Bretonneau se caractérisait aussi – et peut-être surtout – par son *approche globale* des affections de la vieillesse et de la perte d'autonomie, considérées à la fois sous l'angle physiologique, psychologique et social. Il déployait en la matière un large spectre d'activités et de soins pluridisciplinaires, médicaux et paramédicaux, également répartis entre deux grands services : la gériatrie générale, et la gériatrie à orientation psychiatrique (ou psychogériatrie), cette dernière étant plus spécifiquement vouée au traitement des pathologies neurodégénératives et des troubles cognitifs chez le patient âgé. Quoique désigné comme lieu unique de l'investigation, Bretonneau m'offrait donc en réalité la possibilité d'explorer *de l'intérieur* plusieurs terrains, plusieurs maillons de ce que l'on appelle la « filière de soins gériatriques »². Des hôpitaux de jour au long séjour, du court séjour aux services de rééducation et de réadaptation, j'ai ainsi pu observer avec la caméra différentes facettes de la gériatrie hospitalière, différentes temporalités, et en définitive diverses réalités vécues par le personnel et les usagers de l'institution.

Du reste, l'un des arguments ayant grandement favorisé mon insertion en tant qu'observateur extérieur et cinéaste dans ce milieu

² Dans le cadre du « Plan solidarité-grand âge » 2007-2012, cette filière a été définie comme suit : « La filière de soins gériatriques hospitalière constitue une modalité d'organisation cohérente et graduée des soins gériatriques sur un territoire donné et a pour objet de couvrir l'intégralité des parcours possibles du patient âgé en tenant compte du caractère évolutif de ses besoins de santé et du niveau de recours au plateau technique. Elle s'inscrit dans une politique globale de prise en charge des personnes âgées » (ministère de la Santé et des Solidarités, circulaire n° DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques).

avait précisément été de présenter le film ethnographique comme un médium pouvant permettre de « décloisonner » les points de vue et de croiser les regards sur la question du vieillissement pathologique et de son accompagnement institutionnel. Croiser les regards, d'abord, entre les multiples professionnels intervenant à Bretonneau (gériatres, psychiatres, psychologues, assistantes sociales, infirmiers, aides-soignants, rééducateurs, art-thérapeutes, animateurs, maîtresses de maison, etc.), lesquels n'ont pas nécessairement une bonne visibilité sur la réalité du travail effectué par leurs collègues ; croiser les regards, ensuite, entre ces trois grandes catégories de la population de l'hôpital gériatrique, qui, pour se côtoyer de près, ne parviennent pas toujours à communiquer entre elles : les soignants, les soignés, et leurs familles (ou leurs « aidants ») ; croiser les regards, enfin, entre filmeur, personnes filmées et spectateurs³.

Ainsi, la pluridisciplinarité et l'approche globale du malade âgé mises en œuvre à Bretonneau m'ont conduit à adopter, tout au long de ma recherche filmée, une vision elle-même « globale ». Le film de synthèse issu de ce long travail d'observation filmique, d'examen répété des images et de montage, témoigne à la fois de cette diversité et de cette unité. Les trois grands volets dont il est constitué : *Hôpital de Jour* (117 min.), *Court Séjour* (67 min.) et *Long Séjour* (121 min.), peuvent en effet être regardés de façon

³ Plusieurs expériences de *feedback* et d'observation partagée ont eu lieu à Bretonneau à partir de mes enregistrements filmiques, soit pendant, soit après l'enquête de terrain. Celles-ci ont pris des formes différentes (en face-à-face ou en groupe) et donné lieu à des résultats divers (explications, commentaires et autres suggestions émanant des participants), intégrés au déroulement de la recherche et des tournages, puis au travail de montage et d'analyse. Sans pouvoir entrer ici dans les détails, je dois préciser cependant que ce retour sur les images n'a pas toujours été chose aisée dans le contexte institutionnel et sensible de mon enquête. D'une part, pour des raisons d'ordre méthodologique (volonté, entre autres, de préserver mon indépendance et mon « regard éloigné » au moment des tournages) ; d'autre part, pour des raisons d'ordre pratique (multiplicité des acteurs et des services concernés, *turn-over* du personnel et des patients, manque de temps de la part des soignants, grande vulnérabilité des malades, etc.).

autonome, décrivant chacun le quotidien d'un service particulier, mais ils ont également été conçus pour se compléter, se répondre et s'éclairer mutuellement. D'une partie à l'autre du montage final, on retrouve d'ailleurs parfois les mêmes protagonistes – soignants ou soignés – poursuivant le fil de leur *carrière* dans l'institution⁴. En outre, si la scène principale des images est bien située dans les lieux de soins, d'hébergement et de rencontres de Bretonneau, j'ai également mené plusieurs incursions dans ce que l'on peut appeler les coulisses de l'établissement, à savoir : les locaux techniques, les cuisines, la pharmacie, la blanchisserie, le magasin hôtelier ou encore le service d'entretien. Tout en faisant office de transitions entre les grands segments du film de synthèse, ces brèves séquences permettent d'éclairer par petites touches le fonctionnement général de l'institution et de l'ériger en microcosme. Inspiré par certaines grandes fresques documentaires, telles que *Near death* de Frederick Wiseman, *Amsterdam global village* de Johan van der Keuken, ou encore *À l'Ouest des rails* de Wang Bing, j'ai associé à la délimitation d'une unité de lieu, à la démarche exploratoire et à la longue durée de l'enquête, le choix d'une approche cinématographique de type « directe », privilégiant la légèreté de l'instrumentation, le tournage à la main, les enregistrements répétés et continus, l'improvisation, et l'adoption d'une attitude résolument « non-interventionniste ». Suivant le principe du puzzle, du patchwork ou de la mosaïque, c'est ensuite par un patient et méticuleux assemblage des divers fragments filmiques recueillis sur le terrain, que s'est reconstituée, au fil de l'observation différée et du montage, une cohérence d'ensemble⁵.

⁴ Le terme de « carrière » renvoie évidemment ici à la notion développée par les sociologues américains proches du courant interactionniste (E. C. Hughes, H. S. Becker, A. Strauss, E. Goffman).

⁵ À propos de l'élaboration d'un tel « montage mosaïque », on pourra penser à ce que dit Robert Castel (1968 : 11) de la démarche adoptée par Erving Goffman dans *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux* : « C'est l'organisation de la vie à l'hôpital qui exige cette description atomisante en lui offrant un objet atomisé, la multitude des conduites

Pour autant, l'adoption d'une telle stratégie d'observation globale ne se réduisait pas au fait de chercher à parcourir tous les maillons de la filière de soins gériatriques représentée à Bretonneau, ni de rencontrer chacun de ses multiples acteurs, visant par là une impossible exhaustivité. Si par approche globale du malade âgé on doit entendre surtout la propension de l'institution à cerner, à *englober*, tous les aspects – environnementaux, somatiques, psychiques, psychologiques, éthiques, sociaux, culturels – du vieillissement pathologique et de la perte d'autonomie, alors le défi lancé à l'anthropologie visuelle regardait essentiellement sa capacité à appréhender l'intrication permanente de ces différents aspects dans *chacun* des processus étudiés. Or c'est précisément la force des images en mouvement associées au son synchrone que de permettre de saisir et de fixer l'unité indissociable du matériel, du corporel et du rituel dans les activités et les relations humaines (Claudine de France, 1982). Plus particulièrement, tout l'intérêt de la démarche exploratoire consiste à associer à l'observation d'un procès principal celle de procès périphériques, découvrant par là des fils conducteurs inattendus, susceptibles de relancer et d'enrichir la description. Ceci conduit également le chercheur-cinéaste à recueillir à la fois les temps forts, les temps faibles et les temps morts de la vie quotidienne, captant souvent ce que celle-ci a de plus trivial, de plus fugace, mais également de plus révélateur ou de plus étrange. Par ailleurs, à l'hôpital gériatrique, compte tenu de la complexité des phénomènes étudiés, des nombreux acteurs impliqués, et de la grande diversité des fils conducteurs envisagés, je me suis en général appuyé sur des stratégies de mise en scène fondées sur le *compromis* : entre la proximité et la distance vis-à-vis des êtres et des situations filmés, l'effacement et le dévoilement partiel du

apparemment dénuées de sens, qu'il faut d'abord répertorier comme elles se présentent, par fragments brisés. Mais cette ethnologie pointilliste suppose la référence totalisante à l'institution, dans la mesure où la seule connaissance des contraintes institutionnelles est susceptible de rendre intelligible cette poussière de comportements. L'institution représente, de ce fait, l'unité réelle de l'analyse ».

dispositif d'observation, la fixité et la mobilité du cadre, la variation des points de vue et la composition de plans de longue durée, la mise en scène du corps et celle de la parole.

Usages et représentations de l'espace

Ces grands partis pris de mise en scène m'ont notamment permis de mettre en lumière certaines fonctions pratiques et symboliques de l'espace, ou, plus précisément, de l'environnement matériel adapté à la prise en charge des patients-résidents de Bretonneau. Dans l'analyse détaillée des images et des sons enregistrés, je me suis notamment attaché à décrypter les usages et les représentations relatifs à la rue intérieure et aux maisonnées. Ces deux concepts forts de l'organisation architecturale de Bretonneau sont complémentaires et croisent leur logique horizontale et verticale respective. D'un côté, la rue intérieure – avec son salon de coiffure, son café, son atelier de peinture, sa salle de spectacle – se propose d'ouvrir l'institution sur l'espace urbain et de « recréer une vie de quartier » au sein même de l'hôpital. De l'autre, la maisonnée fait des unités d'hospitalisation complète de petites unités de vie, à taille humaine, autonomes, offrant aux pensionnaires de l'institution d'y vivre « comme à la maison »⁶. Du grand tapis rouge ornant la rue intérieure aux reproductions de toiles de maîtres ayant séjourné à Montmartre (Dufy, Corot, Sisley, Renoir, Van Gogh, Picasso...), Bretonneau soigne son décor et son inscription dans le paysage géographique et culturel du 18^e arrondissement de Paris. Loin de

⁶ En cela, le projet hôtelier de Bretonneau s'est inspiré assez largement d'exemples étrangers. Au moment de la conception du nouvel hôpital, plus de 80 établissements ont en effet été visités afin de mieux appréhender les politiques de santé et les solutions concrètes mises en œuvre par d'autres pays occidentaux, confrontés, eux aussi, aux « problèmes » sanitaires, économiques et sociaux, posés par le vieillissement de leur population. Par exemple, l'organisation de l'hôpital en « maisonnées » est un choix directement inspiré de certains pays du nord, comme la Suède ou le Danemark, ayant déjà expérimenté ce type de formules d'hébergement et de soin en gérontologie.

l'image des hospices d'antan, la qualité de son architecture et de ses aménagements en font un cadre de soins *et* un cadre de vie particulièrement agréable, sécurisant, accueillant et convivial.

Toutefois, à bien regarder et à comparer systématiquement les séquences des trois volets du film de synthèse, j'ai pu distinguer plusieurs nuances dans ce tableau général.

Primo, concernant les espaces spécialisés de la rue intérieure, comme le café, l'atelier de peinture ou le salon de coiffure, j'ai pu constater que les patients de l'hôpital de jour n'y fréquentent pas réellement des lieux de consommation ou de loisir habituels de leur quartier mais leurs *trompe-l'œil*, leurs répliques institutionnelles, vouées essentiellement à des usages thérapeutiques. Cela est particulièrement sensible dans la description filmique de l'atelier du « jeu de piste » (*Hôpital de Jour*) : une séance d'ergothérapie proposée aux patientes du « Groupe Chute ». Dans cet atelier, les patientes « chuteuses » doivent se repérer et se déplacer dans la rue intérieure de l'hôpital en faisant *comme si* elles se promenaient dans leur quartier, se rendaient au salon de thé, au théâtre, consultaient les horaires d'ouverture de la bibliothèque ou faisaient leurs courses. Cadre artificiel d'une *mise en situation* à visée thérapeutique – instrument thérapeutique elle-même – la rue intérieure doit donc ici leur permettre de jouir à nouveau de la ville, en dépit de leurs troubles de la marche et de leur appréhension de la chute. Dans une autre séquence, consacrée cette fois à la promenade de Mme B., une résidente du long séjour recevant la visite de sa fille (*Long Séjour*), il n'est plus question en revanche que de vivre « par procuration » – c'est-à-dire sans jamais quitter l'hôpital – cette vie de quartier. Mais ceci correspond parallèlement à une appropriation plus profonde des espaces de la rue intérieure : Mme B. et sa fille se rendent au « Petit Bretonneau » pour véritablement boire un café et manger des madeleines (et les payent d'ailleurs) ; de même, elles profitent véritablement du jardin extérieur de l'hôpital pour se reposer et se rafraîchir. Or cette modification du rapport des usagers à l'espace traduit, bien entendu, une modification significative de leur rapport au temps au sein de l'institution. D'un côté, en effet, il

s'agit de bénéficier d'un soutien médical et paramédical *temporaire* dans un espace prolongé de son quartier, qui fait tout pour *ne pas ressembler* à un hôpital ; de l'autre, il s'agit de séjourner *indéfiniment* dans un environnement hautement médicalisé, sécurisé et adapté à la grande dépendance, qui fait tout pour *remplacer* à la fois l'espace familial du domicile (la maisonnée) et l'espace urbain du quartier (la rue intérieure) – espaces dont on est désormais, en tant que *résident* de l'institution, partiellement ou totalement exclu. Aussi, la liberté de circulation de Mme B. dans l'hôpital marque-t-elle paradoxalement son enfermement relatif dans un univers parfaitement clos et autonome, caractéristique de ces « institutions totales » décrites par Erving Goffman dans *Asiles* (Goffman, 1968). Cherchant à inviter, à imiter la ville dans l'hôpital, à résoudre les dialectiques du dedans et du dehors, de l'ouvert et du fermé, qui travaillent la plupart des lieux institutionnels, la rue intérieure contribue donc à faire de Bretonneau une *hétérotopie*, pour invoquer ici une notion proposée par Michel Foucault ; autrement dit, un lieu « absolument autre que tous les emplacements qu'il reflète et dont il parle », où la « crise biologique » et la « déviance » propre au vieillissement pathologique trouvent leur « contre-emplacement », un peu à l'écart de la société (Foucault, 1984).

Secundo – deuxième nuance –, si les maisonnées tentent de se substituer le plus efficacement possible au domicile des patients-résidents de l'hôpital, l'organisation de la vie en collectivité et celle du travail soignant y impriment nécessairement leurs propres logiques, leurs propres contraintes. Par exemple, certaines réunions filmées au court séjour psychogériatrique (*Court Séjour*), où la plupart des patients sont atteints de troubles sévères de l'orientation, de l'humeur et de la mémoire, révèlent que la gestion du risque de fugue suppose la mise en place d'un protocole de sécurité et de surveillance spécifique (photographie et bracelet d'identification). Les images tournées dans ce service particulièrement sensible montrent bien également que l'espace protégé du poste de soins constitue une ligne de démarcation nette entre l'univers des

soignants et celui des soignés. Dans les unités de soins de longue durée, on observe par ailleurs que la tension fondamentale existant entre la mission soignante et la mission d'hébergement de l'hôpital y entraîne souvent une confusion des genres : plusieurs séquences de *Long Séjour* mettent ainsi en évidence que le temps du repas dans la salle commune, supposé convivial, est surtout vécu comme un temps de soins (aide au repas, prise des traitements médicamenteux, etc.), durant lequel les résidents échangent en définitive rarement entre eux. Les chambres demeurent pour leur part un espace semi-privé assez peu personnalisé, aménagé surtout selon les besoins rationnels, hygiéniques et cliniques de l'accompagnement des personnes âgées très dépendantes dans les actes essentiels de leur vie quotidienne. Néanmoins, grâce à la description filmique du lever des résidents au long séjour on remarque que toute cette « gérontechnologie » (lits médicalisés, lève-malades sur rail, fauteuils roulants et autres objets prothétiques en tous genres) mise au service du corps des personnes soignées prolonge également le corps des personnes soignantes, en les soulageant d'efforts physiques trop pénibles (en particulier lors des transferts lits-fauteuils). L'utilisation appropriée de ces aides techniques leur donne *in fine* la possibilité de dégager un véritable temps de présence, d'écoute et d'échange, au bénéfice des malades. En gérontologie, comme l'a très bien souligné Claudine Badey-Rodriguez (1997 : 146), s'occuper de la qualité de vie des personnes âgées suppose de s'occuper conjointement de la qualité des conditions de travail du personnel : « On ne peut œuvrer au bien-être des personnes âgées sans se préoccuper du bien-être des soignants ».

Les techniques du corps dépendant

Si l'environnement matériel adapté à la prise en charge du malade âgé à l'hôpital gériatrique a constitué l'un des principaux fils conducteurs de ma recherche, celui-ci n'a jamais été filmé ni étudié pour lui-même (espace protagoniste), mais toujours d'après les activités de soins et les interactions humaines dont il constituait le

milieu (espace pragmatique)⁷. Du reste, j'avais fait de l'observation des « techniques du corps » – célèbre notion anthropologique introduite par Marcel Mauss en 1936 – le thème central de mon exploration filmique de Bretonneau. Le projet descriptif était en fait double : d'un côté, rendre compte par l'image de la diversité des techniques relatives à l'évaluation, au traitement, à la prise en charge ou à la prise en soin du « corps dépendant »⁸ ; de l'autre, observer avec la caméra la transmission des savoir-faire destinés à lutter contre la perte d'autonomie, constituant de fait la matière d'une nouvelle « éducation » du corps des patients âgés. D'où la place importante accordée dans le film de synthèse à la description des *techniques de ré-éducation*, lesquelles s'attachent, de façon générale, à permettre à un individu frappé d'une affection motrice ou psychomotrice de recouvrer plus ou moins entièrement l'usage de la fonction atteinte. Lorsque cette récupération fonctionnelle n'est cependant plus possible, d'autres méthodes, d'autres compétences entrent en jeu : des *techniques de ré-adaptation*, par exemple, qui mettent davantage en œuvre des mécanismes de substitution ou de compensation que de restitution des fonctions lésées ; des *techniques de ré-assurance*, également, dont le sémantisme évoque parfaitement la prise en compte de facteurs psychologiques dans tous ces processus visant à la réappropriation des corps « abîmés » par la sénescence, la maladie ou le handicap.

⁷ Jun Sato (1991 : 173) distingue en effet deux façons d'étudier par le film documentaire les relations entre l'espace et l'activité humaine : « Dans la première, on choisit un espace comme élément de référence, ou espace protagoniste, et l'on cherche à connaître la manière dont cet espace est modifié par une action ou une série d'actions successives. Dans la seconde, on prête attention à l'action plutôt qu'à son espace environnant, espace pragmatique créé par l'action elle-même. Dans ce dernier cas, l'espace environnant est considéré comme milieu de l'action ».

⁸ J'emprunte cette expression à l'ethnologue Nicolas Jaujou (Jaujou, Minaërt & Riot, 2006), en précisant que celle-ci n'a pas pour but de valider le concept biomédical de « dépendance » appliqué aux personnes âgées malades et handicapées, mais plutôt de prendre en compte la réalité de son usage par les professionnels du secteur gériatrique.

Les techniques corporelles observées-filmées à Bretonneau relèvent donc pour la plupart du domaine paramédical. C'est que l'originalité de la gériatrie hospitalière en général, et de celle pratiquée à Bretonneau en particulier, réside principalement dans la variété et la complémentarité des approches *non médicamenteuses* destinées aux patients, lesquelles sont constitutives de la définition globale de leur prise en charge. Car la spécificité des grandes pathologies neurodégénératives liées à l'âge, comme la maladie de Parkinson ou la maladie d'Alzheimer, ne tient pas seulement à ce que celles-ci soient incurables, chroniques et évolutives, mais également au fait qu'elles croisent un faisceau de symptômes, touchant aussi bien le corps que l'esprit. Quant aux états de « grande dépendance », ils sont en général de cause multifactorielle et de nature polypathologique (ce terme renvoyant à la coexistence de plusieurs pathologies chroniques chez le même individu) ; ils nécessitent donc d'être accompagnés sur le long terme et de façon résolument pluridisciplinaire. En somme, la médecine des personnes âgées est certes une médecine d'organe, mais elle tend surtout à se définir – notamment à travers le rôle majeur attribué aux professionnels du vaste secteur paramédical – comme une médecine transversale, une médecine *totale*, envisageant la santé sous tous ses aspects et englobant plusieurs approches, plusieurs conceptions du corps humain. À la limite, elle se rapporte davantage à un ensemble de *techniques de care* (soigner au sens de « prendre soin de »)⁹,

⁹ Issu d'un terme polysémique en anglais (le verbe *to care* signifie à la fois « s'occuper de », « faire attention », « se soucier de », « prendre soin de »), le « *care* », ou « *caring* », est un concept éthique centré sur les interactions empathiques, le souci de l'autre (par opposition aux éthiques fondées sur des principes abstraits). Prenant son essor dans le courant du mouvement féministe américain des années 1960 (Carol Gilligan, Joan Tronto, Jean Watson), ce concept est aujourd'hui travaillé par de nombreuses disciplines : la philosophie, les sciences sociales, mais aussi les sciences politiques, la psychologie clinique, ou encore l'économie. Je m'appuie ici notamment sur une définition du *care* donnée par Francesca Cancian (2000 : 2) : « Une combinaison de sentiments d'affection et de

visant à améliorer le confort, la qualité de vie des malades âgés, et empruntant aux médecines douces voire aux médecines parallèles, que de *techniques de cure* (soigner au sens de « guérir »), dont le modèle est pourtant encore largement dominant dans le champ de la médecine occidentale.

La distinction proposée par Claudine de France (*op. cit.* : 119-120) entre les *techniques corporelles réflexives*, « fondées sur la relation de l'agent avec son propre corps », et les *techniques non réflexives*, offrant au contraire « le spectacle d'un agent dont l'activité s'exerce sur un patient qui lui est extérieur », s'est avérée parfaitement opératoire dans le cadre de mes analyses filmiques – en témoignent déjà les termes particulièrement bien choisis ici d'*agent* et de *patient* de l'activité. Mais cette distinction s'est surtout trouvée problématisée de façon nouvelle dès lors qu'elle s'appliquait à la question de la dépendance et de sa prise en charge institutionnelle. Car on sait que la personne âgée, tout spécialement en institution, se trouve bien souvent « réduite à son seul corps », pour reprendre ici une formule et une analyse de David Le Breton (*op. cit.* : 211) : « Dans la plupart des institutions, l'épaisseur humaine, la singularité individuelle sont gommées sous le cliché du corps abîmé, du corps à alimenter, du corps à laver. Le vieillard n'est plus son histoire, il n'est plus sujet, il est un corps défait dont il faut entretenir l'hygiène et la survie. De même que le porteur d'un handicap, le vieillard est objet de son corps, et non plus sujet à part entière ».

Pour conclure, je dirai que c'est sur ce dernier point que la remise en question de la notion de « dépendance » (essentiellement biomédicale, fonctionnelle et « in-capacitaire ») apparaît dans les documentaires tournés à Bretonneau avec le plus de force. D'une part, les descriptions suivies d'*Hôpital de Jour* montrent qu'une grande partie des soins liés à la rééducation, à la réadaptation ou à la réassurance, mobilisent en fait des techniques *réflexives* dans lesquelles le corps des patients âgés est à la fois objet *et* sujet de

responsabilité, accompagnés d'actions qui subviennent aux besoins ou au bien-être d'un individu dans une interaction en face à face ».

l'action. Ces spécialités paramédicales s'appuient en outre très souvent sur des rituels ou des dynamiques de groupe faisant jouer aux participants, successivement ou simultanément, le rôle d'acteur et de spectateur, de destinataire et de destinataire. De tels jeux d'interaction ont pour effet d'enclencher des processus d'identification, d'entraide, d'empathie, qui participent pleinement de l'efficacité thérapeutique ; une efficacité *globale* qui intéresse non seulement le corps, mais aussi le psychisme, les affects, l'estime de soi, le rapport aux autres, les représentations de la vieillesse, du handicap et de la maladie. Ainsi, dans la plupart des approches non médicamenteuses privilégiées à Bretonneau (comme la psychomotricité, l'ergothérapie, la socio-esthétique ou l'art-thérapie), il apparaît clairement que la *créativité*¹⁰ est un moteur extrêmement puissant pour lutter contre la perte d'autonomie, ainsi que la fragilisation des identités individuelles et sociales chez les patients âgés : créativité des soignants dans les solutions thérapeutiques qu'ils proposent et qu'ils étayent par leur savoir, leur savoir-faire, leur savoir-être ; créativité des soignés, qui les pousse sans cesse à résister, à s'adapter, à réunifier leur corps et leur esprit, à découvrir, aussi, d'autres manières d'être à soi, d'être au monde et d'être avec les autres.

D'autre part, l'analyse filmique approfondie des techniques *non réflexives* relatives à la prise en charge des états de démence et de grande dépendance (représentées notamment dans *Court Séjour* et *Long Séjour*) met en exergue le fait que soignants et soignés sont en réalité engagés le plus souvent dans de véritables *corps à corps*. Des interactions délicates – harmonieuses ou dissonantes – qui remettent en tout cas profondément en cause la stricte répartition des rôles entre *agent* et *patient* de l'action. Car une *interdépendance* est toujours nécessaire pour que le soin du corps – soin infirmier, soin d'hygiène ou de confort – soit bien donné et pour qu'il soit bien

¹⁰ Bretonneau est à ce titre un modèle de l'« inventivité du personnel » que David Le Breton appelle de ses vœux concernant la prise en charge des personnes âgées (2005 : 222).

reçu. Là encore, le potentiel créatif de chacun des acteurs est requis pour s'adapter aux situations de communication fragiles suscitées par les divers troubles moteurs et/ou cognitifs des malades et rééquilibrer la dissymétrie flagrante existant entre la grande vulnérabilité des sujets soignés et la toute-puissance des sujets soignants. Le toucher, le regard, la parole, l'écoute, la présence : les techniques du prendre soin (*care*) sont alors indissociables des soins techniques (*cure*) dans l'accompagnement quotidien des malades. Toutefois, pour être mise en œuvre efficacement, cette éthique de la relation et du soin suppose que la formation des personnels soignants et l'organisation du travail hospitalier leur permettent de prendre le temps : le temps de soigner, le temps de prendre soin, le temps d'être avec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BADEY-RODRIGUEZ C., 1997. *Les personnes âgées en institution : vie ou survie*. Paris, Seli Arslan.
- BRETON (le) D., 2005. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF.
- CANCIAN F., STACEY Y. O., 2000. *Caring and Gender*. Thousand Oaks, Pine Forge Press.
- CASTEL R., 1968 [1961]. « Présentation », in GOFFMAN E., *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux*. Paris, Minuit.
- FOUCAULT M., 1984. « Des espaces autres », conférence au Cercle d'études architecturales, 14 mars 1967, *Architecture, Mouvement, Continuité*, 5 (octobre) : 46-49.
- FRANCE (de) C., 1982. *Cinéma et anthropologie*, Paris, MSH.
- GOFFMAN E., 1968 [1961]. *Asiles. Études sur la condition des malades mentaux*. Paris, Minuit.
- JAUJOU N., MINNAËRT E. & RIOT L., 2006. *L'EHPAD pour finir de vieillir. Ethnologie comparée de la vie quotidienne en institution gériatrique*. Paris, FMSH.

LE BRETON D., 2005. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, PUF.

MAUSS M., 2004 [1950]. « Les techniques du corps », in *Sociologie et anthropologie*. Paris, Quadrige/PUF : 365-386. (Première parution in *Journal de Psychologie*, XXXII(3-4), 15 mars-15 avril 1936. Communication présentée à la Société de Psychologie le 17 mai 1934).

SALAÜN F., 2001. *Hôpital Bretonneau*. Paris, éd. Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

SATO J., 1991. *De l'Espace à l'écran*. Nanterre, Université Paris X-Nanterre, Publidix.

FILMOGRAPHIE

ARCHIMBAUD N., 2013. *Bretonneau, hôpital gériatrique*, vidéo, couleur, France, 305 min. ; film documentaire en trois parties : *I. Hôpital de Jour* (117min) ; *II. Court Séjour* (67 min.) ; *III. Long Séjour* (121 min.)

VAN DER KEUKEN J., 1996. *Amsterdam global village*, 16 mm et 35 mm, couleur, Pays-Bas, 229 min.

WANG BING, 2003. *À l'Ouest des rails*, vidéo, couleur, Chine, 556 min.

WISEMAN F., 1989. *Near death*, 16 mm, N/B, États-Unis, 358 min.

Résumé

À partir d'une enquête ethnofilmique menée pendant plus de deux ans (2008-2010) dans les différents services de l'hôpital gériatrique Bretonneau – un petit établissement spécialisé de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) – cet article envisage plusieurs aspects de l'approche globale du malade âgé en milieu hospitalier.

Mots-clefs : personnes âgées, hôpital gériatrique, perte d'autonomie, techniques du corps, anthropologie visuelle.

Summary

The Overall Approach of Elderly Patients in the Hospital: a Filmic Survey at the Bretonneau Geriatric Hospital (Paris)

From an ethnofilmic survey for more than two years (2008-2010) in various departments of the Bretonneau geriatric hospital – a small specialized institution of the Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) – this article consider several aspects of the overall approach of elderly patients in hospital.

Key-words: elderly people, geriatric hospital, loss of autonomy, body techniques, visual anthropology.

* * *